

**agostino
pirella**

5

**istituti
psichiatrici**

**CIRCOLO
OTTOBRE**

agostino pirella

istituti psichiatrici

Ora è possibile fare una riflessione sulla cronaca di questi anni e sulla storia delle istituzioni specifiche psichiatriche della segregazione nell'epoca borghese. All'interno di quest'ultima, se guardiamo bene senza paura di schematizzare, si sono confrontate **due linee** non contrapposte, ma **in dialettica fra loro**; possiamo datarle pressappoco al tempo della rivoluzione francese, che è poi l'epoca in cui sono cominciati ad essere costruiti gli asili, gli stabilimenti per folli, gli ospedali psichiatrici (in Inghilterra gli stabilimenti per folli si chiamavano 'asili per lunatici'). Le due linee si basano l'una sulla **fiducia tenace, profonda, illuministica nella possibilità della ragione umana di risolvere le contraddizioni dell'uomo all'interno del quadro in cui lo sviluppo industriale imponeva continuamente esigenze di razionalizzazione** e stabiliva la possibilità concreta di trasformare gli uomini, di trasformare la società con un'autentica rivoluzione, ancorché borghese; l'altra - in rapporto contraddittorio con la precedente - **sull'esigenza obiettiva di razionalizzazione e di ordine sociale**.

Ciascuno di noi può interpretare tutte e due queste linee all'interno della sua esperienza storica concreta: la scuola è un buon esempio di ciò, essendo contemporaneamente un luogo dove si educa il ragazzino a comportarsi bene secondo ragione e il luogo dove invece si stabilisce già in anticipo un ordine sociale prefissato in vista di una **razionalizzazione delle contraddizioni**. Direi che tutte le istituzioni della società borghese in ascesa rispondono a queste due esigenze, e naturalmente anche gli ospedali psichiatrici.

Gli ospedali psichiatrici sono costruiti in un gran numero con stanziamenti anche cospicui di fondi alla fine del '700 in Francia, in Inghilterra, in Italia, secondo criteri prevalentemente medici. L'esigenza fondamentale è quella di togliere ai folli le assurde catene della segregazione nelle carceri e di restituirli alla gestione medica, trattandosi di malattia, anche se di tipo un po' particolare. Ci viene tramandata una precisa iconografia storica della liberazione dei folli che oggi va vista con un certo distacco. E' senza dubbio un atto chiaramente **rivoluzionario** sottrarre i folli alla segregazione delle catene e, spesso, alle torture a cui sono destinati nelle carceri; infatti, pur non essendo persone macchiate di qualche colpa, se si ribellano oppure esprimono la loro angoscia, la risposta che ne traggono è puramente e semplicemente repressiva. Quindi, si tratta sì di un fatto di liberazione, che è tuttavia anche un fatto di **razionalizzazione repressiva**; cioè si costruiscono degli ospizi, degli ospedali in cui queste persone vengono accolte, trattate, curate e nuovamente segregate.

la fabbrica della follia produce le sue vittime

E' abbastanza significativo constatare che - subito dopo la costruzione degli ospedali psichiatrici - il numero dei malati di mente aumenta; cosa questa che può rispondere alla legge secondo cui **una struttura istituzionale produce i suoi utenti**, specialmente quando costoro sono a loro volta il prodotto di uno sviluppo tumultuoso ed impietoso della società borghese. Nella prima metà dell' '800 si assiste, infatti, ad una fioritura di iniziative di questo tipo, cioè di costruzione di ospedali psichiatrici, ed anche ad un dibattito che pone in primo piano il conflitto tra esigenze umanitarie e scientifiche da una parte, esigenze di razionalizzazione dall'altra.

In questo scontro noi abbiamo rivalutato, in questi anni, il nome di uno psichiatra irlandese che ha operato in Inghilterra, John Conolly, di cui stiamo anche curando la traduzione degli scritti, perché ci è sembrato un esempio interessante di personaggio che prende sul serio ciò che si afferma. Si dice che i malati di mente devono essere curati, si dice che devono essere costruiti ospedali psichiatrici, che devono essere ospedali e non "luoghi di segregazione", e lui prende sul serio questo impegno della società a curare i malati e lavora duramente, seriamente, per organizzare strutture psichiatriche aperte, **gestioni psichiatriche**, diremmo oggi modernamente, **sul territorio**, veri e propri centri di igiene mentale e si batte a fondo contro la repressione, contro la segregazione del malato stesso.

Ci sono dei documenti che dimostrano come attorno al 1850-60, Conolly viene accusato di ciarlataneria, di non essere scientifico. La cosa è abbastanza sor-

prendente perché, se si leggono oggi gli scritti di Conolly, si può notare che è invece estremamente rigoroso, è un uomo che cinquanta anni prima ha delle intuizioni che successivamente avrà Freud, è un uomo a cui si può far riferimento ancora oggi per alcuni problemi di organizzazione ospedaliera ed assistenziale. È un uomo che anticipa molte delle cose che soltanto un secolo dopo la corrente scientifica, che agirà in modo progressivo e moderno negli ospedali psichiatrici, porterà poi alla luce.

Tuttavia la società contemporanea ha bisogno di strutture istituzionali sicure, di emarginazione e di repressione organizzata, per quello che si chiama l'**esercito industriale di riserva** o che, forse, potremmo definire gli 'scarti' dell'esercito industriale di riserva. Così, gli ospedali psichiatrici nella seconda metà dell' '800 si razionalizzano rapidamente in senso repressivo, al punto che si leveranno nuovamente, alla fine del secolo, voci di protesta contro la segregazione di persone che hanno la colpa di essere le vittime di una determinata situazione sociale.

