

# L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

## SOGGETTO E ISTITUZIONE L'EREDITÀ DI FRANCO BASAGLIA

GIORNATA DI STUDIO • UDINE 22 MAGGIO 1998





---

# L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

## **SOGGETTO E ISTITUZIONE L'EREDITÀ DI FRANCO BASAGLIA**



Atti della Giornata di Studio  
Udine - 22 maggio 1998

---

# L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

SOGGETTO E ISTITUZIONE  
L'EREDITÀ DI FRANCO BASAGLIA

GIORNATA DI STUDIO • UDINE 22 MAGGIO 1998



Allegato a «L'Ippogrifo».  
Numero unico. Estate 1999.

Questa edizione è pubblicata  
dall'Associazione «Enzo Sarli».  
Via Interna, 5 - 33170 Pordenone.

#### **Coordinamento di redazione**

Augusto Casasola,  
Mario Rigoni,  
Francesco Stoppa.

#### **Progetto grafico e impaginazione**

Studio Rigoni.

#### **Fotolito**

Dreossi & C. - Pordenone.

#### **Stampa**

Tipografia Sartor - Pordenone.

#### **Referenze fotografiche**

Gian Butturini,  
Carla Cerati  
Claudio Ernè,  
Neva Gasparo,  
Mark Edward Smith.

#### **Opere grafiche**

Gianni Pignat.

#### **Foto di copertina**

Mark Edward Smith.

#### **Internet**

[www.montagnaleader.org](http://www.montagnaleader.org)

Questa edizione è composta  
in carattere Garamond Simoncini  
ed è stampata su carta Arcoprint  
da 100 g/mq della cartiera Fedrigoni.

Stampato in Pordenone  
nel mese di settembre 1999.

#### *Autori e collaboratori:*

MARIO NOVELLO, psichiatra.

GELINDO CASTELLARIN, psicologo.

AUGUSTO CASASOLA, sociologo.

FRANCO ROTELLI, psichiatra.

LUCIANA MOLINARI, psicologa.

GIOVANNA GALLIO, sociologa.

FRANCESCO STOPPA, psicologo.

MARIO COLUCCI, psichiatra.

FRANCA ONGARO BASAGLIA, sociologa.

CARLO VIGANÒ, psichiatra.

LUCIO SCHITTAR, psichiatra.

La Giornata di Studio *Soggetto e Istituzione:  
l'eredità di Franco Basaglia* tenutasi a Udine  
il 22 maggio 1998 è stata organizzata  
dalla Sezione italiana della Scuola Europea  
di Psicoanalisi (sede di Udine) in collaborazione  
con il Dipartimento di Salute Mentale.

Questa edizione degli Atti della Giornata di Studio  
*Soggetto e Istituzione: l'eredità di Franco Basaglia*,  
è stata resa possibile grazie al sostegno del dottor  
MARIO NOVELLO, responsabile del Dipartimento  
di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi  
Sanitari n. 4 «Medio Friuli» - Udine.

Le fotografie pubblicate sono tratte dalla mostra:  
*Trieste dei Manicomi - antologia precaria di un cambiamento epocale*.  
Ringraziamo gli autori per la gentile concessione.

Ringraziamo inoltre ANNAMARIA CASTELLAN  
(del coordinamento e organizzazione della Mostra)  
e l'Archivio fotografico del Dipartimento di Salute Mentale  
di Trieste per la cortese collaborazione.

#### *Danno il loro patrocinio a questa pubblicazione:*

COOP ACLI, Cordenons; COOP FAI, Porcia; COOP ITACA, Pordenone.  
AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI PORDENONE.

#### *Per la realizzazione un particolare ringraziamento a:*

ANDREA DI BERT, GIOVANNI, ALESSANDRO E ALBERTO DREOSSI,  
DANIELE GORTAN, ANNA PIVA E CARLO SARTOR



**Questa edizione viene pubblicata  
con il contributo della Fondazione  
Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone**

## Superare il Manicomio

MARIO NOVELLO

*Il Seminario Soggetto e Istituzione: l'eredità di Franco Basaglia è stato organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.4 Medio Friuli – Udine e dalla Scuola Europea di Psicoanalisi nella ricorrenza del ventennale della promulgazione della Legge 180/78 senza alcun intento di tipo rievocativo e celebrativo – anche se è necessario talora mettere in evidenza la straordinaria innovazione che la Legge ha portato, perfino dove è stata applicata poco e male e senza trionfalismi – dal momento che la sua disapplicazione sta provocando inaccettabili difficoltà, sofferenze ed incongruenze, sopportate perfino troppo in silenzio. Centrando il Seminario sul tema Soggetto e Istituzione si intendeva (ri)proporre una riflessione sull'attualità o meno del pensiero e del metodo di Franco Basaglia ai giorni nostri, ovvero alla fine degli anni '90, proprio nella situazione specifica di Udine e del Friuli, si potrebbe dire "in corso d'opera".*

*Forse, a posteriori, si può dire che il Seminario ha raggiunto soltanto in parte quello che si prefiggeva oppure, forse, la dolorosa asprezza della situazione richiedeva proprio un delicato avvicinamento ai problemi, da prospettive e con tagli diversi, per permettere a chiunque ne avesse interesse – qualunque fosse la sua posizione di giudizio o di pregiudizio – di poter trovare un suo modo di accedere ad una esperienza così profonda e complessa, magari per criticarla, ma in una dimensione seria e dignitosa di pensiero e di possibile dialogo.*

*Comunque senza rinunciare alla chiarezza e/o alla durezza del discorso.*

*E, se questo fosse davvero accaduto, sarebbe già un grande risultato del Seminario.*

*Pur rimandando ad auspicabili approfondimenti poiché la questione è complessa, sfacet-*

*tata e non univoca, sembra non potersi negare che nell'area friulana il pensiero e l'azione di Franco Basaglia non avevano suscitato interesse o consensi né sotto il profilo teorico-culturale, né sotto il profilo dell'azione di superamento del Manicomio, ma avevano incontrato diffidenza, ostilità ed opposizione, non senza strumentalizzazioni, seppure con alcune rare eccezioni, emarginate o disperse in grande solitudine.*

*La ricerca di una via originale di superamento istituzionale, tentata da alcune frange migliori, per questo pesantemente represses, rimanda anche – ma non solo – alla questione centrale del nodo teoria-prassi e quindi ancora una volta alla eredità di Franco Basaglia.*

*D'altra parte, forse a partire dal vissuto di vergogna di certa cultura contadina, la pratica del ricorso alle istituzioni totali, religiose o pubbliche, per ogni tipo di problema – dall'infanzia alla vecchiaia – è profondamente radicata e diffusa da tempo immemorabile in Friuli, riproduce e consolida marginalità e stereotipi di marginalità, genera cultura della diversità e dell'esclusione, condensa interessi di varia natura, in un circolo vizioso che tende a perpetuarla.*

*Rimettere a fuoco il problema dell'eredità di Franco Basaglia a Udine "in corso d'opera" collocava il Seminario all'interno del processo concreto di definitivo superamento del Manicomio di Udine, ovvero del cuore del sistema manicomiale del Friuli. Il processo di superamento del Manicomio di Udine è tuttora in corso e fatica a giungere a conclusione perché procede con eccessiva lentezza o tra innumerevoli difficoltà ed ostacoli, evidenziando passività, inerzie, resistenze ed incompetenze – talora davvero ignobili ed intollerabili – da un lato, ma suscita anche interesse, solidarietà,*

comprensione e partecipazione – inaspettate e talora generosissime – da un altro lato. La sensibilità dell'opinione pubblica è cambiata e sta cambiando nella misura in cui si dimostra nella pratica e con i fatti che è possibile un sistema civile ed intelligente di risposta alla sofferenza psichica e di promozione della salute mentale, senza abbandoni e senza ideologismi, diverso da quello arcaico e violento vetero e/o neo manicomiali.

E, se è un sistema possibile, diviene auspicabile e quindi obbligatorio fino a costituirsi come diritto per i cittadini e dovere per i Servizi (il quesito: «Se i Servizi non servono alla salute dei cittadini, a che cosa servono?» è già pienamente basagliano e le contraddizioni “cittadini/Servizi/diritti” e “sapere/potere” sono state aperte, ad esempio, dalle associazioni di familiari e da una parte più sensibile dell'opinione pubblica).

La situazione di Udine e del Friuli si poneva e si pone tuttora – a maggior ragione nella prospettiva della costruzione di un “sistema regionale” – come un grande laboratorio che mette alla prova ogni giorno, cento volte al giorno, la validità e l'attualità del pensiero e del metodo di Franco Basaglia e quindi della consistenza, della specificità e della qualità della sua eredità. La persistenza, anche sotto mentite spoglie, del Manicomio di Udine fino ai giorni nostri, commissariato della Giunta Regionale nel 1993, la prosecuzione della sua utilizzazione da parte dei Servizi territoriali fino al settembre 1994 con l'immissione di persone anche di giovane età in un sistema pienamente manicomiali e senza alcuna progettualità, la debolezza e la povertà di risorse dei Servizi territoriali, il ruolo del Servizio Ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura, la dimenticanza e l'abbandono dei propri pazienti da parte dei Servizi friulani e quant'altro, hanno costituito di fatto un enorme quanto tragico laboratorio, limpidissimo agli occhi di chi disponeva degli strumenti per decodificarlo e per comprenderlo, opaco agli occhi di chi non disponeva di tali strumenti.

Non si trattava di una situazione arretrata e dimenticata ai confini del tempo, ma di una situazione in cui il “vecchio”, il Manicomio, conviveva in un intreccio funzionale con il “nuovo”, la psichiatria così detta clinica e le tecniche biologiche e psicologiche, che si ritenevano

finalmente liberate dallo scomodo ed arcaico fardello del Manicomio. Nonostante alcune isolate esperienze, di straordinario valore ma effimere nella loro eccezionalità, il Manicomio non era stato superato in quanto macchina organizzativo-istituzionale che struttura la visione della realtà, il pensiero e la pratica.

Lasciato andare alla deriva nel disinteresse dei tecnici e forse per meno limpidi interessi di altri, il Manicomio si riproduceva nella inerzia, avendo perduto le parole per rappresentarsi e per riconoscersi ed avendo cambiato il suo nome, ma non la sua pratica e la sua funzione di inghiottitoio di esseri umani.

Molti anni dopo la Legge 180/78 e nella stessa Regione in cui si erano sviluppate le esperienze di Franco Basaglia, si riproducevano in tale modo la concezione “alienata” della “malattia mentale” e la sua esclusione-repressione. I Servizi, talora estremamente poveri (ad altre strutture, ospedaliere, venivano destinate le risorse), ed il Servizio Ospedaliero Psichiatrico di Diagnosi e Cura, illusoriamente liberatisi del Manicomio, nella purezza delle “scienze psichiatriche e psicologiche” classicamente ed inevitabilmente di fatto lo confermavano e lo riproducevano nella sua funzione di inghiottitoio degli “scarti” delle loro metodologie.

È la fondamentale questione del rapporto “struttura istituzionale/cultura/pratica” e delle tecniche. Quindi, una situazione non straordinaria, ma – di fatto – come tante altre in Italia e all'estero. Intreccio apparentemente inestricabile di “vecchio” e “nuovo”, illusione che il “nuovo” oltrepassi il “vecchio” (non compreso), mentre molti, ma non tutti, ne scorgevano il fallimento e la distruttività, impotenti ed incapaci di pensare e di trovare una via di uscita. Inoltre, in una visione più complessiva della Regione, i Servizi Socio-Sanitari “alla persona” si presentavano e si presentano tuttora, salvo preziose eccezioni, frammentati e polverizzati, paralizzati da striscianti e insensati conflitti per microspazi di potere di corpi professionali, di segmenti di Servizi, di singoli operatori, con produzioni perdute o non fossero mai state possedute le chiavi per una lettura complessiva dell'esistente e del suo divenire (il problema è così grave che è ormai alla attenzione di diverse agenzie).



Ospedale Psichiatrico di Udine. La fotografia documenta uno dei tentativi più significativi di cambiamento: l'esperienza della Comunità Terapeutica del Reparto 14, condotta all'inizio degli anni '70 dal dottor Mario Frangipane.

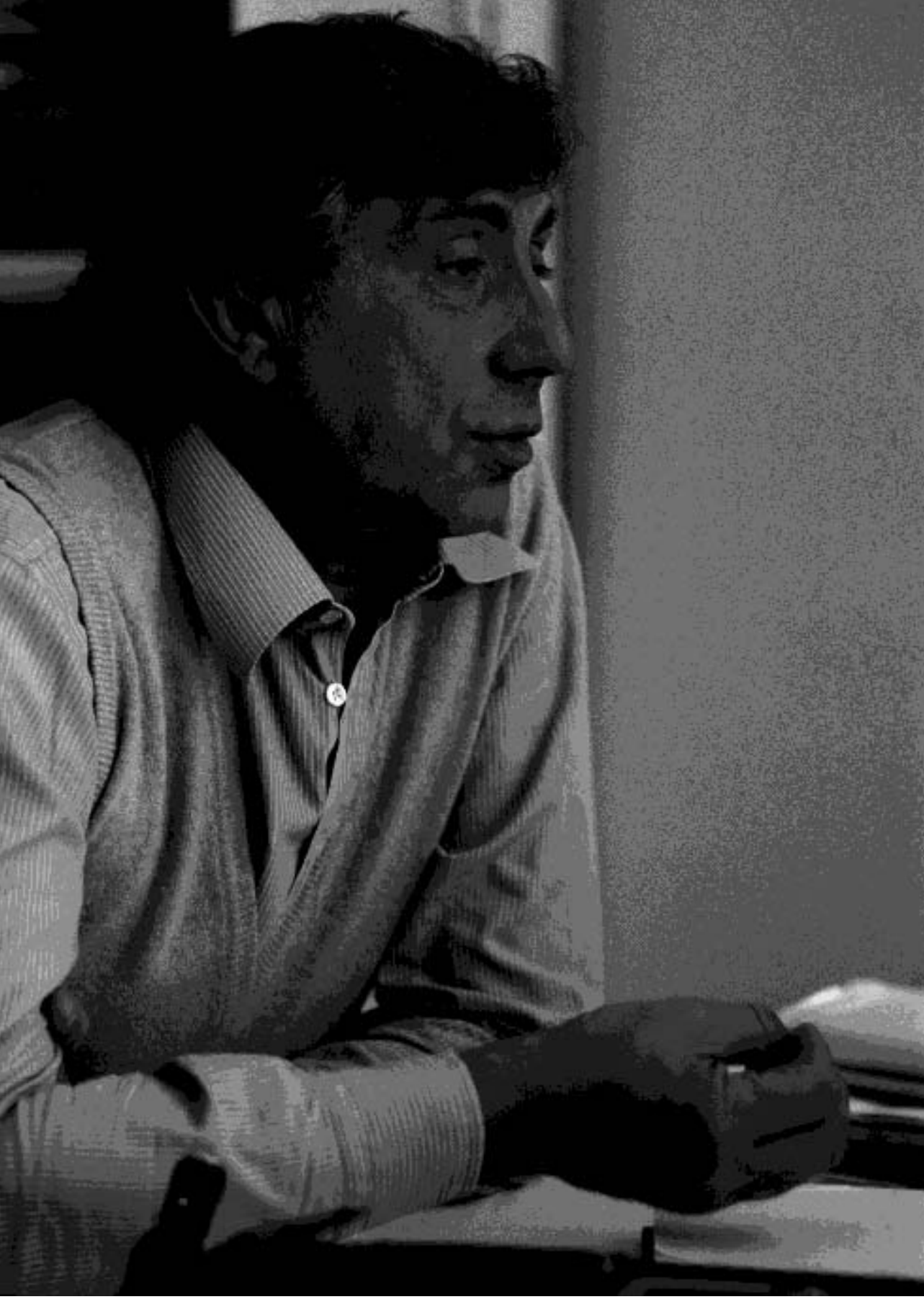
*Queste sono contraddizioni del presente che spingono le loro radici nei lontani-vicini universi delle istituzioni totali, forse chiuse (nemmeno sempre), ma mai superate nelle loro logiche di funzionamento e nella loro forza di riproduzione di se stesse.*

*Ricordando la famosa e lapidaria domanda di Sergio Zavoli a Franco Basaglia ne I Giardini di Abele: «Professor Basaglia, le interessa più la malattia o il malato?», nella sua essenzialità il problema che sembra porsi ancora oggi è se al centro dell'attenzione e dell'azione dei Servizi sia la persona, con la sua complessità psico-sociale, con la sua storia e la sua vita, la persona nella Storia, soggetto di diritti/doveri e cittadina di un paese democratico di cui segue e determina l'evoluzione, la persona nella sua dimensione antropologica e fenomenologica esistenziale, oppure la "malattia" oppure i Servizi stessi (è la questione della riproduzione dell'istituzione e del rapporto società/Servizi). L'esperienza ed il pensiero di Franco Basaglia, nel completo arco del suo di-*

*venire, e, come certamente egli vorrebbe che venisse detto, di tutti coloro che hanno raccolto e continuato la sua battaglia, si pongono ancora oggi come uno strumento fondamentale per comprendere la situazione attuale e per trasformarla in una direzione che contemperi l'etica professionale, civile, umana, l'onestà intellettuale, i diritti costituzionali e di cittadinanza, il rispetto della dignità umana, la dignità "scientifica" di alcuni "saperi" dimenticati in una lunga eclisse.*

*D'altra parte, anche chi non ne condivideva le idee, riconosceva a Franco Basaglia una eccezionale onestà intellettuale, così tagliente da essere spesso insopportabile (ma era forse il principale strumento del suo reale "magistero") ed un profonda cultura che sgorgavano da una intensa eticità umana, civile e professionale.*

*Superare il Manicomio in Friuli significa anche proporre ed offrire a operatori ed a cittadini un così straordinario patrimonio di cultura, di etica, di passione civile e di esperienze.*





# SOGGETTO E ISTITUZIONE

## L'EREDITÀ DI FRANCO BASAGLIA

La sede di Udine della Sezione Italiana della Scuola Europea di Psicoanalisi (SISEP) ha ormai, da oltre un decennio, una consolidata tradizione di collaborazioni, frequenti e mirate, con i Servizi della Salute Mentale ed in particolare con i Dipartimenti di Udine e di Pordenone. Questa tradizione vuol confermare l'impegno degli analisti della Scuola dell'orientamento lacaniano della sede di Udine, nel confronto serrato della propria teoria e della propria pratica con il concreto delle azioni che quotidianamente incrociano la cura della malattia mentale, la socio-genesi del disagio psichico ed i sintomi della vita moderna.

Quest'anno, 1998, a vent'anni dalla Legge 13 maggio 1978, n. 180, non poteva mancare in Udine una Giornata di Studio dedicata a Franco Basaglia, significativa guida della legge, colui che promuovendone il movimento ne ha permesso la nascita.

Il tema della giornata intende così rivisitare, a più voci, con i protagonisti di allora e con i più giovani operatori impegnati oggi nei Servizi della Salute Mentale con la formula della *partnership* Pubblico-Privato sociale, quattro significanti principali e cioè: il pensiero innovatore di Franco Basaglia, l'eredità della sua opera, la malattia della soggettività ed il suo disagio nella modernità, e l'Istituzione tra risorsa di cure e macchina del silenzio.

Rivisiteremo, in particolare, l'eredità ideale (la *mission* con le parole di oggi) di Franco Basaglia, quale patrimonio comune delle pratiche del sociale, patrimonio che travalica la stessa esperienza goriziano-triestina per assumere la connotazione di un paradigma operativo, che ha, non solo per i suoi effetti, un valore ed una consistenza reale.

L'opera basagliana, il testo della sua pratica, può oggi essere riletto secondo vari modelli interpretativi non solo da parte di chi ha partecipato in prima persona al momento fondante, allo *statu na-*

### Introduzione alla Giornata di Studio

GELINDO CASTELLARIN

*scenti* delle idee e delle battaglie antistituzionali, ma anche da parte di coloro che attenti ai testi ed ai discorsi della soggettività, intravedono nel lavoro basagliano ciò che fa interrogativo, questione e rilancio significante. Tra tutte le questioni aperte da Basaglia, la questione centrale e cruciale, a mio parere, questione oggi rilanciata dalle nuove pratiche della segregazione, non è riduttivamente che cos'è la follia, questione del resto del tutto aperta, ma che cos'è stata e che cos'è la Psichiatria, ovvero qual è stato il passaggio storico, culturale e pragmatico che ha costretto la Psichiatria in una equivalenza con il Manicomio, con le pratiche della contenzione e qual è oggi la funzione della Psichiatria di fronte alle domande della soggettività.

Basaglia con la sua prassi e con la sua teoria ha demolito, punto a punto, la deriva della Psichiatria al manicomio, illuminando la mistificazione che fonda le pratiche e le politiche di ogni internamento, di ogni violenza istituzionalizzata, di ogni riduzione dell'individuo a cosa e di ogni annullamento della persona a scarto del sociale, aprendo con ciò le questioni della Psichiatria di oggi, tra necessità del farmaco e necessità della parola.

La battaglia basagliana per i diritti inalienabili degli alienati, la trasformazione del residuo di legalità in titolarità piena, la lotta al potere della Medicina e della Psichiatria, la decostruzione della Scienza quale ideologia del sapere, la scelta del Sociale come terapia, sono leve concettuali forti applicabili anche oggi nelle pratiche deboli orientate ai percorsi della soggettività dei pazienti tra costruzione-ricostruzione dei legami sociali, pratiche del lavoro produttivo e non solo assistenzializzato (parola inesistente che può evocare l'assistenzialismo istituzionalizzato di certe pratiche fondate sull'equivalenza malato di mente = ritardato) e luoghi della parola, nella famiglia, nelle comunità e nel sociale.

Nella pagina a fianco:  
Franco Basaglia.  
Trieste 1975.  
Foto di Claudio Ernè.

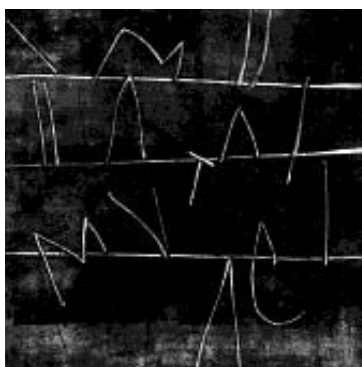
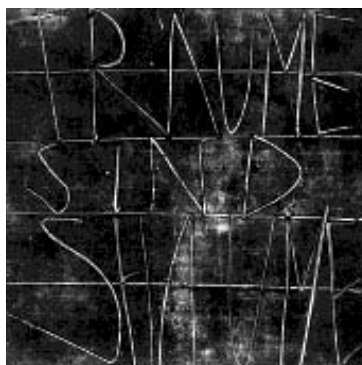
Ma quale è stata la verità basagliana che ha reso possibile il suo effetto e che può oggi, ancora, rappresentare un insegnamento indelebile? Penso di riconoscerla primariamente nella teoria e nella pratica della demistificazione del Paternalismo Medico-Psichiatrico, ossia nello svelamento di ogni discorso del padrone (in senso lacaniano), quando si rivolge all'altro per il suo bene cucendogli la bocca, riducendolo a cosa e misconoscendo la sua titolarità giuridica e la sua inalienabile titolarità soggettiva di parola.