Tra l'altro, come inciso, vorrei ricordare come - quasi a dimostrazione dei **rapporti stretti** che legano lo sviluppo della scienza con lo sviluppo della società - proprio in quell'epoca viene data grande evidenza alla scoperta della genesi luetica di una malattia mentale. È soltanto una delle malattie mentali, però è chiaro che la scoperta della genesi luetica, quindi di un agente specifico di quella malattia (la paralisi generale progressiva), offre a tutti la possibilità di dimostrare che le malattie mentali non sono in fondo malattie sociali, che non hanno alcun rapporto con lo sviluppo sociale ed economico e devono, di conseguenza, considerarsi come malattie del cervello, e come tali devono essere trattate. Ne consegue che si deve continuare a studiare soprattutto il cervello degli ammalati, farli vivere nelle condizioni più decorose possibili, ma troncane nettamente ogni possibile indagine, non dico sulla **genesì sociale della malattia**, ma almeno sui **rapporti che possono intercorrere tra la malattia mentale come fenomeno psichiatrico e la struttura sociale ed economica** o il tipo di sviluppo in atto in quel periodo.

chi si ribella è pazzo

L'Italia non si è sottratta al tipo di regola della segregazione specifica, psichiatrica. La nostra legge sui manicomi è tuttora quella del 1904 e il regolamento è di 5 anni più tardi. È una legge che sancisce l'isolamento e che, oltre tutto, non permette la costruzione di altri ospedali psichiatrici (parecchi risalgono ancora a quell'epoca). Si può aggiungere che, nella costruzione delle strutture ospedaliere, si stavano introducendo dei correttivi alla segregazione dura, per esempio nel senso che ogni ospedale psichiatrico aveva

una colonia agricola accanto, in cui gran parte dei ricoverati che potevano farlo lavoravano per poco o nulla, se non per un bicchiere di vino o un sovrappiù nel pasto, quindi in una condizione non di rapporto di lavoro, ma di **vera e propria schiavitù**. Questo veniva spacciato come **terapia**. Molti ricoverati facevano buon viso a cattiva sorte e si adattavano a vivere in una situazione di minore repressione e di minore segregazione dimostrando un apparente miglioramento delle loro condizioni. Questa situazione era sostenuta dal diffuso convincimento secondo cui l'interpretazione di 'miglioramento' o di 'peggioramento' era spessissimo legata - come lo è tuttora in molti ospedali psichiatrici - alla ribellione del paziente. **Se il paziente si ribella vuol dire che sta molto male; se il paziente invece accetta le regole istituzionali senza troppo protestare vuol dire che sta benino**: è un criterio di massima di molti operatori sanitari e di molte regole istituzionali.

il 'male del padrone'

L'esempio dell'Italia è significativo perché proprio in quegli anni emerge un fenomeno che ha pertinenza con gli ospedali psichiatrici e che voglio citare, non solo perché mi sembra molto dimostrativo di quanto stiamo dicendo, ma anche perché interessa da vicino la provincia di Mantova e la zona padana agricola in generale: la questione della **pellagra**. Credo che il fenomeno della pellagra abbia costituito un fatto storico che probabilmente è stato studiato troppo poco per le sue implicazioni politiche e per il carattere emblematico che ha come grosso errore scientifico, maturato sulla base di una necessità sociale ed economica.

Gli psichiatri, i medici, gli scienziati che sostenevano la genesi infettiva o tossica della malattia hanno avuto campo aperto nel portare avanti le loro teorie ed, addirittura, dalla teoria si è passati alla pratica - di tipo governativo - nella gestione della pellagra, sulla base appunto di un errore scientifico. Cosa si faceva? Si interveniva, per esempio, nelle zone 'inquinata' con grandi disinfezioni, si deportavano i bambini delle famiglie pellagrose che venivano rinchiusi in istituti isolati, gli adulti venivano mandati in manicomî, perché la pellagra porta, tra le sue manifestazioni, anche qualche disturbo di tipo psichiatrico.

In quest'opera nefasta si distingueva la fertile mente del Lombroso che proponeva assieme ad altri la nomina massiccia, su tutto il territorio in cui si manifestava la pellagra, di numerosissimi ispettori sanitari, i quali non solo adempivano alle loro funzioni specifiche, ma anche a funzioni di **controllo sociale**, di verifica delle condizioni di lavoro, di 'polizia sanitaria' (*), sottoponendo così la classe contadina a un superfruttamento veramente incredibile. Probabilmen-

te ciò fu in rapporto con la necessità del giovane stato italiano di **sviluppare la propria industrializzazione** a spese dei contadini, i quali avevano la pellagra (?), come poi si scoprì, per un fatto di alimentazione; in quanto mangiavano soltanto polenta o poco più; quindi, non era il mais guasto - come diceva il Lombroso - l'agente infettivo, ma era la carenza vitaminica, la insufficienza e la unilateralità della nutrizione.

Vorrei ricordare, come esempio di **scienza legata alle masse**, che i contadini erano perfettamente consapevoli della loro condizione e chiamavano la pellagra 'il male della miseria' o 'il male del padrone', ben coscienti che questa situazione era legata al supersfruttamento del loro lavoro.

Il significato **sociale e politico** della gestione psichiatrica è emerso con forza in questi anni recenti; e qui lo credo che dobbiamo appunto vedere con un po' di attenzione quanto è successo ultimamente. Tutte le cose che ho detto sono un rapido riassunto di ciò che si può considerare la storia della istituzione psichiatrica negli ultimi due secoli, che si è sviluppata con la tentazione sempre continua di presentare, di modificare le possibilità terapeutiche dell'ospedale psichiatrico su una ipotesi **scientista o razionalizzatrice** dei problemi presentati; ciò accade anche in questo ultimo scorcio di secolo.

L'iniziativa della comunità terapeutica di stampo anglosassone, a partire da questo ultimo dopoguerra, è in fondo un tentativo di razionalizzare l'ospedale psichiatrico in termini di **nuova segregazione, di nuova repressione, mantenendolo intatto** nella sua articolazione fondamentale, e cioè nella immissione di persone che non riescono a reggere alle condizioni di vita esterna, che non hanno risorse e che si presentano alla gestione psichiatrica come "malati". La proposta di una nuova gestione tecnica non entra nel problema fondamentale, non entra nelle **contraddizioni sociali che stanno dietro ed attorno al problema stesso**.

verso la presa di coscienza

Di fronte a questa proposta di **tipo tecnologico**, di tipo nuovamente scientista e razionalizzante, emerge la esperienza di alcuni psichiatri, tra cui, in Italia, il gruppo che ha lavorato nell'ospedale psichiatrico di Gorizia, abbastanza noto anche attraverso i libri che ha pubblicato. A Gorizia si è agito per la trasformazione dell'ospedale psichiatrico e si è anche riflettuto su ciò che si faceva in rapporto con i livelli di potere, con le condizioni generali di sfruttamento e di esclusione esistenti nel 'sociale'.

Riassumendo brevemente i termini della questione: **non si tratta di stare in un ospedale psichiatrico cercando di attenuare semplicemente le condizioni di vita atroci dei ricoverati; non si tratta di trasformare**

l'ospedale psichiatrico per metterci l'etichetta di 'terapeutico', dove di terapeutico c'è poco o niente; si tratta invece di stare in un ospedale psichiatrico **con gli infermieri, con i ricoverati** per identificare **insieme** le condizioni più dure e più tragiche della violenza istituzionale, che non si manifesta solo attraverso l'atto solitario di un infermiere che prende per il collo il paziente, lo sbatte sul letto e poi lo lega. Si tratta di fare un'analisi di quella che ho chiamato la **violenza istituzionale, cioè tutta quella serie di regole, di condizioni, di distanze di potere tra chi gestisce l'istituzione per conto del potere sociale e tra chi è ricoverato**, cioè colui che viene chiamato l' 'utente del servizio' e che invece è un vero e proprio **internato**, che sta apparentemente dall'altra parte della barricata e che con nostra grandissima sorpresa ha incominciato ad inchiodarci alle nostre responsabilità. Quando noi abbiamo cominciato a dire: facciamo le assemblee come si fanno nella comunità terapeutica di Maxwell Jones, ciò che ne usciva era: «io ho il diritto di essere libero», «qui si mangia malissimo», «perché non devo portare i vestiti che avevo quando sono entrato?», «perché il tal paziente è preferito dagli infermieri ed ha certi privilegi che io non ho?». Apparentemente non c'era nulla che riguardasse ciò che avevo studiato in psichiatria e apparentemente non c'era nulla che ci potesse mettere sulla strada per cominciare a dire: «qui curiamo i malati in un modo diverso». C'era però soprattutto la possibilità di una alleanza e, prima ancora, di una verifica fatta insieme con gli internati di questa situazione tragica di repressione e di esclusione. Nel corso dell'esperienza sono emersi dei veri e propri leaders tra gli internati. Leaders che hanno lavorato fianco a fianco con noi e con i quali sono state abbattute le barriere **fisiche** della separazione del manicomio dal contesto sociale e con i quali è stato sviluppato un lavoro comune di analisi delle condizioni che li hanno portati negli ospedali psichiatrici, dei problemi sociali che stanno a monte dell'impossibilità di ritornare in società, del **significato dell'istituzione in una società divisa in classi**.

Non l'avevamo letto sui libri o sulle riviste che **i ricoverati dell'ospedale psichiatrico appartengono quasi tutti alle classi più disagiate, proletarie, sottoproletarie**, che sono un certo tipo di casalinghe con una situazione familiare disgregata, certi tipi di invalidi in condizioni di estremo disagio e di abbandono, certi tipi di ragazzi in difficoltà in una società in cui non riescono a riconoscersi. E poi ci siamo accorti che, mentre andava avanti questo lavoro comune e mentre si abbattevano le barriere, ciò apparentemente era anche terapeutico: chi prima stava assorto in un suo delirio, riusciva ad esprimere i suoi problemi, a chiedere di andare a casa; persone che erano rimaste per anni all'apparenza gravemente ammalate, riu-

scivano a riconoscersi nel movimento di lavoro comune, di verifica collettiva dei problemi. **La contraddizione**, che abbiamo cercato di discutere pubblicamente, **tra il nostro ruolo di curanti e il nostro ruolo di repressori**, di custodi, di razionalizzatori delle 'storie' che stanno dietro gli internati, noi l'abbiamo denunciata.

no alla delega

Contemporaneamente ci siamo accorti che la denunciavamo in altro modo e con altre parole, ma sulla stessa linea, gli studenti, specialmente quelli in medicina. Era diventata una linea che la **classe operaia** faceva propria come lotta in quegli anni in cui rifiutava di stare in fabbrica in condizioni che rischiavano di produrre immediatamente malattie, disadattamenti, nevrosi e che decretava la lotta alla nocività ambientale **in tutti i suoi aspetti** (nocività fisica, ma anche nocività psicologica), impostando il problema della **fine della delega** che noi avevamo attuato nel nostro lavoro.