In questo punto, mi sembra, si può reperire un forte aggancio tra lotta antistituzionale e psicoanalisi. La psicoanalisi non è una scienza e non può esserlo. La scienza esige l'universale

della legge e l'oggettività del dato. La psicoanalisi esige la singolarità della parola e l'unicità del desiderio, ovvero la costruzione di un discorso-testo, unico ed irripetibile, che chiamiamo soggetto e soggettività.

Ora il soggetto non è l'individuo, né la persona, il soggetto è un discorso e come tale esiste e può continuare ad esistere solo nella logica del dire.

Un convegno, come quello di oggi, è un dire. Resta aperto il nostro impegno a garantire, nel quotidiano, molti luoghi dove tutti, operatori e pazienti, possano continuare a dire, a narrare ed a narrarsi, perché la parola, anche vana, porta sempre con sé un frammento di verità.



## Dalla lotta anti istituzionale alle nuove forme di disagio e segregazione

AUGUSTO CASASOLA

A VENT'ANNI DALLA "180" Circa un mese fa sono andato a trovare Lucio Schittar, uno dei principali collaboratori di Franco Basaglia, con cui ha condiviso, alla fine degli anni '60, l'esperienza di Gorizia e di Parma, vero e proprio cantiere di quella che sarebbe stata la grande riforma psichiatrica italiana sfociata, giusto 20 anni fa, nella approvazione della Legge 180. È stato poi, dal 1972 al 1981, direttore dei Servizi psichiatrici pordenonesi, da lui fondati su base territoriale. Dicevo, sono andato a trovarlo – per invitarlo al convegno odierno e per una intervista, che verrà pubblicata il mese prossimo in un *Quaderno* denominato «L'Ippogrifo» – e gli domandavo una sua opinione sul passaggio della psichiatria italiana, dall'uso del manicomio, attraverso la lotta anti istituzionale, fino alla riforma della psichiatria.

Mi sembra opportuno aprire questa giornata di studio con la sua opinione: «Alla fine del 1972, quando venni chiamato a dirigere il Centro di Igiene Mentale di Pordenone, non nel secolo scorso, ma "solo" ventisei anni fa, c'era una Mercedes nera che girava per la neo costituita provincia di Pordenone e "catturava" i pazienti "pericolosi a sé e agli altri e di pubblico scandalo" per ricoverarli nel manicomio di Udine. La Legge 180 (cui, è appena il caso di ricordarlo, non seguì alcun Regolamento di applicazione) con i suoi pregi e i suoi difetti, ha sancito la fine dei manicomi, anche se ancora oggi si sta operando per il loro definitivo superamento. Non è stata cosa da poco. Intanto non si parla più di ricovero in manicomio»<sup>1</sup>. E più avanti, nel parlare di cosa ha rappresentato l'incontro con Franco Basaglia afferma: «Un'apertura affascinante ad un mondo nuovo. Prima di allora lavoravo a Mestre, conoscevo solo un primario, che batteva, letteralmente, i pugni per terra quando si adombrava, il che succedeva spesso. Ora, il discorso di Basaglia sul potere, sulla messa in discussione dei ruoli gerarchici, con il medico al vertice e in fondo il paziente, era proprio una affascinante apertura, una ridefinizione "strutturale" del rapporto»<sup>2</sup>. E continua: «È solo con la legge promossa da Franco Basaglia che si destruttura la piramide gerarchica del

manicomio, dove al penultimo posto stava l'infermiere e all'ultimo il paziente. È questo il grande merito e l'eredità di Franco Basaglia. È una vera rivoluzione antropologica. Basaglia, uomo enorme e innamorato dell'umanità, come tutti i grandi uomini aveva un carattere "difficile", forse non era così gratificante come gli altri avrebbero voluto. Lui divideva l'umanità in "deficienti e delinquenti". Fra l'altro curò e scrisse libri importanti per la psichiatria: *Che cos'è la psichiatria?* e *L'istituzione negata* (ristampati proprio quest'anno)»<sup>3</sup>.

Mi sembra opportuno, dicevo, iniziare con questa testimonianza perché pone alcune questioni nodali sulla lotta anti istituzionale, che vado a riprendere di seguito, ma anche perché il ricordo è tratteggiato con parole che sono particolarmente icastiche, hanno la capacità di evocare l'immagine e la voce, quel particolare modo di parlare di Franco Basaglia, senza mangiarli di rispetto, anzi, evocano l'affetto e il riferimento ideale che ancora oggi ci lega alla sua persona e alla sua opera.

Intanto non si parla più di ricovero nei manicomi, e non è cosa da poco, anche se rimane ancora da lavorare per il suo effettivo superamento – e il Ministro della Sanità ne ha la consapevolezza –: i numeri sottolineano che ancora 6658 persone sono ospiti nelle ex strutture manicomiali, 4218 vengono definiti pazienti psichiatrici e 2440 pazienti non psichiatrici<sup>4</sup>.

L'emanazione della legge del 13 maggio 1978 fu il coronamento di un processo di trasformazione istituzionale, un processo riformatore, sempre difficile nel nostro paese, un processo che andava a mettere in «discussione ideologie e modelli antropologici socialmente diffusi, che avviava un'etica della tolleranza e dell'accettazione del diverso»<sup>5</sup>, strada il cui percorso è ancora lungo e irto di difficoltà.

LA LOTTA ANTI ISTITUZIONALE La lotta anti istituzionale è andata a porre al centro, antropologicamente, il soggetto, la persona che soffre. È una lotta che incontra la contraddizione da cui trae origine in Inghilterra, nella seconda metà del '700, dove, prevalentemente nei pressi del-

le città industriali, sorgono i *lunatics asylums* – ricoveri per lunatici, alienati mentali – ove si depositano, in misura via via crescente i “folli poveri”. A detta del medico J. Aikin i folli sono «nocivi ed angoscianti per gli altri, sono un ostacolo alla crescita economica e i manicomi pubblici...»<sup>6</sup> – che verranno costruiti negli anni successivi in tutti i paesi europei – rappresenterebbero un vanto multiforme: «... invece di essere un peso, essi sarebbero un risparmio per la comunità, un sollievo per le famiglie private e per le parrocchie»<sup>7</sup>.

La psichiatria cerca, nel suo costituirsi come scienza, soffocata nell'abbraccio mortale che la lega alla giustizia, nell'impossibile tentativo di coniugare cura e custodia, cerca all'interno dei *lunatics asylums* le cause della malattia mentale. Ma per tutta l'era del manicomio l'assistenza al malato di mente è stata sinonimo di contenzione e di segregazione, di incomprendibilità; oggetto magari di umanitaria indignazione, spesso pietistica, nella coscienza di tutti. Franco Basaglia nel 1953 con lo scritto *Il mondo “incomprensibile” dello schizofrenico, attraverso la “Daseinanalyse”*<sup>8</sup>, saggio esemplare, retroterra culturale del processo di trasformazione perseguito con la lotta anti istituzionale, saggio che volge lo sguardo sulla persona del paziente, in quanto soggetto, e che contribuisce – insieme ai lavori di altri studiosi come Callieri, Carniello, Borgna ecc. – ad un processo di sprovincializzazione della psichiatria italiana e all'orientamento, minoritario, verso una formazione non più centrata sul paradigma biologico-neurologico. Ma non basta. Diviene sempre più urgente per Franco Basaglia agire, trasformare concretamente le condizioni di vita degli “internati”. La lotta anti istituzionale è andata infatti a porre al centro della sua pratica, in quanto «tecnici del sapere pratico»<sup>9</sup>, le condizioni di vita dei pazienti ricoverati in manicomio, recuperando la cultura critica sviluppata negli anni '50 dalle scienze sociali verso l'istituzione manicomiale – solo per citare i contributi più noti: D.V. Martin, *Istitutionalisati-on*, 1955; R. Barton, *Istitutional*

*neurosis*, 1956; E. Goffman, *Asylum*, 1959; – in un battaglia culturale e pratica contro la sette cause della istituzionalizzazione:

1. la perdita di contatto con il mondo esterno;
2. l'inattività imposta e perdita del senso di responsabilità;
3. la perdita delle amicizie e degli oggetti personali, di una propria *privacy*;
4. la sottomissione al personale medico e infermieristico;
5. i danni e il condizionamento farmacologico;
6. il clima del reparto;
7. la perdita di ogni aspettativa esterna all'istituzione.

La “nevrosi istituzionale” comporta spesso l'assunzione di posture caratteristiche e in generale un atteggiamento complessivo di passività. Potremmo dire, utilizzando una immagine di Dino Campana, una condizione in cui «del... tempo fu sospeso il corso»<sup>10</sup>, un tempo di vita immoto.

La lotta anti istituzionale ha operato per favorire il passaggio: da un tempo “sospeso”, in cui la sofferenza segregata nell'istituzione totale è spogliata del suo significato, resa incomprendibile, ad un tempo “vissuto”, in cui la sofferenza si storicizza nella «storia del paziente e non nella storia clinica»<sup>11</sup>.

Per favorire questo passaggio devono sussistere alcune condizioni preliminari che non lo garantiscono, ma lo rendono ipotizzabile. Tali condizioni attengono alla sfera dei bisogni fondamentali, all'ambiente, al corpo dell'individuo:

- la disponibilità di uno spazio proprio, in senso etologico, personale e ambientale;
- disponibilità di un proprio reddito adeguato, il denaro come equivalente generale dello scambio e traccia di ogni rapporto significativo, il che chiama in campo il lavoro, il sussidio, la pensione ecc.;

- l'accesso a servizi specifici e aspecifici;
- la presenza di punti di riferimento familiari e ambientali che possono essere coinvolti nel processo di deistituzionalizzazione;

– l'accettazione da parte dell'ambiente e la messa in discussione, l'attraversamento critico degli stereotipi sociali relativi alla malattia mentale;



Franco Basaglia organizza la mostra fotografica sui manicomi. Parma 1968.  
Foto di Carla Cerati.

– un progetto specifico e personalizzato di cura e riabilitazione.

Se queste sono le coordinate operative della lotta contro il manicomio non va dimenticato che essa fece parte di un movimento più generale di critica alle istituzioni, di disvelamento culturale, di un «attraversamento critico delle istituzioni» – citando Rudy Dutschke<sup>12</sup> – in particolare nel campo della medicina. Il 1998 segna, oltre al ventennale della Legge 180, i trenta anni dall'uscita de *L'Istituzione negata*, «la base pratico teorica attorno alla quale è nato e si è sviluppato il movimento contro la violenza delle istituzioni totali, contro l'ideologia e la tutela che si appropriava dei corpi e delle persone»<sup>13</sup>, così si esprime Franca Ongaro Basaglia in un articolo pubblicato su «il Manifesto» dal titolo significativo *Muri, oltre il muro*. A partire da questa frase della mi interessa tracciare quattro sottolineature. Critica dell'ideologia, ma anche *Passione e ideologia*<sup>14</sup> sono una componente centrale della lotta anti istituzionale. Questo “e” inserito fra i due termini non costituisce un'endiadi: passione ideologica o appassionata ideologia, se non come significato secondario. Né una concomitanza, ossia: passione e allo stesso tempo ideologia. Vuol essere invece, se non proprio avversativo, almeno disgiuntivo: nel senso che pone una graduazione cronologica. Prima la passione e poi, via via, l'ideologia. Un'ideologia che ha dato forma e misura alla passione. Nella scelta pratico-teorica della lotta anti istituzionale c'è qualcosa che ha a che fare con la passione, ma una passione che trova una misura, un ritmo che la scandisce, una concezione teorica che le da una forma di azione. Il sapere teorico, avulso dalla passione, dalla pratica, rischia di divenire una sorta di ecolalia, un insieme di formule e/o slogan che spesso causano o un senso di vertigine, o un fastidio insopportabile. Questa è la prima sottolineatura, in quanto ritengo che la lotta anti istituzionale si sviluppi all'interno di questa connessione fra passione e ideologia, in un continuo ripensamento sull'agire.



La stanza di Franco Basaglia.  
Sullo sfondo: il manifesto  
di una birra inglese e una foto  
di Jean-Paul Sartre. Parma 1971.

La seconda sottolineatura si riferisce alla centralità assunta dal concetto di istituzione. Istituzione che, riprendendo Gehlen, possiamo definire come modello culturale di comportamento, estratto dai modi possibili, sanzionati socialmente, con una funzione socialmente riproduttiva e stabilizzante. Se le istituzioni significano per l'individuo una *bienfaisante certitude*; i sistemi di idee devono la loro stabilità nel tempo alle istituzioni in cui sono incorporati<sup>15</sup>. Franco Rotelli sintetizza in che senso viene assunta tale centralità: «L'istituzione negata era l'insieme degli apparati scientifici, legislativi, amministrativi, strutturati attorno ad un ben preciso oggetto per il

quale erano stati creati: la malattia, a cui si sovrappose in più, nel manicomio, l'oggetto “pericolosità”. L'oggetto della psichiatria può e deve essere non quella pericolosità, né quella malattia. L'oggetto fu sempre per noi l'esistenza-sofferenza dei pazienti e il suo rapporto con il corpo sociale»<sup>16</sup>.

Da qui deriva la terza sottolineatura: la lotta anti istituzionale è andata a svelare l'ideologia del modello medico, analizzato negli anni '50 da T. Parsons, andando a destrutturare le fondamenta su cui esso si costituisce come forma di controllo sociale: Le principali caratteristiche del modello medico evidenziate in modo critico sono:

- la netta separazione, definita dalle scienze naturalistiche, fra *psiche* e *soma*;
- la conseguente separazione della malattia dall'uomo e dalla globalità dei suoi bisogni;
- la cancellazione delle implicazioni soggettive nella malattia e quindi anche delle sue possibilità di recupero;
- l'isolamento del disagio dal contesto sociale e culturale dove esso si origina e manifesta;
- la delega al tecnico delle competenze sulla malattie e sul corpo, espropriando il soggetto ammalato;
- lo spostamento della malattia dalla cultura del gruppo e della comunità ove integrata si origina, nella sfera separata della assistenza medica e della terapia “scientifica”;
- la disumanizzazione tecnolo-

gica come punto di arrivo del modello medico, incentrato sulla malattia e non sul malato<sup>17</sup>.

Lo svelamento della struttura del rapporto medico/paziente è paradigmatico e lascia intravedere alcune categorie politiche del moderno, sviluppate in questi anni da G. Agamben, che richiameremo più avanti. Occorre precisare che tale svelamento è stato reso possibile dal fatto che la lotta anti istituzionale ha agito contemporaneamente su più livelli:

a) sul fenomeno specifico oggetto di delega professionale (malattia, devianza);  
 b) sulla disciplina e sui ruoli professionali, attraverso la critica sul ruolo sociale del tecnico;  
 c) sulla conseguente evidenziazione delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi-quelle condizioni preliminari di cui abbiamo sopra fatto cenno, che attengono alla sfera dei bisogni fondamentali, all'ambiente e al corpo del soggetto sofferente.

La lotta anti istituzionale, quindi, operando contemporaneamente su più livelli, anche se portata avanti sostanzialmente da un piccolo gruppo, oltre a innescare un processo di trasformazione irreversibile, ha fatto emergere una nuova domanda di salute mentale che valorizza il concetto di salute come diritto sociale e di cittadinanza, un concetto di salute che si salda con la costruzione non professionale della salute di cui parla l'OMS in *Salute per tutti entro il 2000*: è questo il quarto ed ultimo elemento che mi preme sottolineare.

Il concetto di salute si è evoluto da quello di un bene naturale ed individuale da mantenere e tutelare, a quello di un interesse collettivo da promuovere attraverso un'azione preventiva che coinvolge fattori sociali, economici, politici, culturali, individuali e professionali.

La salute pubblica è diventata, infatti, un concetto definibile solo con l'ottica multidimensionale di un modello ambientale-ecologico e sociale, come un conflitto che attraversa non solo il rapporto uomo-natura, ma anche il rapporto uomo-società

Simmetricamente il concetto di malattia si è così notevolmente ampliato, sotto la forma del disagio attraversa di fatto tutti i momenti della vita sociale ed attorno ad esso si è coagulata una domanda enorme di meccanismi istituzionalizzati extra-familiari con costi sociali sempre crescenti. La Legge 180 offre, nel suo insieme, uno spazio aperto per misurarsi con il disturbo là dove esso si origina e manifesta. Questo spazio permette di configurare un'assistenza psichiatrica attenta ed aperta sia agli aspetti medici, che a

quelli relazionali e sociali. Concludendo, quindi, sulla lotta anti istituzionale: se per tutta l'era del manicomio l'assistenza al malato di mente è stata sinonimo di contenzione e di segregazione, di incomprendibilità; oggetto magari di umanitaria indignazione, spesso pietistica, nella coscienza comune. Con la chiusura dell'era manicomiale si favorisce l'apertura di un discorso non più pietistico verso il povero folle, ma di rispetto per la persona che soffre; la sua sofferenza non è più segregata, spogliata del suo significato, è visibile e inquietante per tutti noi. Inquietante perché oramai non si può negare che la malattia mentale, così come ce la rappresentiamo, è una delle conseguenze del mondo moderno e ci riguarda molto da vicino. È molto più rassicurante avere un alibi, pensare al malato di mente come a un povero infelice per causa oscura, piuttosto che a una immagine speculare di quel disagio meno eclatante e silente che attanaglia proprio le radici della nostra civiltà. In questo senso la follia è anche un modo oscuro di dire la verità. Quando lavoriamo con i sofferenti psichici per connotare gli ambienti di cura con una certa ricchezza di comunicazioni interpersonali, con fatica, stiamo curando anche noi, la nostra comunicazione impoverita e la mancanza di senso che spesso attraversa i nostri rapporti con gli altri. Il rispetto e non la pietà, il prendersi cura di ciò che dal (non) senso comune, dalla mentalità dominante viene scartato, destituito di significato, ma che da qualche interstizio, da qualche fessura lascia balenare proprio ciò a cui evitiamo di pensare.

La psichiatria occupa una posizione istituzionale che è un avamposto, un punto di osservazione sulla frontiera del disagio sociale, un luogo dove emergono domande che non hanno una risposta univoca.

Ma dopo la "180" la nostra pratica istituzionale produce ancora feticci?

Il tessuto sociale e urbano è solo istigatore di discordia in una città in-abitabile per anziani, bambini ed emarginati?

È possibile dare un senso allo prendersi cura di chi soffre, un significato non punitivo alla tossicodipendenza?

È come un sasso gettato in uno stagno compatto e opaco: non risolve nulla, ma comunque smuove le acque e lascia intravedere qualcosa che si cela al di là.

Dopo la "180" Dopo la "180" si intravede qualcosa al di là, ma l'immagine è molto confusa, sembra essersi offuscata l'identità culturale

degli operatori psichiatrici, “muri oltre il muro”; si intravede, oltre allo spazio aperto ad una cultura della salute mentale, anche un ritorno alla psichiatria, alle gerarchie, all’ottundimento. È un *dejà vu*, sembra di rivedere il percorso che ha accompagnato la Comunità Terapeutica, tecnica che ha permesso di iniziare un processo di cambiamento del manicomio. Riprendendo l’intervista a Lucio Schittar «in effetti si trattava dell’applicazione di una tecnica di gruppo, e il gruppo, come Voi sapete, funziona sempre “contro” un altro gruppo, anche per ottenere il consenso dei partecipanti. La Comunità Terapeutica era uno, solo uno degli strumenti del possibile cambiamento, ha funzionato in un primo tempo; ha funzionato fino a quando c’era un “nemico comune” da combattere... Dopo la “180” molto è cambiato; si è palesata, soprattutto, la resistenza della Medicina»<sup>18</sup>.

Dopo la “180”, dopo la lotta “contro” il manicomio, emerge una resistenza specifica della medicina alla trasformazione istituzionale, tale resistenza contribuisce ad alimentare l’ambigua ambivalenza della malattia mentale, sia come fatto specifico, sia come fatto sociale.

Per quanto concerne l’ambigua ambivalenza della malattia mentale, voglio rammentare la relazione di Franco Basaglia tenuta al Convegno *La società e le malattie mentali*, Roma 1968, trent’anni fa in occasione della cosiddetta riforma Mariotti, che introduceva la forma del ricovero “volontario” e la non iscrizione del ricovero coatto nel casellario giudiziale. Citando Sartre, afferma che «Le ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte»<sup>19</sup>. E continua: «Se si vuole agire all’interno di queste istituzioni, non si può non tenere conto del doppio livello in cui si muovono i problemi. La cura del malato presenta sempre due facce: la lotta contro la malattia come fatto specifico; e la lotta contro la malattia come fatto sociale, nel senso che il ruolo del malato si presenta, nella nostra società, ambiguamente confuso con quello del debole da mettere fuori gioco, da escludere, da tagliare dalla vita sociale. Parlare di nuove istituzioni psichiatriche significa voler trovare un approccio al malato di mente che intenda agire contemporaneamente sulla malattia di cui soffre, e sulla immagine e la cultura che il malato – quindi l’opinione pubblica – ne conserva. Ma se l’azione sulla malattia come fatto specifico è una questione tecnica, l’azione sul suo aspetto sociale non può essere che politica, se è vero che il tecnico – pur potendo incidere sul formarsi di una nuova cultura che consideri

il malato di mente come recuperabile – non è in grado di creare per lui un ruolo sociale soddisfacente, né una realtà umanamente vivibile[...]. Il compito dei tecnici all’interno di questo sistema è quello di usare le proposte tecniche come mezzi per evidenziare le contraddizioni in cui si vive. Senza questo smascheramento, che viene ad assumere un significato essenzialmente politico, ogni soluzione tecnica si riduce ad agire da copertura a problemi che nulla hanno a che vedere con la malattia e con la scienza»<sup>20</sup>. Mi sembra piuttosto chiaro.

Per quanto concerne invece la resistenza della medicina, fra nuove separatezze e tecnicismi, essa può essere colta almeno a tre livelli: il primo, strutturale – è che il rapporto medico paziente che, nonostante la critica condotta, non si è sostanzialmente modificato; il secondo, a livello istituzionale, è che le aspettative riposte nella rottura del monopolio terapeutico della medicina, ad esempio con il ruolo degli psicologi, non hanno trovato il riscontro atteso, non si è resa visibile ed evidente la possibilità di un rapporto diverso con il paziente, anzi spesso la percezione prevalente quella della riproduzione del modello medico; terzo – e ultimo non come importanza – inavvertita spesso, ma sempre decisiva la funzione dell’ideologia medico-scientifica nel sistema di potere, con l’uso crescente di pseudo concetti scientifici a fine di controllo politico, con una medicalizzazione di sfere sempre più ampie della vita umana e dell’immaginazione individuale.

Un accenno soltanto sull’ultimo punto: lo sviluppo della società moderna – riprendendo Foucault punto di riferimento imprescindibile nella lotta anti istituzionale – lo sviluppo della società moderna non è possibile senza il controllo disciplinare attuato dal potere politico con caratteristiche, per così dire, “biologiche” nei manicomi, nel carcere e in genere nelle istituzioni totali. Un potere che si è creato, attraverso una serie di tecnologie appropriate – la psichiatria in *primis* –, i «corpi docili»<sup>21</sup> di cui aveva bisogno. Foucault per cogliere questo fenomeno ha organizzato i suoi studi in due direzioni:

1. Verso l’analisi delle tecniche politiche;
2. Verso l’approfondimento delle tecnologie del sé.

E nei suoi ultimi lavori, in particolare in *Detti e scritti*, afferma: «Lo Stato occidentale moderno ha integrato in una misura senza precedenti tecniche di individualizzazione soggettiva e procedure di totalizzazione oggettiva, costituendo un doppio legame di tipo bio-politico»<sup>22</sup>.