Cosa si intendeva per fine della delega? Dal punto di vista della medicina, si intendeva che gli operai non volevano più delegare agli 'esperti' la tutela della propria salute, ma intendevano difendersela **in prima persona**, volevano fare loro le verifiche insieme con i tecnici - nella misura in cui talune operazioni dovevano essere fatte da costoro -, ma rivendicavano per sé le analisi sulla propria condizione di vita e di lavoro. Fu portato avanti un **rovesciamento** del tradizionale rapporto tra **chi gestisce la medicina** e tra **chi è gestito dalla medicina**; accadde negli ospedali psichiatrici, dove si cominciò un nuovo tipo di esperienza, ed è accaduto anche nelle fabbriche, dove gli operai hanno deciso di prendersi in mano direttamente la **gestione della difesa della propria salute**. A Gorizia ciò si è verificato in un modo abbastanza fortuito: contemporaneamente alla liberazione degli internati dell'ospedale psichiatrico si è sviluppato un rapporto importante e fecondo, proprio in quegli anni di grandi lotte operaie, con i metalmeccanici del cantiere di Monfalcone, che erano decisamente schierati a difesa della nostra esperienza, sempre minacciata dall'Amministrazione democristiana (2). Noi abbiamo avuto proprio in quel periodo, tra il '67 e il '69, un collegamento preciso con i sindacati e con i lavoratori di Monfalcone che hanno colto immediatamente il significato dell'importanza dell'esperienza. Oggi, senza medici che portano avanti il lavoro di quegli anni, l'eredità di Gorizia è affidata agli infermieri, alle forze politiche della sinistra ed ai lavoratori; con difficoltà e con contraddizioni va avanti.

la scienza in mano ai proletari

Il rapporto, a cui ho appena accennato, tra esperien-

za di verifica e di rovesciamento dei meccanismi di potere all'interno dell'istituzione e **collegamento con le lotte di massa**, sta faticosamente trovando un suo ulteriore spazio operativo nel lavoro che stiamo conducendo nella provincia di Arezzo. L'esperienza è stata ed è tuttora sostenuta dall'Amministrazione provinciale di sinistra, uno schieramento, a mio avviso, avanzato e consapevole di forze politiche, sia a livello provinciale che nell'articolazione degli enti locali e delle forze sociali in campo, che hanno scelto insieme ai tecnici che lavorano con me, di condurre una lotta dura, seria, per l'abolizione delle strutture di tipo manicomiale-repressivo, che qui erano molto evidenti. Nell'ospedale di Arezzo mi avevano infatti sorpreso i reparti circondati da altissime mura, strutture queste che non si ritrovano frequentemente negli ospedali psichiatrici che oggi cercano di nascondere la loro caratteristica di "luogo di segregazione", magari con reti pitturate in verde sullo sfondo di siepi. È stato posto non solo il problema dell'abbattimento del muro che isolava i reparti e dell'apertura degli stessi, ma anche del lavoro - in positivo - di condurre assemblee, riunioni, di discutere e di agire insieme con gli internati per la soluzione dei loro problemi e delle loro grosse difficoltà, dovute non solo alla malattia mentale, ma anche alla lunga degenza.

Nello stesso tempo si dà il via ad iniziative sul territorio per sostenere con forza e con chiarezza, anche teoricamente motivata, una lotta senza quartiere **contro i meccanismi dell'esclusione sociale**, sia che si manifestino nell'età infantile o nell'età adulta o nella vecchiaia. Si impara così a riconoscere in tutti i momenti di esclusione delle varie età della vita **l'unica matrice del rifiuto dell'invalido, del debole, del diverso, di colui che non riesce a stare con gli altri, di colui che non riesce ad esprimere la sua esigenza di libertà e di dignità in una società fondamentalmente anarchica - come una volta scrisse Marx -, in cui c'è un disordine apparentemente razionalizzato che produce costantemente le sue vittime.**

Noi non abbiamo cercato di instaurare con gli internati un rapporto di razionalizzazione o semplicemente assistenziale. Certo, si danno dei sussidi, si interviene cercando di riparare ai danni prodotti da un certo tipo di vita sociale che incide in modo naturalmente dannoso sullo sviluppo della personalità, ma soprattutto si forniscono **occasioni di presa di coscienza collettiva, non separata**: non tecnici e amministratori che discutono per conto loro, ma presa di coscienza collettiva, **di massa**, a partire dal problema dell'escluso, del ragazzo disadattato, del vecchio che nessuno vuole, per discuterne pubblicamente. Non a caso, all'inizio dell'esperienza aretina, c'è, nel comune di San Giovanni Valdarno l'avvio di discussione di psichiatria in piazza che dura 15 giorni. Credo che sia una delle

esperienze più incredibili e stimolanti che si possano fare : un comune che per 15 giorni, con una mostra permanente e con dibattiti sui vari problemi politici e tecnici dell'esclusione, discute in piazza il problema dell'ospedale psichiatrico e delle strutture della segregazione, con un rapporto - ai livelli di coscienza possibili nella popolazione - con la collettività. Una collettività che abbiamo riscontrato essere di segno diverso a seconda se sta da una parte o sta dall'altra del versante di classe e che, a mio parere, sta dimostrando una grande possibilità di maturazione, non nei termini di soluzione dei conflitti sociali attraverso la psichiatria, ma nei termini di una **tendenziale** presa di coscienza collettiva del **nesso inscindibile che passa tra esclusione sociale, esclusione psichiatrica e sfruttamento** : il tipo di sfruttamento in atto nella nostra società.

quando il tecnico gestisce l'esclusione

Nel dibattito al consiglio provinciale di Arezzo a cui ho partecipato, la DC ha assunto delle posizioni molto precise, molto nette di critica, di rifiuto, seppure un po' mascherato per certi aspetti, ma con una foga sospetta, verso quella che chiama la **politizzazione** negli ospedali psichiatrici. È un tema generale che può essere ricondotto a un fatto molto semplice : quello di accettare o non accettare una affermazione che ormai penso si possa dare per scontata, cioè **il ruolo del tecnico medico** negli apparati che sono destinati nella nostra società a **gestire l'esclusione**. Porto il discorso su questo piano non solo perché è tratto dalla mia esperienza, ma perché credo che possa interessare forse di più che non parlare del tecnico psichiatra ospedaliero.

Vediamo il ruolo del tecnico delle **équipes medico-pedagogiche** nelle scuole. Nella generalità dei casi questo ruolo si conclude nel visitare l'alunno, nell'acertarne l'eventuale grado di minorazione o di disadattamento, nello stilare una diagnosi e nel consigliarne il trattamento. Fino a qualche anno fa, una delle più frequenti indicazioni di trattamento si risolveva nell'invio in una classe 'differenziale' o in una scuola 'speciale'. Quindi il ruolo del tecnico era quello di **legittimazione dello status quo**, attraverso una serie abbastanza ridicola di conoscenze, cioè abbastanza discutibili e di fatto, poi, rapidamente squagliatesi di fronte alle contestazioni ed alle verifiche dure che ne sono state fatte. In base a questi residui di nozioni tecniche cercavano di **avvalorare** con il proprio intervento una razionalizzazione che la scuola poneva come necessaria alla sua sopravvivenza.

Qual era la verifica da fare su questo piano ? La verifica da fare era che nelle classi 'differenziali' e nelle scuole 'speciali' andavano soprattutto ragazzini di famiglie di emigrati, di famiglie in disagiato

condizioni economiche, di famiglie con grande pendor- larità dei genitori, di famiglie in cui il bambino non poteva, per mancanza di servizi sociali, essere se- guito ed assistito adeguatamente. **Si rispondeva così ad una deficienza dell'organizzazione sociale con l'al- lontanamento del bambino dal contesto in cui soltanto poteva ricevere le risposte ai suoi bisogni.** Era un dato riscontrabile e verificabile ed era altrettanto ri- scontrabile e verificabile che la mistificazione dell'in- vio del bambino nella 'zona separata' fosse giustifi- cata con il "recupero" dello stesso.

Successivamente le statistiche hanno dimostrato che, ben lontani dal reinserimento, i bambini rimane- vano nelle 'classi lagers'; se tornavano nelle 'clas- si normali', ripetevano regolarmente l'anno e comin- ciavano una carriera di segregazione e di esclusione che aveva radici sociali, le quali si innestavano anche - evidentemente - con difficoltà di tipo diverso: dif- ficoltà psicologiche, personali, linguistiche, etc. Si rispondeva a queste difficoltà con un'ulteriore diffi- coltà.

A questo punto la presa di coscienza da parte del **proletari** di tale meccanismo (sia pure lenta e con- traddittoria e non così di massa come sarebbe stato necessario, ma in parecchie occasioni molto precisa e molto puntuale), la presa di coscienza da parte del **tecnici** del tipo di funzioni che svolgevano, ha per- messo l'impegno per l'eliminazione delle classi 'difer-enziali', per la riduzione delle scuole 'speciali' o, per lo meno, per la messa in discussione del me- canismo di segregazione e del meccanismo di esclu- sione nelle 'zone separate', che queste strutture gestivano.

Ne consegue che il livello di coscienza su tale pro- blema, sul rapporto tra questo e il tipo di sviluppo sociale ed economico, è oggi talmente diffuso che l' apparato statale e le forze politiche conservatrici so- no alla ricerca affannosa di soluzioni di **nuova** razio- nalizzazione.

Ad esempio, hanno inventato la facoltà di Psicologia con oltre ventimila iscritti da distribuire a tappeto in tutte le scuole per cercare di tamponare in qualche modo la situazione che è venuta maturando. Anche in questo caso il problema è contemporaneamente po- litico e tecnico; va visto a seconda del ruolo che que- sto tipo di operatore andrà a ricoprire: se sarà un ruolo di risposta tendenziale ai bisogni del bambino o se sarà, invece, un ruolo di risposta ai bisogni della struttura in cui l'operatore si inserisce. Questa è la **contraddizione**, e io credo ci sia una analogia stret- tissima, sulla quale dobbiamo meditare, tra tecnico delle istituzioni psichiatriche, tecnico della gestione dell'esclusione della scuola, tecnico della gestione dell'età anziana, tecnico che sta in fabbrica per ce- care di **addormentare** la coscienza operaia (anche se

gli psicologi di fabbrica, in Italia, sono pochissimi e semi-clandestini; il che è un grosso successo del movimento operaio). Dobbiamo essere coscienti del legame che congiunge tutti questi momenti e questi ruoli in un rapporto estremamente ampio col movimento di classe, che è presente su questo terreno, che non è limitato da esso, ma che è legato alla lotta di classe più generale, alla lotta per la casa, alla lotta per una diversa organizzazione degli spazi sociali, alla lotta per un diverso assetto della società.