Commentando questa osservazione di Foucault Giorgio Agamben aggiunge: «Si può dire che la produzione di un corpo bio-politico sia la prestazione originale del potere, in quanto mettendo la nuda vita, biologicamente intesa, al centro delle sue strategie, lo Stato non fa che riportare alla luce il vincolo segreto che unisce il potere alla nuda vita, che unisce cioè il modello giuridico-istituzionale e il modello bio-politico del potere. È la costituzione, non giuridica, di una nuova forma di potere sovrano di vita e di morte. In ogni Stato moderno emerge una linea che segna il punto in cui la decisione sulla vita, diventa decisione sulla morte. Infatti se la legge dello Stato, per esplicitare il suo mandato, per la sua vigenza, ha bisogno di avere di fronte a sé il corpo da mostrare, il corpo di un soggetto sovrano, portatore di diritti, la democrazia moderna, di fronte al desiderio della legge di avere un corpo, obbliga la legge a prendersi cura direttamente di questo corpo. In questo modo il moderno struttura uno spazio ambiguo – che possiamo ritrovare ad esempio, oltre che nella psichiatria, nella bioetica, nella eugenetica, nella morte cerebrale, nella eutanasia – e in questo spazio ambiguo si muove il medico come scienziato. Il medico sembra essersi scambiato le parti con il sovrano nell'arrogarsi il potere di vita e di morte»<sup>23</sup>.

Con ciò si vuole porre in evidenza che nell'orizzonte bio-politico che caratterizza la modernità, il medico si muove in quella terra di nessuno in cui, un tempo, solo il sovrano poteva penetrare.

Di questa rilettura delle categorie del politico, sulle quali faremo un ulteriore cenno più avanti, viene confermato come la medicina e la clinica siano un osservatorio privilegiato per l'analisi ideai meccanismi di riproduzione e di controllo sociale.

Ritornando alla pratica dei servizi per la salute mentale dopo la Legge 180: certamente fra gli orientamenti normativi e la pratica concreta dei servizi sussiste sempre uno scarto, è uno scarto che nasce all'interno della dialettica fra universa-

le e particolare: la clinica è un discorso universale in campo psichiatrico, ma rappresenta un discorso sul caso particolare che elude una articolazione più diretta fra il particolare che esso rappresenta e il contesto sociale più complessivo all'interno del quale esso si inserisce.

Nel rapporto fra il particolare e il generale si è inserita in questi anni la teoria della complessità

che ha formulato e sviluppato un contributo specifico, attorno al rapporto causa-effetto, descrivendo come certi effetti vanno a modificare le stesse cause; questo discorso è di notevole interesse anche nell'ambito della tutela della salute, in quanto aggiunge un ulteriore elemento al discorso sulla multifattorialità delle cause.

Ma anche la teoria della complessità non è adeguata nel descrivere il reale specifico del campo clinico, non soddisfa cioè il desiderio di sapere come la clinica, il caso di cui ci si prende cura, si inserisca nel contesto sociale; non solo, ma quale relazione si struttura all'interno di tale contesto. La domanda di trovare un qualcosa, un qualche algoritmo che evidenzia quale relazione si articola fra i sintomi del paziente e l'organizzazione sociale della realtà attuale è una questione tuttora aperta<sup>24</sup>. È una questione che si inserisce all'interno dell'esigenza, sempre più diffusa, di sottoporre ad un processo valutativo la pratica psichiatrica della riforma e di dimostrarne sulla base di questo processo valutativo la sua efficacia e la sua efficacia nella pratica concreta dei servizi di salute mentale<sup>25</sup>.

D'altra parte la valutazione è una esigenza sociale del tutto legittima e sempre più pressante all'interno della sanità aziendalizzata, in una logica, appunto aziendale, che la cui attenzione ai costi è certamente favorita anche dalla domanda sempre crescente di meccanismi istituzionalizzati extra-familiari, che richiedono investimenti sociali sempre crescenti.

A partire da questa esigenza sociale si sono sviluppati in questi anni approcci sociologisti e cognitivi, che spesso proprio per la logica hanno preso un certo piede fra le amministrazioni e gli opera-



Marco Cavallo cresce.  
Trieste 1973.  
Foto di Neva Gasparo.



tori. È comunque certo che la gestione del disagio sociale funziona prevalentemente per slogan e alle amministrazioni molte volte basta trovare un appoggio più o meno scientifico, una definizione più o meno documentata di efficienza, per investirci del denaro, ovvero per lesinare gli investimenti necessari. Infatti il discorso centrale della sanità attuale è quello dei costi, o più precisamente del rapporto costi/benefici. Il modello bocconiano imperversa anche se è difficilmente applicabile nel campo della salute mentale, e non solo in quello. La salute mentale è in un certo senso il campo della obiezione permanente a questa logica di aziendalizzazione della sanità.

Certamente non è facile di questi tempi, a vent'anni dalla legge di riforma della psichiatria, ricreare quella sensibilità verso la malattia mentale che Franco Basaglia aveva costruito attorno alla sua pratica anti istituzionale, che, da questo punto di vista, si sembra collocarsi in un tempo che appare ancora e più lontano da noi. Da questo punto di vista entrare nel campo della valutazione significa non solo cercare di ricreare una rinnovata sensibilità su queste tematiche, ma anche trovare alcune formulazioni che le rendano attuali e ritornino a sottolineare la questione etica che la malattia mentale pone agli operatori e alla nostra comunità sociale.

Certamente la trasformazione sociale in atto è una trasformazione dello stato di diritto, che porta in sé la ridefinizione di tutta una serie di garanzie sui diritti civili e che attraversa sia l'accesso ai servizi che lo stesso diritto costituzionale alla salute. Si sta assistendo alla trasformazione verso uno Stato-Azienda, uno Stato in cui attraverso la cosiddetta "managerializzazione" vengono ridefinite una serie di funzioni sociali fondamentali: dalla scuola alla sanità e altre ancora.

Si sta configurando un diritto che non si fonda sui valori o diritti civili, ma sui principi e valori economici. È importante cogliere che tale processo di aziendalizzazione di alcune funzioni dello Stato e delle sue articolazioni non è un passaggio dal pubblico al privato, ma è semplicemente una

trasformazione interna del pubblico: da un servizio pubblico di diritto, diviene un servizio pubblico di commercio, fondato sulla logica di "quello rende di più", o per lo meno con il rischio che prevalga tale logica, anche se il tutto è accompagnato da una retorica, un poco fasulla, sulla libera concorrenza che si imporrà in forza della sua efficacia. Vari economisti obiet-

tano sull'efficacia dell'introduzione di criteri di mercato alla domanda di salute, in quanto là dove maggiore è il bisogno di flessibilità la competizione viene spesso a mancare. Ad esempio nell'assistenza ai malati terminali in un bilancio costi - benefici, intendendo il beneficio strettamente economico e non

quello sociale in senso più ampio, il beneficio si riduce a fronte dei costi sempre crescenti: una quota esigua di popolazione assorbe volumi rilevanti di spesa che è difficilmente abbattibile in termini di concorrenza per le caratteristiche intrinseche al tipo di assistenza erogata.

Un altro aspetto da non sottovalutare è che qualità ed efficacia di molti servizi sociali ed assistenziali sono difficili da misurare e che dipendono dai criteri e dagli standard che si vengono presi come riferimento. Spesso le agenzie pubbliche sono costrette ad accettare le misure di processo come misure di esito, con conseguente difficoltà ad una verifica di qualità reale sui servizi concorrenti e/o appaltati.

La logica aziendalistica ha comunque sottratto attenzione, per utilizzare il linguaggio clinico, sia al sapere causale della eziologia, sia alla verifica della prognosi ed dell'epicrisi, si è focalizzato cioè prevalentemente l'interesse sul binomio diagnosi - terapia. Lo stesso discorso sulla medicina fondata sull'evidenza, l'utilizzo di linee guida e di protocolli diagnostici e terapeutici, elementi certamente significativi sul piano culturale, tendono ad essere utilizzati con un approccio economicistico: «Quanto si risparmia?». Vengono cioè posti in secondo piano i tre quesiti essenziali:

1. Dal punto di vista della comunità si tratta di assistenza necessaria?



L'abbattimento del cancello.  
Trieste, marzo 1973.  
Foto di Neva Gasparo.

2. Ne è stata dimostrata l'efficacia?

3. È efficiente?

Il problema di una privatizzazione dei servizi pubblici è un problema per lo meno europeo, e alcuni studiosi, soprattutto analizzando la esperienza francese, affermano che emerge una «nuova dimensione soggettiva del pubblico, è un qualcosa che investe tutti i cittadini, tutti insieme, una comunità sociale e produttiva, un concetto di comunità che si è arricchito di articolazioni essenziali, con richieste di salario bio-politico, di estensione del servizio pubblico, di riappropriazione dell'amministrazione dei servizi pubblici»<sup>26</sup>.

È all'interno dei processi di riorganizzazione del controllo sociale e di ristrutturazione dell'apparato produttivo, in una fase in cui si sta ampliando e cronicizzando la disoccupazione, con l'impoverimento materiale e culturale di fasce di popolazione che emergono nuove forme di disagio, di segregazione e di esclusione. Una parte crescente della popolazione è composta dai *sans*: senza lavoro, senza domicilio fisso, senza documenti, senza protezione sociale, senza riferimenti familiari, senza diritti; esclusi, etimologicamente presi fuori, in quanto occupano «uno spazio di eccezione della legge, uno spazio spogliato di statuto politico, uno spazio di nuda vita»<sup>27</sup>. Questo spazio di eccezione della legge, occupato da cittadini che non possono definirsi tali in quanto privi di statuto politico, *sans*, rinvia al concetto di «campo» come paradigma politico del moderno.

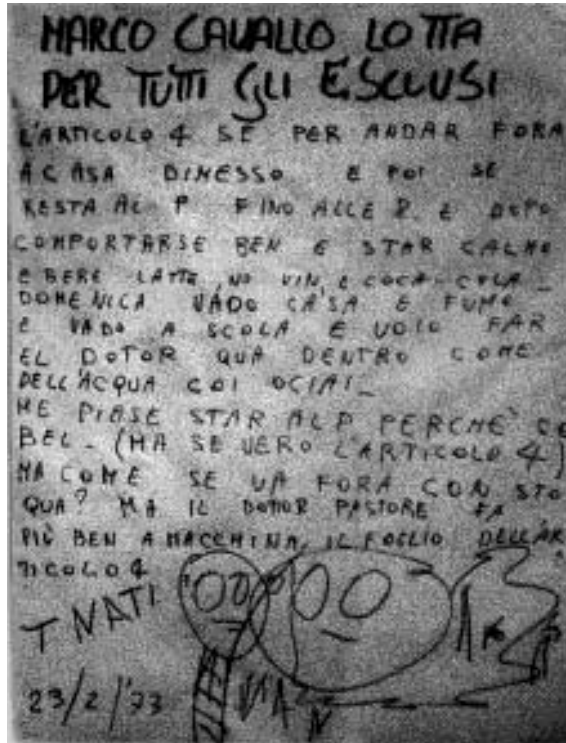
Cambiando aria, il romanzo *È una lunga storia* di Günter Grass, che esce oggi in italiano, è la storia di una coppia dopo la caduta del muro di Berlino e la riunificazione delle due Germanie, Fonty, il protagonista, respinge la pretesa del figlio

che vorrebbe avere da lui risposte perfettamente coerenti e risolutive rispetto alle sue domande, dice: «Oltre il muro, la vita è un vasto campo». E Günter Grass precisa nella intervista rilasciata ieri a «il Manifesto»: «il campo... è una questione destinata a rimanere aperta, ... la colpa... dopo Auschwitz non trova soluzione...».

Gli storici discutono se la prima apparizione dei campi sia da identificare nei *campos de concentraciones* creati dagli spagnoli a Cuba nel 1896 per reprimere l'insurrezione della popolazione della colonia, o nei *concentration camps* in cui gli inglesi agli inizi del secolo ammassarono i boeri, comunque in entrambi i casi si tratta dell'estensione all'intera popolazione civile di uno stato di eccezione legato ad una guerra coloniale. I campi nascono da uno stato di eccezione, da una legge marziale. La stessa base giuridica dei Lager nazisti è la *Schutzhaft* – custodia protettiva – istituto giuridico di

derivazione prussiana che i giuristi nazisti classificano come misura di polizia preventiva volta ad evitare un pericolo per la sicurezza dello Stato. «Occorre riflettere sullo statuto paradossale del campo come stato di eccezione: esso è un pezzo di territorio che viene posto fuori dall'ordinamento giuridico... è escluso, ... preso fuori, incluso attraverso la sua stessa esclusione... il campo è il più assoluto spazio bio-politico che sia mai stato realizzato, in cui il potere ha di fronte a sé la pura vita biologica senza alcuna mediazione... Lo scollamento crescente fra la nuda vita e lo Stato nazione è il fatto nuovo della politica del nostro tempo e ciò che chiamiamo "campo" è questo scarto»<sup>28</sup>.

È in questa prospettiva che possiamo guardare alla ricomparsa dei campi, come paradigma bio-politico del moderno, riapparso nella ex Jugoslava



Comunicazione.  
Trieste, febbraio 1973.  
Foto di Neva Gasparo.

via, o per accogliere nel nostro paese i rifugiati albanesi e curdi e altri ancora.

È con questa chiave di lettura che possono essere lette le nuove forme di disagio, di esclusione.

**NUOVE FORME DI DISAGIO E SEGREGAZIONE**  
Esiste sempre, nel rapporto soggetto-istituzione, un rischio di segregazione, più o meno evidente.

«Oggi questo rischio – che fino a ieri pareva confinato alle istituzioni totali – si estende a tutto il tessuto sociale. Non abbiamo solo a che fare col pericolo dell'esclusione fisica, quanto, piuttosto, con quello della partecipazione di massa, "forzata" e passiva»<sup>29</sup>.

Il pericolo non riguarda soltanto una perdita sul piano dei beni o dei diritti generali, quanto a livello del senso più umano dell'esperienza. Abbiamo un soggetto che, pur essendo il destinatario di infiniti messaggi e attenzioni, è escluso dal senso profondo di quanto gli accade intorno, se-

gregato in mezzo a una marea di beni di consumo. Tanto più alienato quanto più appagato in relazione ai suoi bisogni, veri o indotti che siano. C'è, in particolare, «un'insidia portata al discorso umano dagli sviluppi dell'informazione e della tecnologia. Esse da un lato mirano alla semplificazione dei percorsi di apprendimento, sostituendo al dialogo e alla trasmissione soggettiva la comunicazione asettica e scevra da complicazioni umane; dall'altro tendono alla facilitazione delle complessità appiattendolo le differenze, saturando ogni possibile e, a questo punto, benefica mancanza: l'incessante produzione in serie di oggetti, tra l'altro, assottiglia sempre più il tempo dell'attesa, cosicché non vi è quasi più alcun differimento nella risposta ai bisogni»<sup>30</sup>.

L'istituzione moderna, democratica, riformata è, senza dubbio, un organismo più dinami-

co di quello precedente, manicomiale. I soggetti sono già in movimento: si muovono le auto dei Servizi lungo il territorio; gli operatori dentro le abitazioni, le strutture, i reparti, i luoghi di inserimento lavorativo, le cooperative, i corsi di formazione, il volontariato.

Ma all'interno di questo movimento sorgono alcuni dubbi, gli stessi che si pone Ota de Leo-

nardis nel suo ultimo libro<sup>31</sup>:

– forse l'immagine e anche la pratica del cosiddetto terzo settore, la sua capacità di immettere effettivamente nella economia di mercato valori quali altruismo, solidarietà, interesse collettivo, è un poco retorica?

– i meccanismi fondati sul pre giudizio ed sulla esclusione non sono facilmente rintracciabili anche all'interno della cooperazione sociale?

– molti appalti sono assegnati solo per risparmiare, di fatto dequalificando i servizi?

– la cooperazione sociale e l'impresa so-

ciale non sono la stessa cosa, come si tende a far credere?

Si sta smarrendo una identità culturale degli operatori psichiatrici, tutto è diventato a specifico; l'esperienza di volontariato sono molto disomogenee e poco si sono saldate con la cooperazione sociale e con i servizi... e così via...

Comunque, l'istituzione di oggi, erede di quella reclusiva e derivazione di quella affannata del dopo-riforma, facilita più di un tempo la possibilità, per chi vi è dentro, di strutturare uno spazio di pensiero? O ci troviamo di fronte, con tutte le modernizzazioni apportate, con la democratizzazione, piuttosto relativa fra l'altro, delle gerarchie, ci troviamo di fronte solo ad una nuova forma di burocratizzazione medico-assistenzialistica?

Viene da chiedersi:

«Quanto realmente si pensa a quello che si fa?».



Marco Cavallo  
davanti alla Direzione dei Servizi  
Psichiatrici. Trieste, agosto 1999.  
*Foto di Mario Rigoni.*

«Il paziente prima celato nel manicomio, oggi è “esposto” nella vetrina mobile dei Servizi socio-sanitari»<sup>32</sup>. Sorge il dubbio che tutto questo affaccendarsi talvolta corrisponda ad un suo e nostro rincretinimento.

Dando per scontato che in molti casi l'istituzione serve, è possibile, nel tempo, affiancare alla necessaria dipendenza la costruzione di una sua autonomia concreta, lo spazio per la formulazione di una domanda?

D'altra parte attorno alle forme emergenti di disagio – emergenti negli interstizi di queste istituzioni più mobili e managerializzate – si strutturano in nuove forme di controllo sociale che assumono talvolta il noto volto delle

istituzioni totali, come nelle strutture per gli anziani e nelle comunità per tossico dipendenti, altre volte si esprimono con forme di partecipazione massificate, “forzata” e passiva. Non solo. Ci sembra di poter affermare che alla tradizionale connessione fra uomo e cittadino, stia subentrando quella fra l'esistere, biologicamente inteso, e le forme di vita riconosciute come una identità giuridico-sociale definita proprio dalla medicina e dalla clinica – burocrattizzata –: l'anziano non autosufficiente, il sieropositivo, l'invalido, il malato di mente incollocabile al lavoro, il bulimico, l'anoressico, il depresso, l'alcolista in trattamento, l'espianato ecc..

Voglio dire che nelle nuove forme di disagio possiamo incontrare una artificiosa separazione fra il soggetto e il “suo” sintomo. Di conseguenza il disagio sembra dal non identificarsi con il soggetto: «io sono Pinco Pallino e ho questo problema»; ma tende a identificarsi con la fittizia identità di un gruppo tenuto insieme da una diagnosi e/o da una delle identità giuridico-sociali definite dalla clinica: io sono tossico, io sono anoressico, io sono depresso, io sono un non autosufficiente che ha diritto a quel contributo ecc. In tal modo le categorie diagnostiche tendono a presentarsi direttamente come categorie sociali che danno accesso – o escludono – ad alcuni diritti. Il soggetto tende a identificarsi

con il gruppo determinando così un ingorgo indissolubile, patologico e regressivo. Il caso Di Bella è l'estrinsecazione pratica di come possa definirsi nel sociale la faccia aggressiva di un gruppo, di un gruppo tenuto insieme della sua grottesca rivendicazione sociale – a cui fa da contraltare un altro gruppo connotato dalla presunzione e dal disprezzo: quello degli oncologi-ufficialmente riconosciuti –.



**CONCLUSIONI** È indispensabile articolare un rapporto fra l'emergere della domanda del soggetto e gli interventi medici, sociali, riabilitativi, sottoponendo questi passaggi ad un processo di ripensamento, critica e valutazione la pratica attuale

della psichiatria. La Riforma ha dislocato la pratica della psichiatria nello spazio istituzionale deputato alla tutela della salute.

Ma il mandato sociale di delega al controllo è stato superato solo “formalmente” dalla norma, “sostanzialmente” manca ancora, prima di tutto fra gli operatori, una cultura che lo sospinga al di là della delega sociale esplicita ed implicita che tuttora permane.

L'attività psichiatrica per dispiegare una valenza realmente terapeutica deve puntare sul potenziamento dell'autonomia dell'utente, sulla sua presa di coscienza, sull'assunzione di responsabilità anche in rapporto al problema sostanziale dei diritti propri dei familiari, delle altre persone della collettività, operando sempre sui due livelli prima considerati.

Nonostante le difficoltà in questi anni si assiste ad un processo contraddittorio, spesso ambiguo, ad una dialettica che esprime nuovi soggetti ed istanze sociali: le famiglie e le loro Associazioni, le Cooperative Integrate, le Associazioni di volontariato. È in questo ambito che emergono alcune indicazioni sulla complessità sociale del problema.

La cultura della salute mentale si può sviluppare all'interno della consapevolezza che la cultura manicomiale non è di per sé superata, che la malattia psichica è il punto limite del disagio della nostra civiltà, dell'anomia, della cadu-

Si prepara il corteo.  
Trieste, marzo 1973.  
Foto di Mark Edward Smith.

ta di senso dei nostri principali riferimenti culturali (le strutture religiose, familiari e sociali); ma è un problema cioè che ci appartiene, che fa parte della vita di tutti noi, un problema che interpella la comunità sociale nel suo insieme.

La comunità – viene intesa nell'accezione data da Roberto Esposito nel suo recente libro *Com-*

*munitas* e che condividiamo – la comunità nel suo insieme, non è una proprietà, non è un pieno, non è un territorio da difendere e da separare rispetto a coloro che non ne fanno parte, è *cum munus*, ciò che è tenuto insieme da un legame collettivo venuto a connettere individui prima separati, un legame che si

esplica attraverso un pegno nei confronti dell'altro. L'essere della comunità è la sua incompiutezza, siamo accomunati da un vuoto, da un difetto, da una caduta – riprendendo Kierkegaard – da una condizione difettiva. Compito del soggetto nella comunità è di aver cura dell'altro, con cui condividiamo l'esistenza, nel «lasciarlo essere nella sua alterità da sé stesso, nella comune responsabilità della cura»<sup>33</sup>.

Cosa significa tutto ciò? Il nucleo di questa riflessione conclusiva è relativo al mai facile rapporto tra la soggettività, cioè la particolarità di ciascuno, e l'istituzione come istanza generale. Riflessione che rappresenta un po' il presupposto per gettare dei ponti tra l'istituzione centripeta (che mira al bene collettivo ma spesso si incista nel suo meccanismo burocratico e in una riproduzione sociale inerte) e il singolo che pone una serie di questioni sempre un poco centrifughe.

Con ogni probabilità, oggi spetta a soggetti riuniti insieme e animati da finalità comuni svolgere questa funzione di ponte, indispensabile per evitare lo scollamento tra la dimensione istituzionale e quella del singolo, e per ricreare una dialettica tra le parti.

A condizione che sappiano essere aperti e fondati non nell'uniformità dei membri, e meno che meno su una qualche omogeneità ideologica, ma nella singolarità che li accomuna, un piccolo gruppo – come dimostra la lotta anti istituzionale –

può infatti far breccia nella staticità delle istituzioni, ripristinandone un'autorevolezza; può “commuovere” la burocrazia e portarla dalla propria parte, convincendola a ritornare a essere strumento e non fine di un percorso educativo o di cura, riportando il processo di riproduzione sociale – caratterizzato dall'inerzia istituzionale e dalla deviazione dai fini, tipica di tutte

le organizzazioni sociali – all'interno delle effettive finalità istituzionali.