per spezzare l'egemonia borghese

Penso di aver trascurato la riflessione teorica sui temi trattati; non ho parlato dei contributi che ci sono venuti da autori anglosassoni, come Laing e Cooper, che hanno visto tradotti i loro libri anche da noi; ho trascurato il ruolo della psicoanalisi e il ruolo della prassi analitica; ciononostante credo di aver dato ugualmente un quadro abbastanza preciso dei problemi che ci troviamo di fronte e che ci offrono nello stesso tempo sia una situazione suscettibile di sviluppi positivi, sia tutta una serie di contraddizioni che - tanto per stare alla mia esperienza concreta di Arezzo - si manifestano con la divisione molto netta tra centri di potere burocratici e repressivi (magistratura, polizia, apparati burocratici dello stato) da una parte, e forze operaie dall'altra. Ora noi la nostra scelta l'abbiamo fatta; siamo a fianco degli operai e degli oppressi, ma il futuro si presenta molto incerto in conseguenza di una situazione politica estremamente complicata, anche con elementi che non si inquadrano con esattezza nella situazione, per molti versi positiva, di una provincia "rossa" come quella di Arezzo.

Nel periodo che sono stato a Mantova ho imparato questo: **se si prende sul serio il proprio ruolo di curante si squarcia il velo della mistificazione**. Pertanto non ho potuto fare il curante, il terapeuta fino in fondo, in modo coerente e serio, se non prendendo coscienza di tutti i limiti strutturali, istituzionali, di violenza interna ed esterna, quindi di **violenza sociale** e di **violenza istituzionale**, che rendevano appunto questi sforzi abbastanza limitati e circoscritti.

E' vero che un punto di partenza può essere l'esigenza che abbiamo di dare una risposta alla **sofferenza**, però credo che il medico - e qui non parlo solo del "tecnico dell'esclusione", ma del medico in genere nella nostra società - sia una persona che può benissimo verificare fino in fondo i **limiti grossolani** in cui si viene a trovare, se vuole veramente curare. Tra l'altro questo vale anche per il medico della mutua o dell'ospedale generale, che è costretto a vergare continuamente delle ricette e, quindi, a trasformarsi in un semplice propagandista dell'**industria farmaceutica**. La funzionalità all'apparato farmaceutico è dovuta allo stimolo complessivo di tipo promozio-

nale che l'industria in questione sviluppa sia sulla popolazione, sia sugli stessi medici. Questo rapporto **ambiguo** col farmaco non lo si può negare con un atto di volontà: è una contraddizione che va gestita politicamente e sulla quale stiamo cercando di agire da un punto di vista di classe.

Vi è un'altra contraddizione: quella tra gli internati come esclusi istituzionali e coloro che ne dovrebbero aver cura, medici e infermieri. Il problema è anche quantitativamente rilevante. Da un'inchiesta recente, a cura del PCI, è risultato che in Italia ci sono qualcosa come circa **400.000 internati** in ospedali psichiatrici e istituti di vario genere, tra adulti e minori.

La ragione che sta alla base della esclusione istituzionale non diventa consapevolezza di massa solo perché qualcuno parla in una sala o perché qualche giornale dibatte questo tema; è chiaro sempre più che deve essere il **movimento proletario** nel suo complesso a farsi carico di questo **compito storico**.

E' stato messo in evidenza come ci sia storicamente un' **egemonia culturale** specifica su questi temi, difficile da contestare e da mettere in crisi che, mantenuta in questi anni dalla borghesia sul proletariato, comincia tuttavia a mostrare le **premesse** per il suo crollo.

(1) L'egemonia "scientifica" di Lombroso nella questione della genesi e del trattamento della pellagra è fuori discussione. La polemica contro il ruolo delle carenze alimentari nella genesi della pellagra assume a volte toni incredibilmente astiosi. Soprattutto ci si accanisce per **negare** che vi sia un rapporto con la miseria ed il sottosviluppo delle campagne. Il "socialista" Lombroso giunge a consigliare ai contadini l'**emigrazione** come modo sicuro per sfuggire alla malattia. Un estimatore, inconsapevolmente, così svela il gioco politico della genesi tossoinfettiva della pellagra: « nessuno prima di lui (Lombroso) e meglio di lui seppe tener desto con pubblicazioni frequenti, con polemiche audaci, con insistente propaganda, l'interessamento del pubblico al grave problema e nessuno prima di lui aveva attirato alle indagini pellagrologiche oltre i medici e gli igienisti, anche i clinici, e persino il Governo, coll'allontanargli lo spauracchio della **necessità di una radicale riforma economico-sociale**, quale si imponeva ai sostenitori dell'insufficienza alimentare, della possibilità di iniziare i provvedimenti profilattici, regolando semplicemente con **misure di polizia sanitaria** il commercio del mais ».

(2) E' interessante ricordare che furono gli stranieri a individuare la causa della pellagra e che, in Italia, fu **ritardato** di qualche anno l'ingresso della novità scientifica, dato che l'organizzazione scientifico-sociale nostrana era tutta tesa a dimostrare l'origine tossica ed infettiva.