Mi sembra che operare in questa direzione significhi ritornare a Franco Basaglia.

Tornando all'intervista a Lucio Schittar:

*Lo sa che dall'Università, oggi, escono medici e psicologi che a*

*mala pena sanno chi era Basaglia.*

Risposta. «Ah, sì? [sorride] Questa tendenza alla “dimenticanza” si chiama revisionismo storico. È per questo che è essenziale testimoniare e valutare sempre con metodo ciò che si fa, e non solo fare, agire. Certo, ho constatato con una certa amarezza che nel fascicolo del «Gazzettino» sui trent'anni della Provincia di Pordenone non veniva ricordata la vicenda, così importante culturalmente, della psichiatria nella nostra zona. Ma nessuno potrà mai cancellare quanto è stato fatto a partire dall'insegnamento di Basaglia, qui e altrove, soprattutto se noi ancora sapremo dar voce a quanto, su quella scia, ancor oggi pensiamo e facciamo».

*Dopo la 180, c'è bisogno di un'altra rivoluzione, di un altro passaggio?*

Risposta. «L'importante è la modificazione del “modello medico”, l'apertura reale al territorio. Certo il territorio, rispetto all'Ospedale, produce una certa dispersione. Ad esempio, per quanto riguarda la formazione del personale, si finisce per non avere più punti di riferimento precisi: oggi non è più reperibile il maestro, chi insegna».

*Un consiglio, allora, a chi si forma oggi.*

Risposta. «L'ascolto della persona. Persona nel teatro antico



Marco Cavallo a Villa Fulcis.  
Ponte delle Alpi, marzo 1975.  
Foto di Mark Edward Smith.

era la maschera che permetteva tra l'altro l'amplificazione della voce dell'attore. Certo, se pensiamo al faraone egiziano che riceveva i suoi dignitari indossando una maschera d'oro, vediamo come essa possa celare la necessità di "non far vedere" (ad esempio i segni del passare del tempo sul volto), di cancellare i limiti e la complessità dell'esistenza. Ecco, bisogna sempre introdurre la dimensione della complessità, e a questo proposito ritengo che oggi la psicoanalisi possa rappresentare un modo di tenere conto della complessità come ricchezza della persona. L'importante è comunque sempre pensare a quello che si fa»<sup>34</sup>.

1. *Dal manicomio alla 180 e oltre. Intervista a Lucio Schittar*, pubblicata su «L'Ippogrifo - La Terra vista dalla Luna», Quaderno, pp. 13-14, estate 1998, Pordenone.
2. *Ibidem*.
3. *Ibidem*.
4. A. Curchi, *Manicomi una chiusura impossibile*, in «Il Sole 24 ore del Lunedì», 5, n. 81, 23 marzo 1998.
5. F. Giacanelli, *Per legge il malato diventa persona*, in «Il Sole 24 ore», 44, n. 126, 10 maggio 1998.
6. K. Dörner, *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari, 1978.
7. *Ibidem*.
8. F. Basaglia, *Scritti*, Vol. 1, Einaudi, Torino, 1981.
9. F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Tecnico del sapere pratico*, in *Crimini di pace*, pp. 151-280, Einaudi, Torino, 1975.
10. Dino Campana, *La Notte*, in *Canti Orfici-Die Tragödie des letzten Germanen in Italien*, p. 13, Marcos y Marcos, Milano, 1972.
11. F. Ongaro Basaglia, *Analisi critica del modello medico*, in *La pratica terapeutica fra modello clinico e riproduzione sociale*, Atti del Convegno di Trieste 22-24 settembre 1986, 13-20, Pistoia, 1987.
12. R. Dutschke, *Le contraddizioni del tardo capitalismo*, *gli studenti anti autoritari e il loro rapporto con il terzo mondo* in *Die rebellion der studenten*, pp. 47-134, Feltrinelli, 1968.
13. F. Ongaro Basaglia, *Muri oltre il muro*, in *Vent'anni da matti*, p. II, «il Manifesto», 22 marzo 1998.
14. Pier Paolo Pasolini, *Passione e ideologia*, titolo della raccolta di saggi critici scritti fra il 1948 ed il 1958, Garzanti, Milano, 1982.
15. A. Gehlen, *Uomo e istituzioni*, in *Prospettive Antropologiche*, pp. 95-106, Il Mulino, Bologna, 1987.
16. F. Rotelli, *L'istituzione inventata*, in *Per la normalità*, pp. 129-140. Trieste, 1994.
17. F. Ongaro Basaglia, *Analisi critica*, cit.
18. *Dal manicomio alla 180 e oltre. Intervista a Lucio Schittar*, pubblicata su «L'Ippogrifo - La Terra vista dalla Luna», Quaderno, pp. 13-14, estate 1998, Pordenone.
19. F. Basaglia, *Scritti*, cit.
20. *Ibidem*.
21. M. Foucault, *La volontà di sapere*, Milano, 1984.
22. M. Foucault, *Detti e scritti*, Paris, 1994.
23. G. Agamben, *Homo sacer*, Einaudi, Torino, 1995 (cfr. anche W. Benjamin, *Il dramma del teatro barocco* e H. Arendt, *Homo laborans*).
24. C. Viganò, *Come valutare?*, relazione non pubblicata, Milano, 1997.
25. *Ibidem*.
26. T. Negri, *Un nuovo pubblico*, in *L'inverno è finito*, pp. 8-22, «Manifesto-Libri», Roma, 1997.
27. G. Agamben, *Mezzi senza fine*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
28. *Ibidem*.
29. F. Stoppa, *Editoriale* su «L'Ippogrifo - La Terra vista dalla Luna», p. 5, Quaderno estate 1998, Pordenone.
30. *Ibidem*.
31. O. De Leonardis, *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano, 1998.
32. F. Stoppa, *Compagni di viaggio*, in *Ripensare la psicosi*, p. 200, Udine, 1993.
33. R. Esposito, *Communitas*, Einaudi, Torino 1998.
34. *Intervista a Lucio Schittar*, cit.

## Quale politica per la salute mentale alla fine di un secolo di riforme?

FRANCO ROTELLI

Mi piacerebbe oggi mettere a fuoco alcune immagini. La prima è l'immagine di una torre: l'immagine di un luogo che in qualche modo è stato capace di produrre il massimo della violenza e che contemporaneamente è stato capace di essere per molte persone una scuola di libertà.

Il manicomio è stato ciò che noi tutti conosciamo, ma è stato anche il luogo in cui si sono formate alcune generazioni di operatori psichiatrici, un luogo che è stato attraversato anche da molte altre persone – non necessariamente figure sanitarie – che hanno portato le loro varie esperienze in quella che poi si è chiamata “la scuola di libertà”.

Penso si debba riflettere su questa contraddizione: cioè su come, in un luogo siffatto, sia stato possibile costruire pratiche di pensiero dotate di grande emancipazione, pratiche di pensiero che hanno creato ricerca di libertà, ricerca di un certo concetto di libertà come raramente si è dato nella storia del nostro secolo e raramente si è dato nella storia d'Italia.

In qualche modo questo luogo – il manicomio – ha dunque segnato il massimo dell'ignominia, ma ha segnato anche la capacità di costruire una scuola. Noi, oggi, ci troviamo di fronte ad un lutto, il lutto della fine del manicomio.

Da Cuba all'Unione Sovietica c'è chi, in passato, ha immaginato che fosse possibile costruire un uomo nuovo, un uomo diverso, a partire da luoghi chiusi, a partire da isole, da mondi separati. E ha immaginato che per costruire questo uomo nuovo fosse necessario costruire dei muri, e all'interno dei muri, in buona o cattiva fede, c'è chi immaginava fosse possibile rivoluzionare l'uomo.

Questo tentativo è fallito, e si è capito che dentro le mura non è possibile costruire nessun uomo nuovo. Si costruisce soltanto la repressione, la finzione dell'uomo nuovo.

Tuttavia noi continuiamo a misurarci con questa contraddizione data dal fatto che le grandi idee, le grandi utopie, sono sempre state in qualche modo legate ai muri, legate a spazi, siti, tempi racchiusi che consentivano il costituirsi di grandi laboratori, che consentivano la sperimentazione, che consentivano ad un immagi-

nario collettivo di pensare ad un futuro completamente diverso dal presente e dal passato. Sicuramente, nel percorso di cui stiamo parlando, tutto ciò ha giocato un suo ruolo. Cerchiamo di ricordarci come ne *L'istituzione negata* si compia una doppia operazione: si dà conto della pratica emancipativa della Comunità Terapeutica che si sta costruendo, di un manicomio che va trasformandosi e diventa comunità, si dà conto di tutto questo e nello stesso tempo si identificano lucidamente i limiti dell'esperienza che si sta costruendo. Anche se, comunque, questa denuncia dei limiti si associa appunto alla testimonianza e all'individuazione di una pratica.

Un movimento senza l'altro avrebbe rischiato di rappresentare la fine del discorso. Infatti, evidenziare i limiti sarebbe stata solo una denuncia ideologica, mentre la positivizzazione assoluta della pratica sarebbe stata semplicemente la costruzione e la celebrazione di un nuovo modello, con una finalità quasi pubblicitaria.

Credo possa esistere una possibilità di sperimentazione positiva, la costruzione concreta di un ambito, di un contesto, di una istituzione che dia conto di un suo progresso, di un suo processo, di un suo vivere, e che contemporaneamente sappia riconoscere e affrontare ciò che la mette in crisi; un'istituzione che, insomma, non fugga la contraddizione e la critica.

Qui incontriamo una grossa questione: di che tipo di comunità dobbiamo parlare per il futuro, posto che di comunità dobbiamo comunque parlare, di relazionalità dobbiamo comunque parlare? E di qualche strategia dobbiamo comunque parlare se vogliamo far evolvere la situazione in cui ci troviamo, e in qualche modo proprio il “deserto” nel territorio ci ripropone la questione.

La fine, gloriosa o ingloriosa, del manicomio ci ripropone un luogo desertico, un luogo estinto, ci ripropone la contraddizione di un luogo che non è un luogo, e quindi ci priva degli strumenti che l'utopista può immaginare per elaborare una teoria della riforma, ci priva di una strategia concreta; a meno che la nostra strategia concreta non sia il farmaco, non sia il divano, non sia l'ambulatorio, non sia il posto letto.

Posto che nessuno di questi strumenti ci sembra adeguato o comunque sempre utilizzabile, dove è la comunità, lo spazio in cui noi possiamo portare avanti questa pratica terapeutica che non può non essere fonte di emancipazione? Dove è il luogo concreto, il sito, dove è lo strumento per emanciparci ed emancipare, se il muro è crollato e se, al di là di esso, spazi capaci di dar forma al legame sociale non esistono?

Questa è secondo me la questione sulla quale stiamo dibattendo abbastanza angosciosamente da parecchi anni.

Io credo che oggi siamo nella situazione in cui possiamo finalmente archiviare la storia sulla Legge 180, siamo in una situazione diversa da quella di pochi anni fa, siamo nella situazione in cui nessuno di noi può realisticamente immaginare che la Legge 180 possa essere commutata, cambiata, che si possa tornare indietro rispetto a quanto acquisito.

A questo punto, terminata e archiviata la battaglia, è necessario che si riapra un discorso molto più ampio. Ad esempio, non possiamo non preoccuparci se vediamo psichiatri "democratici" darsi da fare perché nella loro città si raddoppino i Servizi di Diagnosi e Cura, che rappresentano l'aspetto certamente meno innovativo, se non deteriore, del processo legislativo di riforma della nostra assistenza psichiatrica.

Dobbiamo preoccuparci parecchio, perché questo vuol dire che non solo si è perso il senso dei motivi per i quali stiamo lavorando, ma che si è pure smarrito il senso di una dignità, di un percorso culturale, scientifico.

Ecco che qui, probabilmente, riscopriamo tutto il gusto di essere in minoranza. Il gusto di immaginarci terreni vivi in una battaglia in nome della quale siamo stati a suo tempo costretti – noi che eravamo una minoranza – a tentare di essere in maggioranza, all'interno di un percorso storico costruito per secoli.

Oggi siamo costretti a tentare di tornare ad essere minoranza per tornare a riflettere sulle reali riforme che stanno alla base del percorso che stiamo portando avanti in questi anni. Senza più accetta-

re di dover continuamente salvaguardare e difendere il valore di quella battaglia, di doverla giustificare, insomma senza più dover accettare inaccettabili mediazioni.

Allora, una delle grandi questioni è che oggi l'ideologia del farmaco e l'ideologia del biologismo sono tornate ad essere dominanti nei Centri di Salute Mentale. Ora io credo che, così

come in tutto ciò che la psicoanalisi aveva tentato di mettere in scena in una delle sue aspirazioni più significative, così come in tutto ciò che avviene dentro il discorso di una comunità che si libera, di una comunità di soggetti che si liberano attraverso il conflitto e la reciproca contestazione, il problema

al centro, al cuore delle grandi questioni è appunto il potere. E, all'interno del dibattito sul potere, stanno le grandi questioni poste dalla esclusione sociale, in particolare la questione dell'incorporazione della logica del potere.

Tutti questi scenari, tutti questi terreni di riflessione, di trasformazione, tutti questi terreni di guerra, debbono ritornare ad essere il terreno su cui si misurano gli sforzi dell'immaginario.

Discutendo con un filosofo, tempo fa, ho ricevuto da lui un flash che mi pare molto interessante: la biologia molecolare e la neurofisiologia potranno avere poteri ancora enormi, le neuroscienze potranno dirci molto sul cervello, molto ci dirà la genetica, però c'è una cosa su cui mai, filosoficamente, potremmo avere risposte da queste scienze: sull'etica, cioè sulla modalità con cui gli uomini decidono di stabilire un contratto sociale, sui valori e sui punti in base ai quali gli uomini decidono di stabilire la modalità del proprio relazionarsi.

Ebbene, io penso che Franco Basaglia abbia saputo fare questa operazione: ha saputo porre la questione al massimo livello, l'ha posta cioè a partire dall'etica. E ciò per riaffrontare il problema della malattia, della medicina, della relazione, a partire dal cuore dell'etica stessa, a partire dai valori, a partire da come questi valori si strutturano.

A partire, ancora, dalla questione di come le istituzioni organizzano concretamente que-



Michele Riso, Leo Nahon  
e Franco Basaglia.  
Trieste, settembre 1977.  
Foto di Carla Cerati.



sti valori, li rendono pratici, danno loro un volto concreto, buono o cattivo che sia.

Partendo da qui noi possiamo ripensare la psichiatria muovendoci al massimo livello scientifico e culturale: il livello dei valori della relazione, e riflettendo su come le relazioni si strutturino nel potere e il potere si strutturi nelle relazioni, su come tutto questo si organizzi in una società data, nell'arco istituzionale in cui viviamo. Non c'è dubbio, io credo, che su questo il pensiero di Lacan si è soffermato a lungo, non c'è dubbio che su questo la psicoanalisi ha fatto uno dei più grandi sforzi culturali del nostro secolo. E non c'è dubbio che l'esperienza e il pensiero di Franco Basaglia



proprio su questo si sono insistentemente impegnati. Qui bisognerebbe riaprire un grande scenario che abbia al centro il tema della relazione, di quante cose si giochino nella relazione. Aspetti che hanno a che fare con la questione materiale, la questione della gente, dell'esclusione sociale, dell'affiliazione, della disaffiliazione del mondo moderno; la questione della complessità, delle nuove forme di libertà, della perdita dei valori e della conquista di nuovi valori. (A questo proposito penso alla grande, apparente armonia delle Americhe, questa grande apparente armonia di una cultura che, non essendo protetta da forme di welfare, di tanto in tanto si scatena in questa libertà apparentemente senza freni, con il grande fascino che tutto ciò ha e con la grande perdita che tutto ciò determina).

Si gioca attorno a tali questioni la necessità di riprendere in mano un interrogativo di primaria importanza, e cioè come sia possibile che i giochi del potere e i giochi di potere possano costituire anche i luoghi in cui si costruisce la possibilità di cambiamento e di emancipazione. Noi siamo, mi pare, in Italia, in una fase in cui si gioca la nostra entrata in Europa, e in cui siamo sommersi, fino allo schiacciamento, fino alla distruzione, da unità infinite di regole, regolamenti, regolamentazioni e normativizzazioni di tutto, fino al livello microscopico del quotidiano.

Siamo schiacciati da nuove regolamentazioni che molto spesso vengono identificate con una forma progressista di gestione del potere e delle istituzioni. Probabilmente questa è una fase quasi inevitabile o comunque c'è qualche cosa di inevitabile in tutto ciò, però è anche importante che questa fase veda contemporaneamente la nascita di un nuovo discorso sulla libertà

e sull'identità delle persone. Libertà e identità che non possono essere monopolio del mondo dell'economia, ma debbono tornare ad essere monopolio di chi intellettualmente e praticamente cerca di disegnare qualche cosa per il mondo futuro.

A me sembra che dentro al problema delle relazioni ci sia

tutto il grande problema della affettività, il grande problema degli affetti e anche della fisicità degli affetti e delle relazioni, delle energie che i gruppi, i collettivi possono scatenare nel progresso della collettività. E su questo abbiamo imparato molto dalla scuola del manicomio. È straordinario come nella scuola di liberazione si impari, all'interno della ricchezza della relazione, questa fisicità che è in qualche modo anche intellettuale, che è scontro e incontro di poteri, che è l'unica possibilità di immaginare che, relazionandomi, io posso liberare qualche cosa per me e per l'altro e quindi posso chiamarmi terapeuta. Di tutto questo noi non solo dobbiamo recuperare memoria, ma dobbiamo anche immaginare il futuro.

Dobbiamo quindi immaginare luoghi, meccanismi, istituzioni che possano dar conto e che possano essere produttori di scambi e di salute. Sarà mai un Diagnosi e Cura un luogo siffatto? Sarà mai un ambulatorio un luogo siffatto? E allora dove, come e con chi? Io non so rispondere, abbiamo tentato nella nostra esperienza di creare questi luoghi, abbiamo tentato di creare nei Centri di Salute Mentale dei luoghi pieni di gente, di lavoro, di ricerche e di relazioni, dei luoghi in cui questo scambio, questo mercato della vita potesse essere prodotto e riprodotto; e attraverso questo la gente potesse mettersi in cammino in un percorso di cambiamento, di

Franco Basaglia  
ed i suoi collaboratori.  
Trieste, ottobre 1979.  
*Foto di Neva Gasparo.*

liberazione, in un percorso di proposte, di modalità di vita liberanti e liberali.

Abbiamo tentato di dare vita a un luogo dove questo in qualche modo accada, lo si è tentato, a volte riuscendovi, come all'interno di alcuni dei mondi della cooperazione sociale, o di associazioni, gruppi-famiglia, familiari che finalmente decidono di essere protagonisti collettivi. Lo si tenta qua e là, anche se lo si sta ancora tentando con troppa timidezza, con troppo timore, e soprattutto sotto una cappa ideologica che tende ad impedire questo processo perché tutto dev'essere riportato al mondo delle scienze, della tecnica, della valutazione. Perché tutto dev'essere riportato in un mondo in cui i tecnici, riciclati, riformati, resi più abili, più astuti, si riaccorgano degli errori e in qualche modo possano codificare in termini di prestazione quello che è invece ineffabile, incodificabile, indicibile perché appartiene appunto al mondo della relazione. Della relazione ricca, della relazione che non accetta di tradursi in scambio di prestazioni, ma vuol essere scambio di valori, scambio di corpi e pensieri.

E qui c'è la grande questione della sanità oggi, perché non possiamo immaginarci che il razionalismo di tutti i movimenti che qualche volta affiorano alla luce non sia un preciso segnale. Anche se, contemporaneamente, abbiamo il segnale proveniente da una grande, nuova richiesta di relazione che non può ridursi alle prestazioni sanitarie di "provata efficacia" e alla "Medicina fondata sulla provata efficacia". Se c'è dunque un bisogno di maggior razionalità che la Medicina deve produrre, c'è contemporaneamente un movimento nuovo, fondato appunto sulla ricchezza della relazionalità, di cui la Medicina stessa deve ancora una volta tener conto e al quale un'altra volta la Medicina deve tornare ad inchinarsi, perché il problema della salute dell'uomo ha ancora molte pagine di mistero. La Medicina non deve e non può allora ardire di pensare di aver identificato, pianificato, il cammino, il percorso di salute dell'uomo.

Io credo che il movimento di aziendalizzazione – se aziendalizzazione significa modernizzare qualche cosa che deve costituirsi a pieno titolo nello scioglimento di grumi di assistenzialismi, di grumi di federalismi, di grumi di spreco, di grumi di corporativizzazione – debba tradursi soprattutto in investimento sulla risorsa umana, cioè utilizzo del *welfare*, utilizzo dei Servizi da investire, a loro volta, sull'uomo, da investire sugli individui, da investire sulla collettività,

per essere motore di un impegno sociale, in cui i Servizi pubblici siano l'impresa che fa vivere il sociale, che fa vivificare la comunità.

Ecco, questo doppio movimento di aziendalizzazione da un lato e di investimento nel sociale dall'altro può essere un'occasione per la nuova Sanità pubblica in Italia, come però – se mal interpretato – può rappresentare un'occasione persa dentro una logica di riduzione alla razionalizzazione della prestazione e alla nuova meccanizzazione produttiva, con effetti di nuovo impoverimento.

Siamo di fronte a queste grosse questioni da alcuni anni. C'è un ottimismo rispetto al passato perché grandi battaglie sono state vinte e forse non ci immaginavamo neanche di riuscire a vincerle. C'è un certo pessimismo in riferimento al dato attuale, perché certamente quando cercavamo di vincere determinate battaglie avevamo dei sogni molto più ampi di quanto non sia stata la loro realizzazione.

C'è, ancora, un grande disorientamento, che personalmente sento, rispetto alla necessità di ritrovare dei possibili punti di arresto, di articolazione logica del discorso. La cappa dell'ideologia impedisce infatti di trovare i punti di arrivo di questo discorso, poiché ti prende il cervello e te lo porta tutto da un'altra parte, cercando di impedirti di riannodare alcuni fili. Credo che per rimediare a questo dobbiamo ripristinare alcuni laboratori, dobbiamo ritornare ad alcuni estremismi minoritari che ci consentano di prendere distanza e, in un certo senso, di ricostruire la ricchezza di quel conflitto che ha portato alla trasformazione e al superamento dell'istituzione manicomiale, in modo tale che ci sia ancora possibile capire il senso del percorso. Perché molte cose sono state raggiunte, molte cose sono state già generalizzate, estese cioè alla teoria e alla pratica della moderna psichiatria. Molto di più di quello che immaginavamo è stato prodotto su scala generale in certi ambiti, e in riferimento a certe, molteplici questioni. Però qualcosa, indubbiamente, rischiamo di aver perso. Dobbiamo ritrovare il filo del discorso perduto.

Trascrizione a cura di Luciana Molinari  
e Francesco Stoppa.