(3) Nel novembre del '72 l'Amministrazione democristiana è riuscita ad eliminare dall'ospedale psichiatrico di Gorizia i medici che avevano perseguito l'esperienza innovativa, avvalendosi di apporti oscuri e ambigui con la minoranza fascista che forniva provocatoriamente dossiers più o meno inventati.

Il testo che segue è il documento programmatico del movimento di « Psichiatria Democratica ».

L'accettazione da parte di tutti gli operatori psichiatrici della legge dell'internamento coincide con l'**accettazione dell'aggressione** attuata ai danni degli internati. Agire in un'istituzione psichiatrica o in servizi psichiatrici che mantengano questa logica - fondata sulla netta **separazione** fra sano e malato e sulla **strumentalizzazione** del malato implicita in questa separazione - deve portare gli operatori psichiatrici che intendono opporsi al **rifiuto dell'istituzione come organizzazione di custodia e di controllo**.

L'internamento manicomiale e l'internamento carcerario sono risposta univoca e aspecifica ad esperienze umane che esistono e che hanno origini e dovrebbero avere risposte diverse: la "malattia" e la "delinquenza". Queste esperienze umane, tuttavia, nel nostro sistema sociale, non possono essere affrontate come tali, perché esse sono annullate in una gestione repressiva che, forzandole in un'unica modalità di organizzazione istituzionale, **ne uniforma il destino sociale**. L'univocità della risposta è espressione dell'univocità di un giudizio che definisce sia lo stato di "malattia" che quello di "delinquenza" solo in rapporto all'organizzazione sociale: cioè come **trasgressione** dei limiti di norma definiti.

In pratica, il sistema sociale, mentre si rifà alle diverse branche della scienza per proporre una differenziazione apparente fra le diverse contraddizioni che deve affrontare, di fatto gestisce **in modo univoco e puramente difensivo** la problematica della marginalità: l'unica realtà è l'organizzazione in termini repressivi di una contraddizione che non può mai essere vissuta come tale.

"Terapia" da un lato e "riabilitazione e rieducazione sociale" dall'altro, sono la giustificazione formale all'internamento, che è **pratica incostituzionale** perché concretamente finalizzata alla distruzione dei cittadini che avrebbero bisogno di terapia e di riabilitazione.

Compito dell'operatore psichiatrico è dunque riportare alla propria **specificità** un'istituzione e un rapporto che - sotto l'alibi di codificazioni scientifiche diverse - prevedono invece solo la genericità del controllo. Questo compito si attua attraverso la **riappropriazione della funzione terapeutica specifica** di organismi sanitari che non hanno mai svolto un ruolo terapeutico nei confronti della malattia mentale; e, al tempo stesso, attraverso una **depsichiatrizzazione di questi servizi**, rendendo esplicito il processo repressivo e discriminante che essi attuano e che con la malattia non ha niente a che fare.

Per gli operatori ciò significa:

- 1) — L'individuazione e la lotta **contro il proprio**

ruolo di potere nei confronti dell'utente del servizio.

2) — L'individuazione nella persona di **bisogni sociali non soddisfatti**, che l'internamento cancella, occultandoli sotto la diagnosi di malattia.

3) — L'individuazione degli **strumenti terapeutici** implicati nel proprio ruolo specifico, una volta liberato dalla strumentalizzazione che il sistema sociale attua attraverso la delega del controllo e del potere.

4) — L'individuazione e il riconoscimento delle **persone e delle forze sociali** coinvolte e da coinvolgere in questa lotta.

In questa ottica, il tecnico deve offrire una **pratica** che serva di verifica a istanze **politiche**, non solo sanitarie e tanto meno solo psichiatriche. Il gruppo di operatori psichiatrici che intendono agire in questo senso non si prefigge di costituirsi come gruppo politico, né potrebbe farlo. Esso presume, infatti, che la **politicità del suo agire** consista nel proporre un terreno di confronto reciproco per il tecnico e per il politico, attraverso la creazione di situazioni **alternative** su cui si misuri un reale schieramento di classe, arrivando a chiarire i **termini di una lotta di classe** che, all'interno della logica istituzionale, risultano spesso vaghi e sfuocati.

Se, ad esempio, gli internati appartengono alla stessa classe cui appartengono infermieri e parte degli operatori, lo schieramento di questi ultimi a favore della lotta per i primi è l'unico presupposto valido ad un allargamento della lotta psichiatrica e del suo significato politico. Limitandosi, infatti, la lotta al movimento di alcuni psichiatri che - pur in mezzo a difficoltà e incomprensioni - continuano a dimostrare praticamente i momenti del processo di strumentalizzazione della malattia a certi livelli sociali ed economici e la funzione del manicomio, dove non approda solo la malattia mentale, ma ogni forma di asocialità che ha bisogno di essere controllata, **la battaglia si isterilisce** e si vanifica, riducendosi ad una proposta simbolica di ciò che potrebbero essere un rapporto e un'istituzione terapeutici: la lotta si riduce, in tal senso, ad una semplice trasformazione tecnica che lascia inalterate le strutture di potere e la dinamica dell'oppressione.

Il gruppo di 'psichiatria democratica' si propone quindi di :

1) — Continuare la lotta all'esclusione, analizzando e denunciandone le matrici negli aspetti strutturali (**rapporti sociali di produzione**) e sovrastrutturali (**norme e valori**) della nostra società. Questa lotta può essere condotta solo collegandosi con tutte le forze e i movimenti che, condividendo tali analisi, agiscono concretamente per la trasformazione di questo assetto sociale.