# Franco Basaglia e l'utopia della realtà

*Rileggendo "Che cos'è la psichiatria?"*

GIOVANNA GALLIO

**PREMESSA** Chiedendoci, a vent'anni dalla legge di riforma, "che cos'è la psichiatria" (cos'è "diventata" nell'oltrepassamento, vero o presunto, del paradigma manicomiale; e di quali saperi, di quali "tecniche" dev'essere provvisto l'operatore? è impossibile non cogliere la provocazione di una domanda che Basaglia per primo sollevò nel '67, per cercare nel confronto tra quegli anni e il presente le tracce di domande che perdurano e si ostinano nella psichiatria. Ho quindi deciso di ricavare alcune risposte non dai criteri delle "buone pratiche", come nella formazione spesso si fa, ma nei contorni delle figure dell'agire e nei passaggi obbligati del conoscere in psichiatria, in tutto ciò che nella mia formazione io devo a Franco Basaglia. Iniziando la riflessione, già dalle prime battute ho avvertito il contrasto tra i ricordi "intellettuali" del Basaglia di Gorizia, che leggevo e discutevo nel '68 senza conoscere, e quelli collegati alle emozioni – a tuttora forti e strane – del contatto personale e del lavoro con lui a Parma e poi a Trieste, già nei primi anni '70. Ricordi ed emozioni che si intensificano dopo il '75, quando la frequentazione quotidiana venne autorizzata dal fatto che Basaglia era diventato il mio direttore di ricerca.

Lavorando con lui si era coinvolti nel copensare e, per le attività di ricerca, anche nel coniscrivere; si diventava parte responsabile nella enunciazione e validazione dei concetti, senza che vi fossero chiari confini tra lo spazio del pensare e il tempo pressante dell'agire. Forse anche per questa ragione molti di noi si sono astenuti finora dallo scrivere su Basaglia: per non dare a lui in appalto i propri pensieri creando un nuovo personaggio, e per non sfruttare nell'autorità del suo pensiero quel che resta ancora difficile da capire nelle nostre emozioni. Per non tradire le mie emozioni del Basaglia di Trieste sono riandata agli scritti del Basaglia di Gorizia. Ma nel dilemma della mia ricerca c'è un avvertimento che vale in generale: gli scritti non sono mai autosufficienti. Platone diceva che comunicano in modo adeguato solo a coloro che già conoscono gli argomenti di cui trattano; senza precomprensione non vi può es-

sere comprensione dello scritto. Poiché rotola nelle mani di tutti, lo scritto non sceglie coloro con cui conviene parlare e coloro con cui conviene tacere; non è in grado di rispondere a chi lo critica. Per sua stessa natura non può portare aiuto a sé medesimo e ha sempre bisogno del soccorso del proprio autore. Il vero discorso – dice Platone – non è quello scritto sui rotoli di carta, ma si dispiega nell'oralità dialettica, da colui che sa nell'anima di chi impara, mediante i rigorosi e impegnativi metodi della scienza<sup>2</sup>.

Se dunque oggi nel rileggere Basaglia vogliamo stabilire la portata del suo insegnamento, le cose di maggior valore che ha lasciato, dobbiamo ricostruire la sua "oralità": come ha seminato e piantato i suoi discorsi, in quali luoghi e in quali tempi, in maniera che questi discorsi fossero in grado di difendere se stessi e di dare frutti, creando altri discorsi nelle anime multiformi a cui si è rivolto e che lo hanno recepito.

È un'impresa molto vasta, ma volendo intanto testimoniare di questo sono partita da me: dalla constatazione che, di tutto il lascito di Basaglia, quel che a me davvero è rimasto è prima di tutto una posizione, una "gestualità". Potrei già chiamarla un'etica, se questo vuol dire non offrire vie d'uscita verbali. Ma preferisco qui chiamarla pedagogia della realtà, in contrappunto a quella pedagogia del potere che lui diceva di aver esercitato con noi, suoi "allievi" a Trieste<sup>3</sup>.

Coll'andare del tempo mi sono infatti convinta che è la "realtà", continuamente evocata da Basaglia ed utilizzata in diversi contesti discorsivi, il centro gravitazionale di un pensiero che si incarica di trasportare in sé, e di mettere alla prova nel suo stesso farsi, riferimenti testuali e citazioni, quasi blocchi di pensiero in movimento: il lessico delle avanguardie e il "parlato" dei gruppi, le teorie veicolate nelle mode, le opinioni della società civile, il senso comune. È imbattendosi in questo speciale impasto – al tempo stesso linguistico, di riferimenti culturali e di differenti registri discorsivi – che leggendo Basaglia taluni cadono nell'equivoco di datarne il pensiero nell'epoca, o di confrontarlo e ricondurlo per forza a una scuola, a un orientamento filosofico o socio-politico<sup>4</sup>.

Rileggendo Basaglia nella chiave del presente occorre invece, “basagliamente”, liberare il suo discorso dalle incrostazioni e dai travestimenti che volutamente si dà o che riceve nelle diverse fasi di sviluppo delle pratiche, cui resta saldamente ancorato. È qui, nel lento evolvere di una posizione costrittiva, vincolata alle prove di realtà, che tiene lo psichiatra e il malato uniti insieme in una relazione forzata, “coatta”, che va ricostruita l’originalità epistemologica e la coerenza di un pensiero mai gratuito. Pensiero sobrio e scarno, anche quando ridondante e come imprigionato nel suo camminamento, in una sorta di monotona ripetizione mai sazia. Posizione dura,



scontata centimetro dopo centimetro, e in questo senso radicalmente anti-intellettualistica, in critica opposizione e competizione con i teorici della “liberazione” degli anni '60, cui Basaglia viene a torto assimilato.

Poiché d'altra parte questo stesso pensiero viene da altri inscritto nella costellazione delle utopie di questo secolo (non senza che trapeli allora l'accusa di un umanesimo ingenuo, anziché scoprirvi le matrici di un pensiero altro, originario, che ha piuttosto a che fare con Venezia e con l'oriente), cercherò indirettamente di esplorare in che senso la realtà costituiva per Basaglia un'utopia<sup>5</sup>. Attorno a questo asse di lettura, seguendo una sorta di mappa dei temi che a mio parere restano cruciali nel fare e nel pensare attuale della psichiatria, procederò per tentativi ed approssimazioni, facendomi guidare dal ritmo narrativo e dall'intento analitico della mia doppia memoria, senza presumere a una sintesi dato che anch'io mi sto inoltrando in una nuova ricerca.

L'INVENTORE DI CONTRADDIZIONI Più volte ho dovuto constatare che di Basaglia mi restano “parabole”: racconti brevi in cui il valore delle definizioni delle cose non era dato dalle parole, ma dagli atti (le parole essendo se mai il coronamento, il commento, la cornice degli atti). Sono parabole collegate a un agire speciale che la-

scia aperte le contraddizioni, scoperto l'insolubile, polarizzate le tensioni che derivano da disuguaglianze non occultate. Asimmetrie e conflitti di poteri non si riposavano nel “farsi comune” della decisione, ma gettavano luce sull'indecidibile ed erano quasi obbligati dal loro peso, dalla loro oppressione, a inventare luoghi “altri” in cui spostarsi, oltrepassarsi. Teso e contraddittorio doveva essere anche il rapporto tra le due grandi classi di soggetti che secondo Basaglia si spartiscono il fare del mondo: gli “inventori di contraddizioni” e i “narratori”. Coloro che agiscono il cambiamento assumendosi l'apertura indefinita al molteplice di ogni cosa, di ogni gesto e atto (con

tutte le conseguenti precarietà, incertezze, crisi); e coloro che invece descrivono, commentano, raccontano, categorizzano<sup>6</sup>.

Inventore di contraddizioni, con Basaglia tutta la scala dei valori dell'agire in psichiatria è sciolta, si è mostrata, si è “smascherata”; così che si può coerentemente attribuire alla sua azione ciò che lui affermava essere della massima importanza. Non l'imparare le “tecniche del cambiamento”, ma il capire la logica delle trasformazioni nel loro valore contestuale, locale, cioè anche storico. Non le tecniche che si ri/producono, ma le contraddizioni – cioè anche le nuove responsabilità – che si fanno scaturire. Non l'attenersi a un sapere in quanto tale, ma il diventare esperti della contraddizione tra sapere e potere. Soprattutto non presumere che la trasformazione dipenda dalla nostra bontà/capacità tecnica o umana di rapporto con il malato, ma rischiare e reinventare le proprie capacità implicandosi in un lavoro di frontiera, sulla linea sottile e continuamente reversibile che in psichiatria deve “tradurre” – quasi fisicamente, spazialmente – l'oppressione in liberazione, la dipendenza in reciprocità<sup>7</sup>, la terapia nella vita.

Nel riproporre oggi la domanda «Che cos'è la psichiatria» ci si potrebbe chiedere se è ancora l'ambiguità delle designazioni, l'arbitrarietà dei sistemi diagnostici, la violenza normativa dei “gesti di esclusione” che dobbiamo interrogare nella

Franco Basaglia.  
Trieste 1975.  
Foto di Claudio Ernè.

psichiatria, come Basaglia faceva alla fine degli anni '60. I paradossi da lui denunciati si sono davvero sciolti con la fine dell'universo manicomiale? Domande di domande, che Basaglia si poneva, sembrano eclissate nei nuovi scenari di governo della riforma, là dove è parso difficile, già negli anni immediatamente successivi alla Legge 180, ostinarsi nell'elogio della contraddizione. Agire i conflitti – non dico fra le classi sociali, ma fra i poteri amministrativi e i codici tecnici e professionali – è diventato fuori moda; al più un disturbo della comunicazione, un problema d'inefficienza. Da un pezzo anche il pensiero della dialettica è stato dichiarato morto, finito. Che cosa resta



dunque di quella domanda, di quella “posizione” che Basaglia ci ha trasmesso?

Una cosa è certa: la sua morte, subito dopo l'emanazione della legge di riforma, segna una profonda cesura tra la fase decostruttiva e la fase di riorganizzazione, sia delle pratiche che dei saperi. Con Basaglia avevamo vissuto per tutti gli anni '70 un ciclo in cui la radicale novità di concezione dell'agire ci allenava alla scoperta giorno per giorno di un'impressionante sequenza di fatti, di connessioni e coincidenze. Tutto quel che veniva prodotto nell'agire non si accordava a quella concezione spontaneamente, ma vorrei dire “inevitabilmente” e in un certo senso anche “costrittivamente”, lungo un percorso costellato di rotture, sviamenti, errori, enormi rischi. L'esperienza che Franco Basaglia aveva cominciato a Gorizia e proseguito a Trieste era autentico: non conosceva in anticipo il suo risultato<sup>8</sup>. Gli obiettivi erano dirompenti, ma in nessun modo predefiniti; le pratiche erano davvero sperimentali, finalizzate alla formazione di nuovi concetti e di nuovi stili di lavoro. Tutto ciò che accadeva nella più quotidiana trivialità delle cose assumeva un'importanza estrema; riceveva il supporto, il dissenso, il commento ininterrotto di una comunità in cui ognuno si sentiva di volta in volta elevato al rango di pensatore, scienziato, politico. Negli anni '80 un ciclo completamente diverso ha rovesciato

il movimento della conoscenza. C'è stato il problema di adattare, irrobustire, selezionare le prove empiriche e gli obiettivi per dimostrare la durata di quella concezione, la validità e la tenuta dei nuovi concetti e stili di lavoro. Di colpo è venuta meno la protezione dell'esperienza, insieme al suo carattere costrittivo, mentre diventava lecita e necessaria la coesistenza di di-

verse teorie, un certo eclettismo nell'esporsi al confronto per diffondere e riprodurre, cioè anche “conformare” quegli stili e quei concetti.

Così mi sono accorta che in tutti questi anni, dovendo anche in certo senso dimenticare Basaglia, mi capitava di restare attaccata a certe sue parole come a delle an-

core. Via via scopro una straordinaria fertilità nel parafrasare al presente alcune speciali parole che sempre ritornano nei suoi scritti, stringenti connessioni che nella critica della psichiatria rinviano le cose liberate al futuro. Ciò che soprattutto a Gorizia, nell'iniziale “rovesciamento” dell'istituzione in comunità, non solo veniva per la prima volta allo scoperto come il rimosso della psichiatria, ma che per forza di cose e per altri versi rimaneva in sospeso, incerto e indeterminato come la parte buona, il possibile che un giorno sarebbe emerso dopo aver tanto scrostato il modello di malattia ereditato dal positivismo organicista.

Ad esempio la nozione di realtà. Quel vivere lo psichiatra al “riparo della realtà” del paziente, che fa da specchio alla parallela nozione di rischio, di “esposizione del curante” come condizione di tendenziale reciprocità nel rapporto. Ma – mi sono chiesta più volte – cos'era per Basaglia quella “realtà” cui faceva continuo appello e riferimento? A volte è un pieno (di sofferenze e bisogni, di violazioni e conflitti) che l'artefatto della malattia ricopre e nasconde, e in cui bisogna soggettivamente progredire come in un accumulo graduale di conoscenze. È un avvicinamento incerto e precario, perché la realtà è piena di doppi fondi e resta largamente inafferrabile. Così che l'andamento illusorio o decisamente ingannevole della conoscenza può trovare il

Franco Basaglia e le donne.  
Trieste, ottobre 1979.  
Foto di Neva Gasparo.

limite e lo stimolo della propria forza solo nella coscienza (altra parola molto usata da Basaglia) di tutto ciò che resta inattingibile della realtà, che in qualche modo protegge ciò che in essa deve rimanere inestinguibile. Perciò altre volte la realtà corrisponde per Basaglia a ciò che resta del movimento dello svuotare (dalle illusioni e dai pregiudizi del sapere)<sup>9</sup>; o la constatazione che ci prende – come diceva Barthes – davanti al ritratto di una persona o di una cosa, quando diciamo «sì, è proprio così, è esattamente così» e indichiamo col dito. Un essere davanti alla cosa o alla persona senza remore, senza potersi sottrarre; senza poter uscire da un puro linguaggio deittico<sup>10</sup>.

Penso poi alla nozione di sociale, che – diceva Basaglia – la psichiatria utilizza come una categoria precostituita, veicolo irriducibile delle norme cui adattarsi. O, nella migliore delle ipotesi, come un ordine interazionale: un sociale pre-supposto e pre-categorizzato come sfondo di interazioni guidate da tecniche psicologiche o psicodinamiche<sup>11</sup>. Ma se il sociale va assunto come popolato di soggetti (cioè di diritti e di bisogni); di classi (cioè di disuguaglianze e di povertà); di comunità (cioè di legami e appartenenze, di simboli e rappresentazioni, terreni più o meno edificabili, istituzioni e beni più o meno accessibili); se questo è il sociale, di quale “convivenza con la malattia” parla Basaglia? Fin dalle origini la psichiatria ha dovuto includere nel suo paradigma il sociale per esplicita delega: compenetrarne le esigenze di esclusione e asettizzarle nella sua “clinica”; ricoprirne le forme oscure, fastidiose o immorali distanziando i corpi e le esperienze dei “malati”; contenere e amministrare queste forme dentro le mura dell’asilo, riproducendo in un doppio le parvenze di un sociale ordinato, cioè buono. Come potrà, una psichiatria che rifiuti di subire o di legittimare l’organizzazione del sociale, oltrepassare i propri confini fino a raggiungere il sociale nella realtà della sua follia, della sua miseria e sofferenza?

Per andare nel sociale di certo non basta – dice Basaglia – «ridurre nella psichiatria l’ideologia medica a favore di quella sociologica»: si otterrebbero solo nuovi effetti di menzogna e di occultamento. Il «riconoscimento autentico» del sociale consiste nell’attraversare tutte le «implicazioni sociali presenti nella malattia»<sup>12</sup>. In altre parole, se la psichiatria è fatalmente obbligata ad includere il sociale nelle proprie pratiche, dovrà impegnarsi “praticamente” a riconoscerlo, cioè a ri-costruirlo nella propria esperienza un pezzo

dopo l’altro, attraversando tutte le materiali e simboliche concatenazioni, i legami e i vincoli nella trama di molteplici interdipendenze.

Solo così, a condizione di non ricorrere a saperi preconfezionati, il sociale “utilizzato” dalla psichiatria potrà uscire dalle sue determinazioni astratte, dai suoi determinismi categoriali. È anche evidente che in questo percorso di avvicinamento alle realtà del sociale gli psichiatri sono – per ruolo e statuto professionale – degli sprovveduti, degli inadatti, degli incapaci. Non solo non potranno farlo da soli, ma ogni volta che crederanno di poterlo fare dall’interno del loro sapere e del loro ruolo non potranno che generare un artefatto psichiatrico del sociale. Se dunque, nel suo oltrepassarsi, la psichiatria non potrà più essere la stessa, come potrà la “malattia mentale” essere ancora la stessa?

Penso infine, soprattutto, alla nozione di violenza dell’istituzione<sup>13</sup>. Se l’istituzione psichiatrica vive e si nutre fin dalle origini di ambiguità tra un paradigma medico di cura e un paradigma sociale di controllo dei comportamenti, e se è piegata a servire finalità normative che negano i valori, i diritti e i bisogni della persona oggetto di cura, di quale “istituzione negata” e di quale altra istituzione parla Basaglia quando indica nella messa in discussione della “legge” – cioè nell’evoluzione continua del normativo e del normato ai limiti di ogni possibilità/capacità interpretativa – la strada per liberare, ancora una volta, la “realtà”, per avanzare nella realtà?

**ANTINOMIE IRRIDUCIBILI** Nell’esserci diventate falsamente familiari, queste ed altre nozioni, attorno a cui si è sviluppato il consenso ottuso e l’acquiescenza di tanta psichiatria della riforma, sono state semplificate e degradate ad equivoco di volta in volta umanitario, sociologico, anti-psichiatrico. Basaglia viene allontanato sullo sfondo dei pionieri, degli antenati: più in una radicalità politica e pragmatica in qualche modo datata, che nella scoperta e rivoluzione epistemologica.

Certo Basaglia non disprezza di essere ricordato come uno psichiatra che si è “situato”; ma lui stesso aveva previsto che la straordinaria novità, le prospettive aperte dalla sua esperienza e dal suo pensiero nell’agire psichiatrico di questo secolo sarebbero state oscurate da nuove rimozioni dopo la riforma. Poiché la Legge 180 sgravava la psichiatria del suo carico di controllo dei comportamenti, integrandola per la prima volta pienamente nel sanitario (in ciò costi-

tuendo anche per Basaglia un compromesso), molti hanno ritenuto subito dissolte le antinomie che il pensiero basagliano ha individuato nel cuore del paradigma medico della psichiatria, lungo tutta l'ampiezza del tracciato clinico della malattia mentale.

Un'eziologia e una patogenesi oscure e confuse; una nosografia costruita sulla falsa riga di quella neurologica; una sintomatologia – psichica – che sorregge classificazioni diagnostiche prive – tutte – di un substrato organico accertato. «La malattia mentale – scriveva Risso negli anni di Gorizia – è uno stato di cui non si conosce ancora l'origine, mentre viene dato per scontato che questa origine non possa essere che organica»<sup>14</sup>. E poi una diagnosi, che anziché includere il medico come responsabile della soluzione, in proporzione della gravità lo alleggerisce, lo esonera, mentre parallelamente stigmatizza, cioè danneggia colui/colei che la riceve. Una cura che sempre isola, separa, cioè decontestualizza la malattia situandola nella mente e nei comportamenti del suo portatore, spezzando in un nuovo costrutto la continuità della storia della persona, i suoi ruoli sociali e i legami della co-esistenza. Una guarigione/riabilitazione che viene promessa solo in quanto il singolo si rieduca, si riadatta alla normalità di cui si è ammalato e da cui è stato espulso. Nell'introdurci a queste antinomie, già nell'*incipit* di *Che cos'è la psichiatria?* Basaglia ci avverte della loro natura non teoretica. Non si tratta qui dei modi, per quanto controversi, che una disciplina utilizza per fondare e produrre le proprie conoscenze nel rinvio tra la teoria e la pratica, tra l'ipotesi scientifica e la verifica di realtà. Sono invece strutture paradossali e antinomie irriducibili dell'agire psichiatrico: talmente immanenti da generare ad ogni passo concatenazioni necessarie, automatismi scientifici, “*routines* tecnicamente perfette”. La perfezione di queste *routines* – dice Basaglia – consiste nel rendere insignificanti i “fatti veri” e nel creare “nuovi fatti” che, mentre annientano l'identità personale del malato, rendono impotente e passivo, ininfluyente e insignificante il ruolo del curante, se non fosse per le gerarchie dell'autorità e della forza che presiede.

Riprendendo e ampiamente citando i risultati della ricerca condotta da Erving Goffman già alla metà degli anni '50, (la mole enorme di prove empiriche e osservazioni accurate, raccolte nel Saint Elisabeth Hospital di Washington da un sociologo allora quasi sconosciuto e non particolarmente interessato a contestare la psichiatria, bensì a descrivere gli effetti delle interazio-

ni umane nelle “istituzioni totali”<sup>15</sup>) vengono qui imboccate senza esitazione alcune direzioni di analisi che non saranno più abbandonate.

Le argomentazioni ricevono dal gruppo goriziano eccezionale rigore e autorevolezza nel loro coincidere con la mappa del “che fare” nel rovesciamento delle finalità e dell'organizzazione dell'ospedale psichiatrico. Attraverso l'esposizione in pubblico del procedere graduale ed incerto di un'impresa di cambiamento, la psichiatria per la prima volta cerca la verifica delle proprie pratiche fuori di sé, in un altro da sé. L'asse principale dell'analisi che viene suggerita, su cui tutto andrà a convergere sempre più esplicitamente negli scritti degli anni successivi, riguarda lo statuto d'eccezione di un sapere che, avendo inscritto nel proprio mandato e nell'idea della guarigione il ritorno della persona alla normalità, non riesce a determinare autonomamente i parametri della normalità. E come potrebbe? Quale normalità, definita da chi e in rapporto a che cosa? A partire da questa falsa autonomia della norma, che la psichiatria chiusa nel manicomio non determina ma subisce, si innescava una catena di terrificanti conseguenze.

«Nella sua routine, la cui finalità sembra essere lo smistamento fra ciò che è normale e ciò che non lo è – scrive Basaglia nella prefazione a *Che cos'è la psichiatria?* – questo sapere rigido e dogmatico, questa scienza diventata ideologia riesce del suo oggetto di ricerca solo a ribadire la diversità e l'incomprensibilità, precludendosi qualsiasi possibilità di azione nel momento stesso in cui, utilizzando un certo numero di sintomi, crea il fantasma della malattia». Emittendo la diagnosi come per magia lo psichiatra perde il suo oggetto; «l'essere umano sfuggirà ai suoi occhi una volta codificato definitivamente nel ruolo di malato e tradotto in un nuovo status»<sup>16</sup>.

Dunque, fra le diverse scienze mediche la psichiatria possiede il potere speciale di creare ex novo uno *status*. Come diceva anche Goffman, sostituisce i ruoli sociali, che la persona prima bene o male possedeva, con un unico ruolo che si gioca fuori dalle metafore del teatro: l'attore-malato non avrà più altre maschere da indossare. Non ce la farà con le sue forze ad uscire dalle regole di una rappresentazione che sarà obbligato a recitare ininterrottamente, giorno e notte, qualsiasi cosa dica o faccia, mentre gli altri – i medici, gli infermieri – potranno di volta in volta riposarsi, astenersi, uscire di scena, indossare altre maschere.