2) — Continuare la lotta al 'manicomio', come luogo dove l'esclusione trova la sua espressione pa-

radigmatica più evidente e violenta, rappresentando insieme la garanzia di concretezza al **riprodursi dei meccanismi di emarginazione sociale**. Anche se questa spesso passa per una lotta di retroguardia, gli ospedali psichiatrici esistono, infatti, in tutto il paese e, tranne rari casi in cui operatori psichiatrici o amministrazioni provinciali stanno tentando un'opera di trasformazione, per la maggioranza la situazione è immobile e imm modificata.

3) — Sottolineare i pericoli del **riprodursi dei meccanismi istituzionali escludenti**, anche nelle strutture psichiatriche extra-manicomiali di qualunque tipo. Qualsiasi struttura alternativa si configura infatti a immagine e somiglianza dell'organizzazione istituzionale che continua ad esistere in modo dominante alle sue spalle. Ogni artificiosa separazione concorrenziale fra servizi di igiene mentale e ospedale psichiatrico è **funzionale alla riproposizione di alibi e razionalizzazioni**, ma non certo alla prevenzione della esclusione manicomiale. Ciò non significa formulare riserve nei confronti dei servizi psichiatrici autonomi nel territorio, così come l'unificazione di questi servizi appare solo condizione necessaria ma non sufficiente al fine che ci si prefigge: l'individuazione - sia nell'istituzione ospedaliera che nel territorio - dei veri problemi, una volta liberati dalle incrostazioni istituzionali, sociali, culturali e dai condizionamenti che alterano e modificano la natura stessa della domanda.

4) — Rendere praticamente esplicito il **legame fra l'azione in campo specifico psichiatrico e il problema più generale dell'assistenza medica**, rivendicando - al di là della divisione del lavoro e delle competenze - un'azione unitaria che dalla lotta specifica per la promozione della salute mentale ci coinvolga nella più ampia battaglia per l'attuazione di una concreta e necessaria **riforma sanitaria che si fondi su una nuova logica sociale**. E' l'esigenza di questa nuova logica sociale che deve impegnare il gruppo a collegarsi con tutte le forze che perseguono **concretamente** il medesimo scopo.

NOTA BIBLIOGRAFICA

- M. Foucault, **STORIA DELLA FOLLIA** - Rizzoli, Milano 1965
- F. Basaglia, **CHE COS'È LA PSICHIATRIA?** - Amministrazione provinciale, Parma 1967
- F. Basaglia a cura di, **L'ISTITUZIONE NEGATA** - Einaudi, Torino 1968
- G. e A. Pirella, **ESCLUSIONE E SFRUTTAMENTO** - in « Classe e stato » n. 5, 1968
- E. Goffman, **ASYLUMS** - Einaudi, Torino 1968
- Maxwell Jones, **IDEOLOGIA E PRATICA DELLA PSICHIATRIA SOCIALE** - Etas Kompass, Milano 1970
- S. Piro, **LE TECNICHE DELLA LIBERAZIONE** - Feltrinelli, Milano 1971
- AA.VV., **PSICOLOGIA, PSICHIATRIA E RAPPORTI DI POTERE** (convegno tenuto all'Istituto Gramsci nel '69) - Editori Riuniti, Roma 1971
- A. Pirella, **PREFAZIONE** a C. Lombroso « L'uomo di genio » - Napoleone, Roma 1971
- F. e F. Basaglia, **LA MAGGIORANZA DEVIANTE** - Einaudi, Torino 1971
- « Renmin Ribao », **PER GUARIRE LE MALATTIE MENTALI** - in « Inchiesta » n. 4, 1971
- Associazione per la lotta contro le malattie mentali, **LA FABBRICA DELLA FOLLIA** - Einaudi, Torino 1971
- G. Pirelli a cura di, **OPERE SCELTE DI FRANZ FANON** (due volumi) - Einaudi, Torino 1971
- Numeri di **FOGLI D'INFORMAZIONE**, a cura di P. Tranchina e A. Pirella - Centro di documentazione, Pistoia
- J. C. Polak, **LA MEDICINA DEL CAPITALE** - Feltrinelli, Milano 1972
- G. Jervis, **MANICOMI ECCETERA** - in « Inchiesta » n. 5 1972
- P. Tranchina - A. D'Arco - G. P. Guelfi, **PRASSI ANALITICA E PRASSI ANTISTITUZIONALE** - in « Psicoanalisi e politica », Feltrinelli, Milano 1973
- G. Jervis, **CONDIZIONE OPERAIA E NEVROSI** - in « Inchiesta » n. 10, 1973
- L. Colomba, **UNO PSICOLOGO AL SERVIZIO DI CHI?** - in « Inchiesta » n. 11, 1973
- AA.VV., **LA LOTTA PER LA SALUTE NELLE FABBRICHE E NELLA SOCIETÀ'** (convegno tenuto a Firenze nel '73) - Savelli, Roma 1974
- AA.VV., **FOLLIA E SOCIETÀ' SEGREGATIVA** (convegno tenuto a Milano nel '73) - Feltrinelli, Milano 1974
- F. Ceccarello - F. De Franceschi a cura di, **PSICOLOGI E SOCIETÀ'** - Feltrinelli, Milano 1974