L'atto medico-psichiatrico, oltre che avvallare decisioni di esclusione prese altrove e agite da al-

tri, dev'essere colto – dice Basaglia in altro testo del '69 – come la legittimazione scientifica del togliere-sradicare la persona dalla realtà. Questa cancellazione dal reale avviene introducendo una suddivisione manichea tra ciò che si comprende (il buono, l'umano, il giustificabile) e ciò che resta incomprensibile (il cattivo, l'oscuro, il ripugnante, l'inaccettabile)<sup>17</sup>. Poiché ai fini della cura si esige una delega completa al potere medico da parte della famiglia e della comunità, la distanziamento che lo psichiatra stabilisce rispetto al malato non ha conseguenze solo metaforiche o transitorie, giustificate dall'intervento su una parte localizzata del corpo o su una specifica disfunzione. La sospensione del malato dai ruoli sociali sembrerebbe ricalcare una regola aurea della medicina ospedaliera affinché il medico possa disporre della parte malata a suo piacimento o – come voleva Parson – per sanzionare la malattia comunque e sempre come devianza, incoraggiando la persona attraverso un sistema di restrizioni a rientrare il più presto possibile in ruoli sociali anche indesiderati. Ma in psichiatria le cose vanno in altro modo.

Intervenendo su ciò che si è sviato nelle condotte e deviato nei comportamenti, dato il presupposto che tali condotte derivano da una malattia fisica, lo psichiatra applica la cura solo sul portatore dei comportamenti anziché sul contesto e nelle relazioni, in tutto ciò che è stato distrutto o turbato nell'organizzazione sociale e familiare. Invece di ricostruire le mediazioni tra il malato e il mondo, e di preoccuparsi di ciò che è in pericolo per la persona in queste mediazioni, la psichiatria si appropria dell'intero corpo della persona in cui viene depositata la pericolosità sociale.

Come dirà anche Goffman, anziché intervenire sul sé più esterno, sulle immagini del sé che la persona o gli altri hanno perversito o distorto, lo psichiatra è legittimato ad agire il rifacimento di tutta l'identità, di tutto il sé più vero e intimo dell'individuo. Nell'anamnesi tutto ciò che la

persona dice, pensa, sente o crede diventa oggetto di una valutazione essenzialmente normativa: viene cioè giudicato come più o meno adeguato al contesto sociale di riferimento, dato che è là che si tratterebbe eventualmente di rinviarlo. In seguito, nell'adattamento all'istituzione, tutto ciò che la persona sente, crede o pensa verrà screditato, profanato, annientato. Durante

il tempo della cura – infinito, indeterminato – tutto ciò che la persona cercherà di agire diventerà sintomo e sarà reso coerente con la classificazione diagnostica.

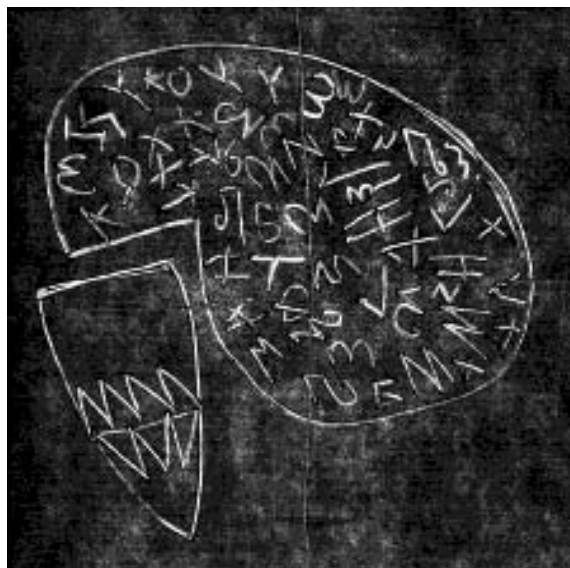
Non le verrà concesso di fare nulla che non rientri nel ruolo di malato, anche se la guarigione dovrebbe essere commisurata proprio sulla sua capacità di smettere di essere solo questo<sup>18</sup>.

**TOTALITÀ E TOTALITARISMO** Se Basaglia si fosse limitato a

denunciare queste circolarità paradossali, diventate per noi adesso sempre più chiare e pregnanti, avrebbe contribuito a fare della buona letteratura psichiatrica e niente più. Per quanto la prefazione a *Che cos'è la psichiatria?*, contenga già tutti gli enunciati principali, nessuno allora poteva prevedere fino a che punto, nel suo oltranzismo fenomenologico, Basaglia avrebbe preso sul serio la sfida e la promessa di attenersi alla realtà delle conseguenze che quei paradossi avevano, oltre che sul malato, sul rapporto tra il medico e il malato, tra l'istituzione psichiatrica e la medicina, tra la psichiatria e il sociale.

Era la realtà di un malato povero e senza diritti, escluso perché inservibile e improduttivo; un medico onnipotente, ma completamente incapacitato a sostenere qualsiasi livello del reale, reso passivo e destinato anche contro volontà ad amministrare una violenza brutale e automatica. Era l'eccesso di autonomia della norma dentro i muri della psichiatria, che misurava in realtà una completa mancanza di potere nel decidere alcunché, un essere succubi della norma stabilita altrove, da altri.

Comincia qui l'azione instancabile di Basaglia nel ribadire che la psichiatria non è libera, nel suo





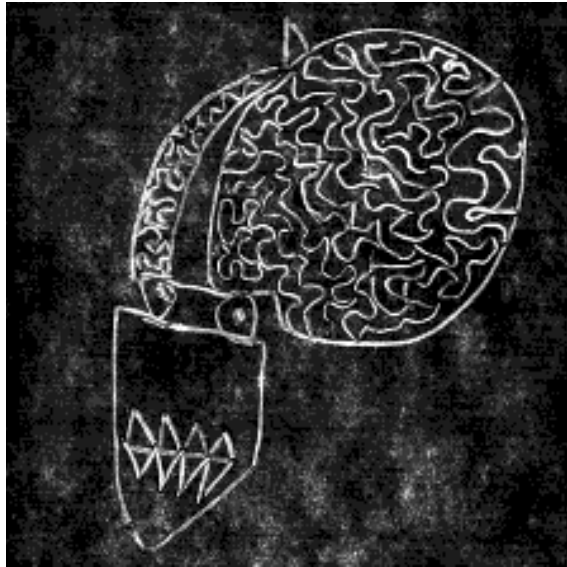
proprio statuto, di accedere a una dimensione teoretica, speculativa, metodologica. Non può interrogarsi veramente sulle sue antinomie e sui suoi fallimenti e l'ospedale psichiatrico lo dimostra. Qui, dove la scienza ha voluto erigere uno spazio di autonomia, definire un proprio tempo nel riapprendimento della norma, riprodurre l'organizzazione societaria in un doppio, distanziare l'oggetto di cura dalla sua realtà per assicurare un riparo alla ricerca, proprio qui la psichiatria si è sottratta a qualsiasi possibilità di verifica dei risultati. Si è autoaffermata come pura speculazione, cioè come sperimentazione totale e totalitaria.

Indubbiamente vi era in Basaglia, ancor prima di accostarsi all'ospedale psichiatrico, la personale disposizione a indignarsi con le diverse forme in cui si manifestava il totalitarismo, da lui

colto prima di tutto come macchina di produzione del falso e dell'assurdo. In questa indignazione egli sembrava quasi indifferente alle dimensioni – più grandi, epocali e “storiche”, o più minute e quotidiane – in cui la sopraffazione del totalitarismo si presentificava, le cui forme e figure venivano da lui subito spogliate di qualsiasi ridondanza e ricondotte all'elementarità degli interessi cui servivano. Spesso raccontava che proprio nel suo rapporto con la medicina, prima ancora che con la psichiatria, aveva sentito l'odore di questa sopraffazione mortifera: l'odore della sala anatomica, simile a quello della prigione dov'era stato rinchiuso da studente in lotta col fascismo, simile a sua volta all'odore speciale dei manicomi<sup>19</sup>.

L'analisi dell'istituzione totale veniva dunque a proposito a confermare la visione della psichiatria come una delle grandi macchine sperimentali messe a punto secondo la logica del laboratorio, applicate alla manipolazione e al controllo delle grandi masse umane nelle società industriali<sup>20</sup>. Non era il nazismo ad aver giustificato con la sperimentazione medico-clinica i campi di sterminio? Coincidenza tragica dell'asservimento della medicina a teorie sociali totalitarie, o predi-

sposizione della scienza medica a trattare gli essere umani come cose, ignorando per principio le condizioni in cui si svolgono gli esperimenti? Questo è anche il senso delle parole di Basaglia all'indomani della Legge 180, quando dirà che la chiusura dei manicomi era da considerarsi nient'altro che un elementare atto di giustizia, un ultimo capitolo della guerra di liberazione<sup>21</sup>.



Insieme, ma anche al di là della valutazione storica, Basaglia sarà continuamente guidato dalla disposizione a respingere tutto ciò che nei saperi pretende al modello, alla riduzione a senso unico della totalità, al significato. In questa avversione si potrebbe inquadrare il suo rapporto con l'istituzione psicanalitica e con le psicologie cliniche: non la condanna, che non era nel suo stile pronunciare, ma l'ostilità che ripetutamente ha manife-

stato verso l'impiego di tecniche psicoterapiche o psicanalitiche nel processo di cambiamento dell'organizzazione psichiatrica. Come se leggesse nei modelli e nella loro *reductio ad unum* un vizio soggiacente a tutti i saperi che, nelle soluzioni che promettono, pretendono di legittimarsi e di riprodursi in un Ego tecnico-scientifico. L'errore poi in definitiva di voler sostituire, a ciò che nel totalitarismo psichiatrico entra in crisi, un qualsiasi altro sapere che pretenda alla totalità. Vizio ed errore che diventano negli anni '70 la principale minaccia, fascinazione e seduzione di un sapere migliore, più buono e giusto, da cui occorreva proteggere le pratiche nascenti nella precaria, conflittiva trasformazione dell'organizzazione manicomiale. Proprio allora, quando i “soggetti” delle pratiche dovevano ancora costituirsi, e l'infermiere insieme al medico erano obbligati a sporcarsi le mani in un fare molto concreto, la realtà doveva restare per forza aperta e multiforme.

UN POSTO VUOTO      Così, per tutto quel tempo che è stato necessario a dimostrare la possibilità di uscire dal manicomio, per tutti gli ultimi vent'anni della sua vita dedicati a questo,

Basaglia sembra impegnarsi a presidiare un posto vuoto<sup>22</sup>, che deve restare vacante. Vorrei soffermarmi nell'ultima parte del mio intervento proprio su questo punto, lì dove si sono accumulate le obiezioni e le critiche, le distinzioni e le rotture da Basaglia anche da parte di chi gli sembrava spontaneamente alleato negli stessi obiettivi. Ad esempio l'accusa che gli veniva mossa di aver lasciata irrisolta la domanda del terapeutico e scoperta la questione della relazione o – come altri dicevano – “dell'ascolto della follia”. L'accusa poi di aver negato, insieme all'istituzione repressiva – arretrata, arcaica – la validità e la ricchezza dei saperi accumulati nelle psichiatrie e nelle psicologie moderne, ributtando tutta la questione sul sociale. E anche l'accusa, all'origine soltanto imbecille, che trasformava l'atto basagliano del “mettere la malattia fra parentesi”, di nobili ascendenze fenomenologiche, nella negazione pura e semplice della malattia mentale, da cui derivava l'altra imputazione di aver appiattito la lettura della malattia nelle categorie di un determinismo sociale e sociologico. La stupidità del lemma “la malattia mentale non esiste”, che attualmente ha esaurito i suoi effetti, ha avuto in premio per alcuni anni una divulgazione che non è stata priva di influenze sul senso comune, se non altro nel fornire argomenti a un nuovo mistero.

Documentare puntualmente le circostanze storiche di queste formulazioni accusatorie sarebbe una ricerca molto remunerativa, il tema almeno di un libro, che potrebbe tra l'altro svelare i diversi codici di incoerenza, etica e pragmatica, che si spartivano in quegli anni il campo della psichiatria, e la violenza neanche tanto dissimulata in quelle che dovevano essere civili dispute tra tecnici della psiche e scienziati della mente. Non posso qui fare nulla di tutto ciò; devo invece riprendere la coerenza di Basaglia nell'approfondire e nell'attenersi alla realtà di quelle antinomie dell'agire psichiatrico già chiaramente enunciate in *Che cos'è la psichiatria?*.

Anche leggendo gli scritti degli anni immediatamente successivi ci si accorge che l'intento di Basaglia non è anti-psichiatrico: non si limita cioè a contestare le basi mediche e scientifiche della psichiatria. Revocarne in dubbio l'autorità e la legittimità non era un fatto originale e nuovo né in quell'epoca, né nelle cicliche revisioni di paradigma che la psichiatria aveva conosciuto fin dal suo nascere. Oltre a Goffman, i Basaglia avevano già letto e scritto della ricerca di Foucault; e poi Martin, Stanton e Swarz, Burton e molti altri. Alla prima uscita in pubblico il

gruppo goriziano si presenta carico di libri: autori che studia, traduce e divulga; quasi a dire «Ecco qui, le prove provate ci sono già tutte». Se mai la domanda che Basaglia sollevava, interloquendo con la psichiatria riformatrice europea, era: «Perché queste prove non bastano?». Ad esempio non bastavano agli psichiatri francesi che fin dalla seconda metà degli anni '40 si erano impegnati a smontare il *malentendu psychiatrique*. Avevano prodotto una pregevole quantità di riflessioni critiche, anche molto radicali, seguendo diverse ispirazioni: sociologiche, psicanalitiche, di riorganizzazione del modello assistenziale. Avevano fatto evolvere le conoscenze sul rapporto medico-malato, discusso approfonditamente le teorie dei gruppi e lo psicodramma di Moreno. In alcune esperienze locali era stata riorganizzata e mobilitata tutta l'istituzione, con la nascita di club terapeutici e in quella che Daumezon chiamava *une clinique d'activités*. Ma già alla metà degli anni '50, e in maniera sempre più sostenuta nei primi anni '60, le differenti sperimentazioni derivate dal movimento unitario di psychotérapie istituzionale erano confluite o nel tentativo di rilegittimare l'autonomia del terapeutico (nella variante lacaniana del movimento, con Tosquelles e Oury<sup>23</sup>), o nella rifondazione scientifica della psichiatria (nell'inflessibile lavoro sincretico svolto da Henry Ey con la sua rivista, *L'évolution psychiatrique*), o nell'organizzazione tecnico-amministrativa del settore (in cui si teorizzava una vera e propria psicocrazia da parte della psicanalisi ortodossa). L'atto ufficiale di rottura dell'unità del movimento veniva, proprio da Tosquelles, ricondotto alla discussione sulla formazione psicanalitica degli infermieri, nello scontro tra le due nozioni di *entourage* o di *équipe*, sostenute da opposte correnti<sup>24</sup>.

La vicenda francese, forse perché geograficamente e culturalmente più vicina, era anche la più paradigmatica per Basaglia. Gli offrì sostegno nella lungimiranza di prevedere, già nei primi anni '70, quel nascere di tante psichiatrie litigiose e inette che lasciavano il paradigma medico-asilare saldamente al centro del dispositivo dell'assistenza, finché sarebbe stato via via indebolito negli anni '80 e '90 solo d'autorità amministrativa, per la crisi del Welfare.

Certo è dal confronto con la psichiatria più avanzata, europea e nordamericana (oltre che con i francesi, con Maxwell Jones e con la riforma kennediana dei *Center Mental Health*) che Basaglia si convince che i paradossi della psichiatria manicomiale non si estinguono nell'o-

spedale psichiatrico, ma si trasportano anche nella nuova psichiatria sociale e comunitaria.

Le sistematiche aberrazioni scaturite dal modello biologico-positivista della malattia mentale, dice in sostanza Basaglia, non possono essere considerate un incidente di percorso. La coloritura sociale o psicodinamica che questo modello di malattia riceve nella psichiatria del moderno, facendo leva su altri saperi – psicologici, psicanalitici, sociologici – sembra più un espediente per guadagnare nuovi consensi e nuove clientele, mentre non garantisce alcunché rispetto al farla finita con gli abusi di autorità, di potere, di scienza. A meno che. A meno che la psichiatria non metta davvero in discussione la sua legge, che per Basaglia non vuol dire solo il testo normativo, la regola amministrativa, ma l'organizzazione su cui la psichiatria fonda il suo statuto medico-clinico. Finché questo non accade, anche i saperi psicologici, psicanalitici, sociologici vengono solo sfruttati, reclutati e asserviti alla regia psichiatrica, alla sua presunzione scientifica. Sono – dicono i Basaglia ne *La maggioranza deviante* – nient'altro che «ideologie di ricambio»<sup>25</sup>.

Dunque cosa fa Basaglia? Non cerca una rifondazione purchessia della psichiatria, ma ostinatamente sviluppa e approfondisce i suoi enunciati interrogando l'appartenenza della psichiatria alla medicina, al tempo stesso fa leva su questa appartenenza.

È una duplice direzione che sembra contraddirsi. Da un lato chiede alla psichiatria di diventare onesta: di rinunciare alle sue false pretese di scientificità in ordine alla certezza dei modelli causali, alla sicurezza nella formulazione della diagnosi, all'impossibile coerenza tra diagnosi e tecniche di cura, all'improbabile garanzia di guarigione una volta soddisfatto un altrettanto improbabile patto/contratto terapeutico. Tuttavia, contro l'arroganza di una medicina applicata al corpo morto, alla malattia della parte contro il tutto, Basaglia quasi rivendica, per così dire difende, non rinuncia, non abdica all'ambiguità e alla debolezza della psichiatria. C'è una forza, egli ci dice, insita in questo sapere debole, precario, ricattabile. Tale forza diventa fattiva e costruttiva se la psichiatria accetta di dichiarare l'impotenza, oggi diremmo, della sua autoreferenzialità, agendo il bisogno che ha di produrre altre conoscenze, altri luoghi, altri soggetti, nella sfida di accogliere e comprendere integralmente il suo oggetto; nel rischio di far fronte alla ricerca vera, di accedere alla "realtà vera" di questo oggetto, una

volta smontato l'artefatto della "malattia". Non è dunque la psichiatria da sola, ma è tutta la medicina a dover smontare e verificare le conseguenze di quell'artefatto della malattia che deriva dalla clinica<sup>26</sup>. Tali conseguenze non sono rintracciabili né controllabili "dentro" alla clinica, che anzi è conformata in modo da cancellare dalla propria visione gli effetti che produce, così come cancella gli artefatti. Le conseguenze della costruzione della malattia, così come gli artefatti, si possono comprendere solo in un altro ordine narrativo, discorsivo, che per Basaglia è depositato in quella realtà troppo piena, troppo vuota, di cui tanto parla; in quel "sociale" che dev'essere implicato e riconosciuto, affinché non resti segregato nelle sue norme produttive, travestite di opinioni e di rappresentazioni; in quella istituzione che divide e separa, e che deve invece sfruttare le sue prerogative normanti se vuole proteggere la salute dell'essere umano e orientare gli scopi dell'agire collettivo.

La malattia, dice insomma Basaglia, è una costruzione sociale e istituzionale oltre che clinica, e a differenza delle altre discipline mediche la psichiatria ha la debolezza di mostrarlo in maniera più forte, più scatenante e dirompente. Potrebbe anche "dimostrarlo", cioè agire cercando le proprie verifiche nella realtà; ma nel farlo deve ammettere che la sua scienza – in ordine alla realtà – è come l'abito del re della fiaba di Andersen: non c'è. Non essendoci lascia immaginare abiti che non sono; diffonde mode di abiti che non proteggono il corpo. Non solo compromette i sistemi di riconoscimento e lettura della realtà, ma dissipa e distrugge la realtà.

**IL PLURALISMO DELLE GARANZIE** In questo Basaglia si è differenziato dagli altri: al grido del bambino "il re è nudo" non si è spaventato, né ha reagito travestendo il corpo del re con qualche altro abito immaginifico. Non ha trovato questo grido paralizzante; al contrario, è solo la spinta iniziale a un altro vedere le cose come se fossero rovesciate, e un enorme lavoro si prepara nel raddrizzarle. Il compito è molto arduo, quasi impossibile, perché la psichiatria se vuole accedere alle verifiche di realtà deve generare nella sua stessa azione gli elementi che la possano contestare: che possano cioè costituire un controllo e una garanzia, il contrappeso del suo potere e del suo arbitrio. Anche questa è una nozione già chiaramente enunciata nella prefazione a *Che cos'è la psichiatria?* Una volta riconosciuto di aver fallito il suo

incontro con il reale, poiché sfugge alle verifiche che attraverso la realtà potrebbe attuare, la psichiatria – scrive Basaglia – continua a fare della letteratura, dell'ideologia, e rischia adesso di saturare il suo senso di colpa in un impulso umanitario, capace soltanto di confondere nuovamente i termini del problema. Il malato, che è un povero, rischia ora di diventare il “povero malato” per il quale necessita progettare nuove strutture a carattere prevalentemente riparatorio; il “cattivo malato” rischia di diventare il “buon malato” da reintegrare nella società attraverso nuove strutture terapeutiche il cui scopo dovrebbe essere quello di comunque preservare e garantire la società da



quella diversità che la malattia mentale continua a rappresentare. Di fronte a questi nuovi scenari di ambiguità, in cui è grande il potere delle parole di designare o di ricoprire, Basaglia cita il discorso di Sartre sul ruolo della letteratura, attraverso l'esempio della distanza incommensurabile che separa la fame di un bambino dal potere di un libro. Scriveva Sartre: «...se è l'emozione che provo davanti alla fame che mi spinge a scrivere, non è possibile riempire quel vuoto. Per lottare contro la fame bisogna cambiare il sistema politico ed economico, e la letteratura non può giocare in questa lotta che un ruolo secondario. Un ruolo secondario che però non è nullo. C'è un'ambiguità nelle parole: da un lato non sono che “parole”, “letteratura”; dall'altro designano qualcosa, e a loro volta agiscono su ciò che designano: modificano. Conservando fermamente questa ambiguità, lo scrittore non deve sacrificare né l'uno né l'altro aspetto delle parole. Solo così si sarà già a buon punto per fare la vera letteratura: – una contestazione che contesta se stessa».

Vi sono analogie – dice Basaglia – tra il bambino affamato davanti al quale non resiste nessun libro, e il malato che per il fatto stesso di esistere così com'è contesta la psichiatria. Perciò la psichiatria deve trovare la propria verifica nella realtà di questo malato; e nella realtà che ha prodotto questo malato deve trovare gli elementi di contestazione per contestare se stessa<sup>27</sup>. Queste precise e chiare parole ci servono oggi a

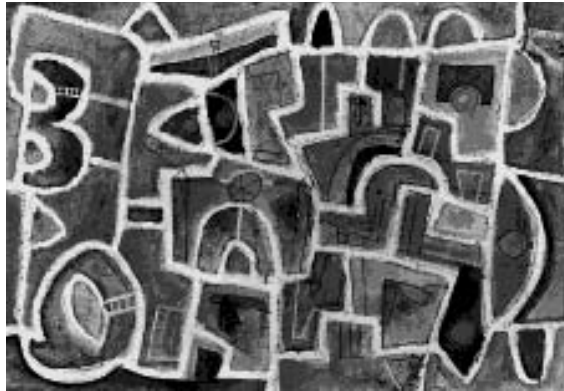
comprendere qualcosa che anche nel '68 non eravamo liberi di capire: che cosa significava rendere pubbliche le registrazioni delle assemblee dei malati di Gorizia sul lavoro e sui soldi. Quelle scene, in cui il malato si esprime come un normale essere umano, vennero fraintese dalla maggioranza come la possibilità di fare qualcosa di positivo dentro ai manicomi: una “buona comunità terapeutica”. Giocando onestamente sull'ambiguità degli altri, Basaglia ottenne grazie a questo equivoco molti consensi da tutte le parti, nella pedagogia cristiana come nell'etica comunista. Il mondo della follia prometteva di uscire dal suo scandalo e di rappacificarsi con i valori dell'umanità e della scienza.

Ora sappiamo che nel mostrare quelle scene di “normalità” le ragioni erano proprio quelle che Basaglia esplicitava: il bisogno disperato che la psichiatria aveva, nell'ambito in cui era obbligata a stare e non avendo a disposizione nient'altro, di trovare un limite, alla propria impotenza/onnipotenza, nella realtà del suo proprio malato. Attribuendo all'internato parti di normalità, fornendogli gli elementi per attaccarsi a una qualche realtà si otteneva l'effetto di obbligare medici e infermieri a “situarsi” di fronte a un malato che poteva esigere qualcosa da loro. Un modo per trasformare – scriveva Franca Basaglia – l'aggressività malata, la sola che la psichiatria riesce a produrre, in una aggressività vera, rivendicante un qualche contratto<sup>28</sup>.

È solo l'inizio di un nuovo paradigma, che per noi oggi si traduce nell'imperativo di non attribuire più alla persona sofferente solo il ruolo di malato, ma di lasciare – fare in modo – che abbia sempre almeno un altro ruolo con il quale difendersi dagli attacchi che subisce prima di tutto dai curanti, cioè da noi. Affinché possa scegliere fra l'identità di malato e almeno un'altra identità, in maniera da proteggere e controllare il più possibile la sua immagine, il suo *self* esterno nel rapporto con gli altri. A questa questione si collega – e anche Basaglia esplicitamente collegava – il dislivello di potere tra il malato e l'operatore che bisogna colmare se si vuole agire la tendenziale reciprocità quale condizione indispensabile al rapporto di cura. È un

dislivello non colmabile provvisoriamente, né tantomeno risolvibile se la psichiatria cerca la soluzione dentro di sé, al riparo dei suoi servizi e delle sue routine tecniche e organizzative.

**CONCLUSIONI** Proprio in quella scena di Gorizia, nelle assemblee in cui si cerca – emblematicamente, precariamente – di far vivere un qualche ordine del reale e una qualche reciprocità, è implicito perché diventa necessario lo sviluppo successivo dell'azione basagliana: andare nel "sociale" a cercare le forme delle alleanze e dei soggetti, i linguaggi e le culture che, risultando indispensabili all'impresa del cambiamento e al pluralismo delle ga-



ranzie, la psichiatria dentro di sé non trova perché non ha. Non è solo l'andare a chiedere risorse e poteri a un amministrativo che deve comprometersi in qualcosa di molto rischioso. È subito un gioco più esteso e grande quello che si apre e in cui Basaglia, circondandosi di una nuova generazione di operatori (infermieri neoreclutati, studenti-volontari provenienti da tutte le città e i paesi del mondo, psichiatri del sud e del nord appena usciti dalle facoltà occupate) e rivolgendosi apertamente ai movimenti e alle avanguardie del sociale, mette alla prova le capacità del politico di spostare i valori della norma, per rendere concreta al ricoverato degli ospedali psichiatrici la possibilità di uscire all'aperto, nelle strade della città.

Qui comincia un'altra storia e un altro libro che riguarda gli anni di Trieste: il salto che dopo Gorizia Basaglia fa dentro ai movimenti sociali, quando espone la coerenza del suo discorso alle turbolenze anche estreme di una nuova stagione, al fine di trasportare nell'agire psichiatrico tutto ciò che in quelle lotte sociali avrebbe potuto allargare la norma e rendere possibili altre vie di accesso alla realtà. È un salto che comincia nell'*Istituzione negata*, là dove oggi risultano per noi evidenti i punti in cui il linguaggio di Basaglia già si trasforma, le parole segnalano una nuova decisione. E, pur nella distanza che ci separa dalla psichiatria di quegli anni e dal sociale di quella stagione, c'è qui un altro insegnamento nel modo in cui Basaglia, mettendo

in gioco a quel punto se stesso, ha riconosciuto autenticamente il sociale fino al punto da trasportare nel suo linguaggio e nelle sue argomentazioni le opinioni e le rappresentazioni di un sociale e di un politico che potevano talvolta risultargli estranei o difficili da condividere. Ma è qualcosa che a Trieste diventerà molto visibile: non ci si può limitare a importare nella psichiatria immagini e

rappresentazioni pre-costituite del sociale. Per farle uscire dalla loro genericità e violenza occorre decentrarsi nel sociale vero e utilizzarlo, facendo leva su tutto ciò che in esso si presenta in qualche modo organizzato, soggettivato, utile a una concreta interlocuzione, sponda concreta di nuove

routines tecnicamente imperfette.

Proprio riguardo al rapporto di Basaglia con il sociale e il politico, analizzando il carattere radicale ed anche tragico che questo rapporto via via assume per lui verso la fine degli anni '70, ci si può accorgere che i suoi scritti, qualora letti in successione, costituiscono una specie di muraglia di protezione da quello che per i malati, sul punto di uscire dai manicomi, restava fondamentalmente un deserto.

I pezzi di questa muraglia sono stati volta a volta costruiti per aiutare un certo orientamento dello sguardo. Ci suggeriscono in che direzione guardare e che cosa in realtà guardare, malgrado tutta l'abbondanza di ciò che ci distoglie dal guardare l'essenziale. Come se, ancora di più alla fine della sua vita, Basaglia si caricasse nel farsi del suo linguaggio di tutti gli elementi parassitari e violenti che raggelano il pensiero nelle opinioni; quasi un mimetizzare il proprio linguaggio in quello degli altri per estrarre il pensiero dal discorso degli altri. Anche questa, che è una posizione socratica, va letta come un'esposizione. Un mettere a rischio la propria autonomia e coerenza, che Basaglia ci indica quale requisito necessario al dire e all'agire in psichiatria.

1. Il testo, scritto in risposta al tema *Che cos'è la psichiatria oggi: l'operatore, la sua tecnica, i suoi saperi*, è stato presentato al seminario di studi su *Soggetto e Istituzione*.

- tuzioni: *l'eredità di Franco Basaglia*, organizzato a Udine dal Dipartimento di Salute Mentale in collaborazione con la Scuola Europea di Psicoanalisi. Sezione Italiana (Sisep), 22 maggio 1998.
2. Platone, *Fedro*, a cura di Giovanni Reale, Fondazione Lorenzo Valla, Mondadori, Milano, 1998 (cito liberamente dalla quinta parte del dialogo e dal commento del curatore).
  3. Tracce di discussione su “pedagogia istituzionale” e “pedagogia del potere” è contenuta nel mio testo *Fasi della deistituzionalizzazione: alcune parole-chiave*, in G. Gallio, M. G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri (ed.): *La libertà è terapeutica? L'esperienza psichiatrica di Trieste*, Feltrinelli, Milano, 1983, pp. 24-30.
  4. Faccio qui riferimento ad alcuni interventi contenuti in *Follia e paradosso - Seminari sul pensiero di Franco Basaglia*, primo tentativo di una rilettura di testi di Basaglia da parte di giovani filosofi (a cura del Laboratorio di filosofia contemporanea di Trieste (diretto dal prof. Pieraldo Rovatti) e del Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale del Friuli-Venezia Giulia. Edizioni «e», Trieste, 1995).
  5. *L'utopia della realtà* è il titolo di un saggio di Franco Basaglia, in *Scritti*, Vol. 2, Einaudi, Torino, 1982.
  6. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, a cura di D. De Salvia e A. Reale, Collana dei Fogli di Informazione, Centro di documentazione, Pistoia, 1979.
  7. Circa il significato e le ricorrenze del termine “reciprocità” in Basaglia (cfr. anche nell'ultima parte di questo testo), si osserva l'imparentamento di questa nozione a quella di “potere” e di “uguaglianza”, cioè di capacità di “contratto” del malato nel rapporto con il curante. Ciò appare evidente anche dall'esempio da lui utilizzato per spiegare questa nozione in una delle conferenze brasiliane. Dice Basaglia: «... nel manicomio non si può mettere in pratica nessuna terapia a causa della relazione di potere del medico sul malato. La terapia ha senso quando esiste reciprocità tra malato e medico, e la terapia analitica come mezzo di gestione è molto significativa a tale riguardo. All'interno della terapia analitica la cosa più importante è il denaro; cioè il paziente deve pagare. Questa situazione – e non sto dicendo se sia giusta o sbagliata – pone medico e paziente in una posizione di uguaglianza: il medico ha un ruolo per il denaro che riceve, e il paziente per il denaro che dà. Questa è una situazione di reciprocità, e i due sono impegnati nel trattamento terapeutico» (*Conferenze brasiliane*, cit., p. 33).
  8. Sul carattere “costrittivo” e vincolante delle pratiche, secondo la logica dell'esperimento, si dovrebbe più ampiamente riflettere.
  9. Sulla nozione di realtà in Basaglia ho scritto anche nel testo *Il pensiero del confronto planetario*, in *Salute Mentale - Pragmatica e complessità*, a cura di A. Debernardi, R. Mezzina, B. Norcio. Ed. Centro studi e ricerche regionale per la salute mentale del Friuli-Venezia Giulia, Trieste, 1992, vol. II.
  10. Roland Barthes, *La camera chiara. Nota sulla fotografia*, Einaudi, Torino 1980, pp. 6-7.
  11. Franco Basaglia, Franca Basaglia Ongaro, *Ideologia e pratica della comunità terapeutica*, Etas Kompas, Milano, 1970.
  12. *ib.*
  13. Con il saggio di Franco Basaglia *Le istituzioni della violenza si apre L'istituzione negata - Rapporto da un ospedale psichiatrico* (a cura di Franco Basaglia), Einaudi, Torino, 1968.
  14. Michele Riso, *Presupposti a una psicoterapia istituzionale*, in *Che cos'è la psichiatria?* (a cura di Franco Basaglia), Einaudi, Torino, 1973.
  15. Erving Goffman, *Asylums*, Einaudi, Torino, 1969.
  16. Introduzione a *Che cos'è la psichiatria?*, cit.
  17. Franco Basaglia, in *Scritti*, pp. 47-72, vol. II, cit.
  18. Cfr. Tom Burns, *Erving Goffman*, Il Mulino, Bologna, 1997.
  19. «Quando entrai per la prima volta in una prigione ero studente di medicina. Lottavo contro il fascismo e fui incarcerato. Mi ricordo della situazione allucinante che mi trovai a vivere. Era l'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle celle; vi era un odore terribile, un odore di morte. Mi ricordo di aver avuto la sensazione di essere in una sala di anatomia dove si dissezionano i cadaveri. Quattro o cinque anni dopo la laurea divenni direttore di un manicomio e, quando entrai là per la prima volta, sentii quella medesima sensazione. Non vi era l'odore di merda, ma vi era un odore simbolico di merda. Mi trovai in una situazione analoga, una intenzione ferma di distruggere quella istituzione» (F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, cit., p. 38).
  20. Definizione di istituzione totale in Goffman, cit.
  21. F. Basaglia, G. Gallio: *La vocazione terapeutica. Per un'analisi critica della “via italiana” alla riforma psichiatrica*. In *Salute Mentale. Pragmatica e complessità*, a cura di Augusto Debernardi, Roberto Mezzina, Bruno Norcio. Ed. Trieste, 1992. Collana *Per la Salute Mentale*, Centro Studi Salute Mentale, Vol II.
  22. *ibidem*.
  23. Là dove, nella teorizzazione dello spazio della follia, paradossalmente accadde a un certo punto che la parola institutionalisation designasse l'inverso e il contrario dell'analoga parola anglosassone, che anche noi abbiamo adottato per designare gli effetti devastanti dell'ospedale psichiatrico sul malato. Cfr. fra gli altri: J. Oury, *Thérapeutique institutionnelle*, Enciclop. Médico-Chirurgical, 1972, 37930 G(10); «*Quelques problèmes théoriques de Psychothérapie institutionnelle*», 1967, *Recherches*, numero speciale “*Enfance aliénée*”.
  24. François Tosquelles, *Histoire critique du mouvement de psychothérapie institutionnelle dans les hôpitaux psychiatriques français*, in *Psychot. Institutionnelle*, n. 2-3, 1966. Inoltre, dello stesso autore: *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, 1967, Scarabée ed., Paris; *Désir et institution*, 1973, *Récherches* n.11.
  25. cfr. *La maggioranza deviante*, a cura di Franco Basaglia, Einaudi, Torino, 1969.
  26. Cfr. la voce *Follia/delirio*, di Franca Basaglia Ongaro, *Enciclopedia Einaudi*.
  27. In Prefazione a *Che cos'è la psichiatria?*, cit.
  28. Franca Ongaro Basaglia, *Commento a Erving Goffman*, in *Che cos'è la psichiatria?*, cit.

# La Comunità Terapeutica e i destini della cura

FRANCESCO STOPPA

**PREMESSA** Questo intervento prende le mosse da una rivisitazione di alcuni testi di Franco Basaglia, in particolare quelli dedicati al tema della Comunità Terapeutica [d'ora in poi: CT].

Una prima proposta di lettura potrebbe intitolarsi così: *Il problema di fondo non è il manicomio*. Sarebbe infatti un errore confinare il pensiero di Basaglia all'interno di una questione contingente a una certa epoca e alle

condizioni che potevano esserle proprie, così come sarebbe riduttivo relegare il suo contributo teorico al solo campo della psichiatria.

In realtà, ciò che è al cuore di quel pensiero è la più complessa questione del rapporto tra il soggetto e l'istituzione. Si avverte tra le righe degli *Scritti* che il problema dell'istituzione totale – che nel presente tanto lo impegna – in un certo senso a Basaglia sta già stretto, consapevole com'è di come, dopo l'era del manicomio, si apriranno nuove, più moderne e più sofisticate forme d'istituzionalizzazione.

È proprio la CT – da lui adottata come strumento di trasformazione dell'Ospedale psichiatrico –, con la sua tendenza a farsi ideologia, ad anticipargli questa certezza. Il pericolo di segregazione insito nella relazione soggetto/istituzione è dunque, anche nelle nuove realtà istituzionali, sempre immanente, potenzialmente capace di dischiudere esiti letali sul singolo e sulla comunità.

Non che Basaglia pensi che si tratta di un problema che va risolto una volta per tutte. Anzi, su null'altro insiste tanto, quanto sulla necessità che le contraddizioni che sono proprie della complessa vicenda soggetto/istituzione si mantengano aperte, convinto che la ricetta vincente non stia, a tal riguardo, in un risultato realizzato definitivamente. Anche perché ogni processo compiuto rischia di ispessirsi in ideologia.

L'importante è anzi proprio superare la tentazione di trovare la soluzione esaustiva, magari quella esportabile a ogni situazione. In realtà, trattandosi della questione umana per eccellenza –

L'istituzione tradizionale ha avuto per il ricoverato la funzione che una madre schizofrenogena ha per il figlio cui impedisce l'evoluzione naturale e spontanea che lo porterebbe a staccarsi da lei. Ma non è detto che tutte le istituzioni (come non tutte le madri) abbiano da essere castratrici e schizofrenogene. (Da *Corpo e istituzione* di Franco Basaglia).

quella cioè del rapporto tra il particolare e l'universale –, l'unica soluzione fondata sta nel percorso e non nel raggiungimento di un obiettivo prestabilito; nella fattispecie, in quei percorsi capaci di produrre una costante trasformazione degli equilibri istituzionali.

La pratica della trasformazione è l'unica garanzia affinché il soggetto possa abitare con una certa creatività le istituzioni del sociale. Per non esserne vittima non

può che darsi da fare per rinnovarne o rilanciarne il senso.

C'è, però, anche un interesse clinico che respira sotto tutte le considerazioni etiche e politiche contenute negli *Scritti*, nonostante la priorità storica data al bisogno di avviare il processo pratico di deistituzionalizzazione. Ci ritornerò, ma c'è da dire subito che si tratta di una clinica che delinea un soggetto per il quale le vicissitudini intrapsichiche e quelle sociali si intrecciano insieme, facce di una stessa medaglia che è la vicenda che lega il destino del singolo all'Altro: alla famiglia, al linguaggio, alle istanze e ai luoghi che istituiscono, fin dall'esordio, il suo vivere.

Si tratta di una dialettica su cui è bene farsi poche illusioni, come ben sapeva anche Freud, perché all'ordine universale il soggetto è chiamato a sacrificare qualcosa del proprio essere, della propria libertà e della propria particolarità. Ciò non deve comportare necessariamente un obbligo alla rassegnazione. Se l'uomo ha un compito etico prioritario, è proprio quello di costruire la propria esperienza senza appiattire la dimensione del particolare sull'universale (né viceversa), valorizzando e reinventando, invece, forme di organizzazione dell'esistenza capaci di far parlare tra loro queste due dimensioni.

**LA CRITICA ALLA COMUNITÀ TERAPEUTICA** La posizione di Basaglia sulla CT è riassumibile così: la CT è stata – e noi possiamo, entro certi limiti, dire è – indispensabile per introdurre processi di trasformazione istituzionale. Tuttavia,

va presa per ciò che è, cioè uno strumento e non un fine in sé. Consideriamone i pregi. Il clima di libertà, di partecipazione e discussione che essa favorisce permette di mantenere aperto un dibattito sull'organizzazione esistente, sulle suddivisioni dei ruoli e le forme di potere interne. È un salutare spazio di espressione delle contraddizioni, che porta ad interrogare la segregazione, innanzitutto quella vigente nell'istituzione – che riguarda pure il personale, spesso segregato in compiti di custodia e non di cura –, ma poi anche la condizione di segregazione specifica di ciascun malato, il quale ha scarsa coscienza di sé e della realtà, del proprio ruolo, storia e malattia.



Grazie a tale modello è quindi possibile sfruttare ai fini della cura le contraddizioni reali, e, a tal scopo, viene favorito un uso terapeutico di tutte le risorse dell'istituzione. Non va poi sottovalutato come, sia la possibilità di relazioni alla pari all'interno della comunità, sia la condivisione di regole sul senso delle quali si può ragionare, siano passaggi implicitamente importanti anche per la ricostruzione del rapporto con se stessi.

Venendo ad una critica della CT – soprattutto qualora essa si faccia sistema o ideologia, e si assolutizzi come modello generale, “scientifico” e universale delle cure –, c'è subito da mettere in guardia dalla sua quasi naturale tendenza a diventare, sotto le spoglie di una trovata del tutto democratica, una raffinata copertura delle contraddizioni. Essa infatti mira a proporsi come un apparato comunitario che spiega, scioglie e risolve le contraddizioni, imponendone una più matura, adulta e cosciente interpretazione, senza che tutto ciò, però, costituisca un percorso dei singoli soggetti. (È una situazione che evoca una certa impostazione della psicoanalisi, propria della cultura d'oltre oceano, secondo la quale tutta la contraddizione propria della divisione soggettiva andrebbe risolta grazie ad una sorta di graduale prosciugamento dell'inconscio – quindi di ciò che rappresenta l'impadroneggiabile per definizione – da parte dell'io, forte e coerente).

Per questa via la CT finisce per obbedire alla logica della «scienza organica», come la chiama Basaglia, quella che stereotipizza le dinamiche vitali da cui l'esperienza in origine era sorta. Il processo di trasformazione in tal modo si arena, e prova ne è il fatto che ai pazienti viene comunque indotta una forma d'identificazione alla nuova faccia dell'istituzione, questa volta positiva e democratica.

Il cerchio istituzionale – affermano Franca e Franco Basaglia nell'introduzione a *Ideologia e pratica della psichiatria sociale di Maxwell Jones* –, reso più elastico, non viene rotto ma in fondo fortificato. E per farci capire che la spinta che viene a essere annacquata è proprio quella che sarebbe cruciale

ai fini di un'autentica cura, e cioè quella virtù trasformativa che presiede ogni rilancio possibile del soggetto, rilevano come la nuova istituzione non sia che «l'esatto opposto della vecchia», ma non una sua reale alternativa.

Nel suo contributo al libro a più voci *L'istituzione negata*, Lucio Schittar rincara la dose. Quale era poi – si chiede –, nella CT, al di là dell'ideologia, la reale partecipazione dei pazienti al potere? Non si è forse prodotta una manipolazione di gruppo con sistemi moderni, innovativi? E, soprattutto, non è forse vero che l'integrazione di gruppo è avvenuta sotto la guida del buon leader, sorta di resurrezione moderna del padrone, che lavora e dirige per un buon fine comune? Le tecniche di gestione proprie del neocapitalismo si sono rivelate quindi funzionali al controllo sociale del comportamento patologico. (Non potremmo anche oggi dire qualcosa di analogo, a proposito dell'ideale riabilitativo cognitivo-comportamentale, cioè che è fatto della stessa pasta della logica dell'adattamento e della produzione?).

E, in conclusione, Schittar cita un passo di Marcuse, dove questi si sofferma a dimostrare come, servendosi proprio della sociologia e della psicologia, il potere neocapitalista sviluppi una forma ambivalente di progresso. Il progresso – viene detto – soddisfa nel momento stesso in cui in realtà esercita il suo potere repressivo, e reprì-

Pazienti giocano  
con un'assistente sociale.  
Gorizia 1978.  
Foto di Carla Cerati.



me mentre soddisfa. Si tratta di un'affermazione di grande attualità, che ci fa cogliere come oggi la segregazione non sia più quella d'un tempo. Come, oggi, non sia un potere che vieta a mettere in uno stato d'alienazione il soggetto, ma un potere, più invisibile e diffuso, che anzi prescrive il godimento, che sponsorizza la fine di ogni stato di mancanza: non solo il diritto, quasi il dovere al possesso dei beni e alla felicità.

#### ALTERITÀ O ALIENAZIONE: LE DUE POSSIBILITÀ DEL SOGGETTO

A questo punto può essere utile considerare la teoria della soggettività che percorre alcuni dei testi di Franco Basaglia. Ciò anche per tentare un ricentramento della clinica, capace di delineare i contorni di un'istituzione che sappia accogliere la complessità lasciandosi contaminare da essa.

Ci soffermeremo innanzitutto su un testo tra i più importanti, *Corpo, sguardo e silenzio (L'enigma della soggettività in psichiatria)*, riportandone alcuni concetti.

«La soggettività umana – scrive l'autore – è l'enigma centrale di ogni scienza». Ed è a partire da questa che non è solo una concezione dell'uomo, ma è anche un modo di porre subito in evidenza la questione del rapporto, di cui si diceva, tra il singolare e l'universale, che si sviluppano una serie di considerazioni su quelli che, con Lacan, possiamo chiamare i tre registri dell'esperienza, qui nell'ordine: Reale (il corpo), Immaginario (lo sguardo), Simbolico (la parola). Vale la pena di fermarsi su qualche passaggio di questo scritto.

Per uscire dalla molteplicità e farsi uno, nonché per accedere al campo dell'azione in cui si realizza, il soggetto deve arrivare a scegliere il proprio corpo. A scegliersi come corpo, a riconoscersi tramite esso, in quanto differenziato dagli altri (mentre è evidente come l'istituzione tenda a segregare i corpi uniformandoli alle sue finalità fino a numerarli, a serializzarli). Questo processo, con cui il soggetto si fa uno, è correlativo al riconoscimento della dimensione dell'alterità, cioè all'assunzione della differenza del proprio

corpo da quello altrui: «È dunque necessario che conservi – per vivere con gli altri – delle distanze, che crei degli intervalli ...». E troviamo poi una frase che è un po' la chiave di tutto il testo: «La possibilità di costituire una modalità di alterità, di creare un dialogo presuppone una spazialità distanziata, un silenzio da cui nasca la parola, uno sguardo da cui nasca il vedere».

La questione dell'alterità viene spinta ancora oltre, alla sua radice soggettiva. Non si tratta più solo di differenza tra sé e l'altro, ma di un'alterità che attraversa il soggetto stesso. Il soggetto, per poter accedere al senso della propria azione, per fuggire l'alienazione, deve saper cogliere in sé la propria alterità.

Pena quella forma d'alienazione che cancella la distanza e gli intervalli, e che quindi non permette all'individuo di potersi appropriare del suo stesso corpo; alienazione che è ben visibile nella psicosi, realtà dove «l'altro mi urge senza tregua, da tutti i lati e mi invade». Dimensione dell'alterità fattasi persecutoria perché non assunta, riconosciuta come tale e poi integrata nel campo d'esperienza del soggetto.

Il persecutore rappresenta infatti l'alterità che abita nel soggetto stesso, una volta che essa non venga accolta ma rigettata all'esterno. L'altro diventa ostile proprio in quanto presentifica quella parte di sé che, in virtù di meccanismi proiettivi, gli viene sottratta, alienata, rendendo monca, in questo modo, la dialettica interiore del soggetto. Possiamo definire il soggetto come colui che ha un corpo (col quale mantiene un curioso rapporto di intimità-estraneità) e colui che si rappresenta per il tramite del linguaggio; è quindi colui che intrattiene una relazione mediata e dialettica col suo stesso essere. Egli deve sapersi cogliere proprio in questa sua complessità, a livello di questa divisione costitutiva, per non rischiare di percepirsi come mera realtà bidimensionale.

Da qui sgorgano altre riflessioni sulla psicosi, come condizione di reificazione e annullamento legata all'impossibilità di costruire un'abitazione per il corpo. Lo psicotico è «colui che ha perduto la casa»,



Festa d'Estate.  
Il mercatino dei bambini  
nel parco di Sant'Osvaldo.  
Udine, agosto 1999.

il cui corpo manca degli intervalli necessari alla difesa della propria intimità, ma anche colui a cui «è impedita l'esperienza dell'estraneità» (se non in termini persecutori), esperienza che in termini psicoanalitici chiamiamo, appunto, *divisione soggettiva*. E, «nel tentativo di trascendere senza accettarsi nella propria fattità, essi [gli psicotici] anziché alterizzarsi si alienano» (chi ha conoscenza del seminario di Lacan sulle psicosi, ritrova qui le stesse questioni; una tale concordanza tra autori così distanti è probabilmente dovuta alla comune frequentazione teorica di Merleau-Ponty, oltre che di Sartre).

C'è di più: l'idea, implicita nel passo che sto per citare, che la psicosi consista nell'impossibilità di creare scansioni nel linguaggio, nella difficoltà, in fondo, di umanizzarlo. «Nel

rapporto con l'altro la parola può essere elemento di incomunicabilità se essa non nasce da un intervallo, da uno spazio in cui

sia stata fatta propria: dal silenzio». Silenzio che Basaglia invoca qui come la pausa grazie a cui il mondo, l'altro, entrano nel corpo e vi risuonano, causando, in retroazione, effetti di soggettivazione. Il silenzio è quindi il ricettacolo del proprio e dell'altrui essere.

L'esempio clinico che segue, quello relativo alla relazione col paziente mutacico, è estremamente pregnante, laddove Basaglia intravede nell'astensione dal linguaggio – quindi dall'interpretazione invasiva da parte dell'operatore – l'occasione che si apre nientemeno che per una restaurazione del narcisismo primario, nella condivisione del silenzio che diviene allora fattore di riconoscimento reciproco.

L'idea di Basaglia è che l'istituzione tenda a raddoppiare lo stato d'alienazione originaria del paziente, quello causato dalla sua malattia. L'effetto alienante dovuto alla perdita dell'intervallo nella relazione col proprio corpo e con quello degli altri, di cui dicevamo prima, è ri-

proposto dalla vita istituzionale che «non gli consente di vivere, offrirsi, ed essere con gli altri avendo – insieme – la possibilità di salvarsi, difendersi, rinchiudersi».

Quest'ultimo passo – tratto dallo scritto *Corpo e istituzione* – delinea già quale dovrebbe invece essere il giusto ritmo di un'istituzione che cura anziché produrre ulteriore alienazione.

Abbiamo un doppio movimento, di apertura e chiusura, di costruzione di una realtà di scambio attivo, ma anche, all'occorrenza, di recupero dell'intimità.

La cosa è confermata da un accenno per così dire winnicottiano (anche se in realtà Basaglia fa qui ricorso ad Husserl e alla preminenza che questi dà al *mondo della vita*, cioè a quel campo di esperienza che l'uomo fa ad un livello di evidenze originarie e pre-scientifiche, antecedenti alle operazioni logico-oggettuali proprie della scienza – e che anzi costituiscono il fondamento



di queste): «è dalla matrice della comunità vissuta che il corpo emerge, così come è dalla comunità vissuta della madre con il figlio che il bambino emerge come corpo». E ancora: «È perché il corpo incorpora la comunità operativa prima di ogni differenziazione esplicita di sé e dell'altro che la comunità può essere terapeutica...».

Ecco come una comunità può de-istituzionalizzarsi: non abdicando ideologicamente a ogni possibilità di intervento curativo sul soggetto, ma riprogettandosi anche come *spazio transizionale*, come mondo prima del mondo, luogo di sfumature idoneo al rigenerarsi di quel narcisismo primario – dimensione difettosa nella schizofrenia – da cui ha origine il soggetto come corpo e come psiche. Si tratta di un sito pre-epidico e pre-egoico dove la dimensione del Simbolico, delle regole e dello scambio, trova la sua radice per così dire affettiva.

Come si vede, l'assolutamente salutare esperienza dell'alterità, cioè dell'assunzione delle

differenze, va pensata all'interno di una dialettica dove è inclusa anche un'esperienza vissuta fatta di una certa immediatezza e indifferenziazione, esperienza questa che tende poi a fissarsi più a livello di iscrizione corporea diretta che di linguaggio mediato. Il vantaggio della capacità di differenziare, cioè di simbolizzare, è quello di permettere una trascrizione, in segni o significanti, di quella matrice reale del soggetto, in modo tale che non vada dispersa o non si incisti nei sintomi.

Ora, se la CT può rappresentare ancora un mezzo efficace di cura, è in virtù del fatto che la sua struttura aperta – per quanto rappresenti solo un semblante di socialità – rende possibile interrogare quotidianamente il senso della convivenza, della regole che si dà, ma proprio per arrivare a interrogare il fondamento delle regole sociali e della organizzazione della realtà nel suo complesso. Il suo vero obiettivo deve

essere quello di favorire una vivificazione del fondamento simbolico delle relazioni.

La pratica rivela spesso come, dal tentativo di ridare complessità e dinamicità alle strutture istituzionali (dalla stessa CT, alla famiglia, ad altri snodi sociali), derivi una ricaduta di effetti curativi sul singolo e sul gruppo.

«ENTRARE NEL RISCHIO» In un testo del 1965, *La Comunità Terapeutica come base di un servizio psichiatrico*, a proposito della lotta svolta contro l'istituzionalizzazione interna all'Ospedale psichiatrico e della rottura dei suoi ruoli cristallizzati, Basaglia afferma che si trattò di entrare nel rischio.

Per gli operatori, il rischio da assumere coincide, in fondo, con una dis-identificazione dall'istituzione, con la messa in crisi della propria naturale tendenza a fare gruppo nella logica del potere o dell'ideale, che sono logiche dell'esclusione dell'alterità. Per Basaglia, la stessa organizzazio-

ne, quindi la burocrazia, anziché girare a vuoto compiacendosi di se stessa, dovrebbe convertirsi in un «atto terapeutico». Ora, perché all'istituzione non sia troppo facile specchiarsi in se stessa, bastarsi, in essa deve farsi strada qualcosa dell'ordine della mancanza: per essere de-idealizzata, essa deve mancare a se stessa.

Bisogna che un anello dell'istituzione venga, all'occorrenza, a porsi in posizione tale da contraddirla, cioè da de-completarla, da poterla interrogare nei suoi fondamenti: in ciò si sostanzia la posizione etica dell'operatore e, soprattutto, del gruppo di lavoro.

A condizione che sappia essere aperto e fondato non nell'uniformità, ma nell'*uno per uno* delle singolarità che lo compongono, il piccolo gruppo è probabilmente, oggi, la risorsa maggiore nel lavoro istituzionale al fine del mantenimento di quell'intervallo e quel silenzio che Basaglia ritiene fonti di salute mentale. La cura è in-



anzitutto la custodia del *posto del silenzio* all'interno delle nostre istituzioni. Ma questo punto di silenzio, indispensabile alla parola, punto di scaturigine di questa, è anche necessariamente uno spazio di non-risposta. Bisogna sapere che resistere alla tentazione di rispondere sempre, di dare comunque, di operare per il bene degli altri, comporta una trasformazione di sé, una rivisitazione non sempre indolore del proprio ruolo. Vale la pena di allargare un po' il discorso per dire che la segregazione di oggi non è più tanto quella fisica dell'istituzione totale, quanto quella indotta dalla logica dei consumi; non la privazione, ma la saturazione, l'esilio degli intervalli e delle soste, giudicati improduttivi entrambi. La segregazione della soggettività si esercita, oggi, nella produzione di oggetti di soddisfazione in serie infinite, come antidoto all'emergenza delle contraddizioni strutturali del soggetto. Essa si esemplifica bene nell'universalizzazione delle cure, garantite standard, democraticamen-

te, per tutti, ma in modo tale che il sintomo perda ogni connotato di verità per il singolo; e nell'Università (che non a caso ha dimenticato Basaglia) del sapere, dove la diffusione di dati ha sostituito la trasmissione, cioè l'educazione.

Oggi, allora, si tratta di rompere una clinica del tutto-pieno, caratterizzata dalla tendenza alla risposta saturante, creatrice di nuove dipendenze;

si tratta di spezzare la fissità del discorso istituzionale, di favorirne delle evoluzioni; di lavorare con quanto gli è sempre eccentrico, centrifugo, per portarlo a scriversi, qua e là, sulla superficie delle nostre realtà di cura. Riabilitare, ad esempio, può limitarsi a questo: il tal paziente ha imparato a cucinare. Può rappresentare, però, anche qualcosa di più: il fatto che, a un certo punto, in quella persona, si produca del piacere mentre è all'opera tra i fornelli. La riabilitazione, ancora, non può limitarsi ad introdurre nella realtà del paziente oggetti in più rispetto a quelli che ha conosciuto (materiali, occasioni, attività...), come se questo fosse in sé terapeutico, ma deve piuttosto consistere nella reinvenzione degli oggetti, nel rilancio delle intenzionalità, direbbe Basaglia. Più in generale, nel passaggio del paziente da soggetto istituito a soggetto istituente, soggetto, cioè, che giunge a scegliere la propria cura.



**CONCLUSIONE** Concluderò riprendendo una preziosa digressione etimologica proposta da

Basaglia. In *Appunti di psichiatria istituzionale* egli fa riferimento all'origine greca del termine terapia. Non significa solo cura, attenzione, servizio rivolto a chi soffre, ma anche *culto*. È una parola in cui fa capolino l'idea del sacro.

Dunque, in fondo, nel termine *Comunità Terapeutica*, qualcosa dell'ordine del sacro viene associato all'idea di comunità, viene introdotto in

essa. Il sacro è indubbiamente il luogo dell'enigma, del silenzio. Questioni che, l'abbiamo visto, in Basaglia richiamano immediatamente la relazione uomo-scienza: «La soggettività è l'enigma centrale di ogni scienza» (per dirla con Lacan: il soggetto della psicoanalisi è il soggetto precluso dalla scienza). Si apre quindi

una problematica che è a un tempo epistemologica, clinica ed etica.

Per quanto ci riguarda, potremmo dire che il compito che ci si para davanti è, seguendo Basaglia, così sintetizzabile: ricollocare il silenzio nelle nostre istituzioni, riposizionare il soggetto nella scienza. Non sarebbe poi così utopico o romantico pensare ad un'istituzione – cioè qualcosa dell'ordine universale – che non precluda la soggettività, ma anzi contempli tra i suoi possibili effetti il rilancio delle singolarità.

Ciò è assolutamente consono al sogno di Basaglia, quello cioè di poter pensare un soggetto che sia «protagonista della trasformazione, protagonista di una scienza».

## Franco Basaglia maestro di pensiero: una proposta di lettura

MARIO COLUCCI

Questo titolo contiene due provocazioni. La prima provocazione sta nel definire Franco Basaglia un maestro di pensiero: non è accettabile né per chi è contro Basaglia e ne disconosce le qualità intellettuali per considerarlo un pratico, in fondo solo un ingenuo rivoluzionario, né per chi è con Basaglia perché definirlo maestro di pensiero può apparire una pericolosa intellettualizzazione del suo messaggio.

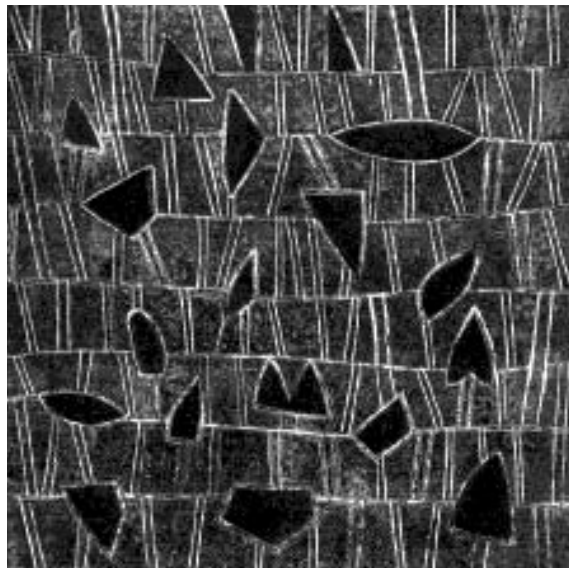
La seconda provocazione sta nell'approcciare Franco Basaglia come una proposta di lettura, il che significa spostare immediatamente l'attenzione sul versante teorico, tralasciando provvisoriamente l'evidenza e la priorità di una pratica anti istituzionale che ha letteralmente rovesciato la psichiatria.

Qualcuno però potrebbe obiettare che Basaglia, quando cerca di definire il modo di fare cultura, sostiene decisamente che non si tratta di scrivere libri, ma di cambiare la realtà, di far nascere pratica sociale nuova<sup>1</sup>. E tuttavia Basaglia stesso ha scritto dei libri, spesso grazie alla preziosa collaborazione di Franca Ongaro, libri importanti che hanno rappresentato alla fine degli anni sessanta e negli anni settanta degli eventi culturali anche al di fuori dello specifico psichiatrico – si pensi alla fortuna de *L'istituzione negata*<sup>2</sup> nel 1968 – e che hanno raccolto la collaborazione di buona parte dell'intelligenza del tempo – si pensi a *Crimini di pace*<sup>3</sup> –, testimoniando i contatti ripetuti di Basaglia con Sartre, Foucault, Goffman, Laing, Castel ed altri. Una proposta di lettura potrebbe essere giocata sul piano di un confronto fra due sponde intellettuali: in altri termini per suffragare una lettura di Franco Basaglia come maestro di pensiero si può operare un confronto con uno dei più importanti maestri di pensiero del nostro secolo, Michel Foucault. Confronto che diventa ben presto una vivace scena di rivalità e permette utilmente di pensare il nesso possibile fra teoria e pratica, tra metodo e azione, tra indagine storica e partecipazione politica: in breve, di definire lo spazio di intervento di una nuova figura di intellettuale, peraltro sul terreno specifico della psichiatria, o meglio della questione istituzionale della psichiatria.

C'è una data, innanzi tutto, che segna una singolare coincidenza di inizi: è il 1961, anno in cui Michel Foucault pubblica la sua prima grande opera, la *Storia della follia*<sup>4</sup>, e Franco Basaglia diventa direttore del manicomio di Gorizia. La *Storia della follia* si rivela subito un'opera straordinaria, assolutamente innovativa, inauguratrice di una nuova stagione di pensiero: un'opera che ancora oggi rappresenta un passaggio ineludibile per chi voglia confrontarsi con un discorso storico intorno alla follia. Però, il piano di *Storia della follia*, come afferma Robert Castel, è essenzialmente un «piano non pratico»<sup>5</sup>. Il progetto che gira intorno alla *Storia della follia* non ha nulla a che vedere con la scienza psichiatrica e psicologica, né tantomeno con progetti di trasformazione delle pratiche e delle istituzioni manicomiali. Foucault dice chiaramente che la sua è una «storia non della psichiatria ma della follia stessa, nella sua vivacità, prima di ogni cattura da parte del sapere»<sup>6</sup>; il testo è in primo luogo una tesi di dottorato, un lavoro universitario di argomento filosofico, un progetto teorico su come pensare un discorso della follia.

Tuttavia, Foucault, prima di scrivere questo libro – fondamentale per tutto il suo percorso futuro di pensiero – è stato molto vicino ai saperi e alle pratiche del mondo psi: il suo interesse, nato nei primi anni cinquanta alla Scuola Normale Superiore di Parigi, seguendo le lezioni di psicologia generale e di psicologia sociale di Daniel Lagache e sotto la spinta di Louis Althusser, lo ha portato a lavorare intensamente sulla riflessologia di Pavlov, sulla teoria di Jean Piaget e sugli apporti fenomenologici di Jaspers e di Binswanger – sua l'introduzione di *Sogno ed esistenza*<sup>7</sup> del 1952. Anche la psicoanalisi ha esercitato un notevole fascino su di lui attraverso uno studio approfondito dell'opera di Freud e una frequentazione, a partire dal 1953, dei seminari di Jacques Lacan al Sainte-Anne. Approfondisce il test di Rorschach e le tecniche sperimentali, soprattutto quelle di elettroencefalografia, e frequenta, dopo aver conseguito il diploma di psicologia patologica, in qualità di tirocinante, l'ospedale Sainte-Anne

e in seguito la prigione di Fresnes. Tuttavia l'entusiasmo di Foucault si spegne ben presto per dare spazio a una lettura più lucida delle istituzioni della psichiatria: «Erano i tempi della nascita della neurochirurgia, dei primi passi della psicofarmacologia, il regno dell'istituzione tradizionale. In un primo momento accettai queste cose come necessarie, ma dopo tre mesi (evidentemente sono un po' lento a capire!) cominciai a chiedermi perché quelle cose dovessero essere necessarie. Dopo tre anni lasciai il lavoro e partii per la Svezia in uno stato di prostrazione e di forte disagio personale: cominciai allora a scrivere la storia di queste pratiche<sup>8</sup>. La situazione cambia dopo il 1968: Foucault – che ha già spostato il campo della sua osservazione e iniziato a perlustrare altri territori di confine come



penalità, sessualità, diritto, corpo, discipline incerte nelle quali si costituiscono i saperi/poteri della modernità – è in prima fila nelle manifestazioni di protesta contro i poteri costituiti, sfilava nei cortei, firma appelli con altri intellettuali, indice pubbliche assemblee, interviene frequentemente sui mass-media per denunciare la repressione contro gli studenti, gli operai, gli immigrati, si adopera per la costituzione di un'agenzia libera di stampa che poi darà vita a un grande quotidiano come *Libération*, fonda con altri intellettuali tra cui Gilles Deleuze il GIP (Groupe d'informations sur les prisons) con lo scopo di fomentare forme di protesta all'interno delle carceri per denunciare le gravi forme di brutalità e di oppressione a carico dei detenuti, ai quali spesso vengono negati diritti fondamentali di espressione e di dignità.

«E gli ospedali psichiatrici?» gli domanda qualcuno<sup>9</sup>. Domanda davvero imbarazzante. Michel Foucault è prudente quando si tratta delle istituzioni della psichiatria: «Il ruolo repressivo dell'ospedale psichiatrico è noto: vi si rinchioda la gente e la si consegna a una terapeutica – chimica o psicologica – sulla quale non hanno nessuna presa, o a una non-terapeutica che è la ca-

micia di forza. Ma la psichiatria spinge le sue ramificazioni ben oltre: la si ritrova nelle assistenti sociali, negli orientatori professionali, negli psicologi scolastici, nei medici che fanno la psichiatria di settore – tutta questa psichiatria della vita quotidiana che costituisce una sorta di terzo ordine della repressione e della polizia. Quest'infiltrazione si estende nelle nostre so-

cietà senza contare l'influenza degli psichiatri che attraverso la stampa diffondono i loro consigli<sup>10</sup>. Foucault in altri termini individua l'obiettivo della sua azione nella psichiatizzazione della vita quotidiana, piuttosto che nella lotta all'istituzione manicomiale, è atterrito soprattutto dalla penetrazione del condizionamento psichiatrico nelle dinamiche della famiglia, negli schemi dell'educazione scolastica, nel controllo della

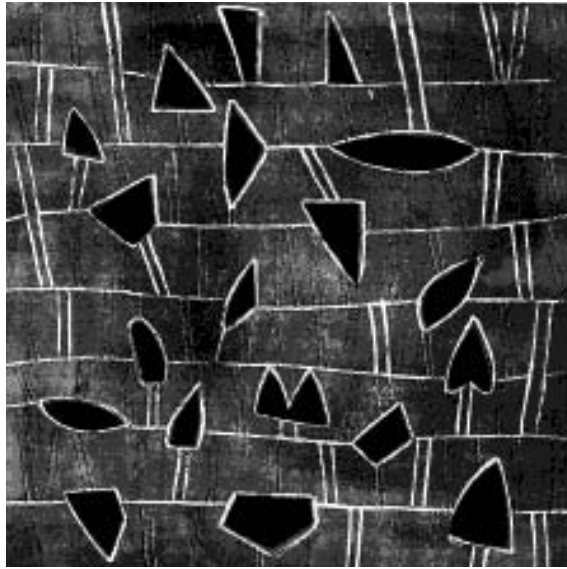
sessualità: distribuire, inquadrare, selezionare, escludere, sottoporre gli individui a una forma sottile di repressione e tutto «in nome della psichiatria e dell'uomo normale, cioè in fondo, in nome dell'umanesimo»<sup>11</sup>. La diffidenza di Foucault nei confronti della lotta contro l'istituzione deriva proprio dal timore che gettare giù le mura del manicomio non basti perché una rete invisibile di potere si è già stesa sulla quotidianità fuori dell'ambito dell'ospedale. Anche l'antipsichiatria non è esente da questo rischio, la sua azione può portare semplicemente a un'esportazione del problema all'esterno, a una psichiatizzazione del territorio, in fondo la stessa ideologia che fonderebbe il “settore” francese. Peraltro, non è un gran vantaggio che siano gli psichiatri a tenere le fila di un progetto di rovesciamento della psichiatria, per quanto illuminati o progressisti si proclamino. Come per le prigionie dovrebbero parlare le vittime. Ma le vittime del manicomio sono mute: «A differenza delle rivolte dei prigionieri, il rifiuto dell'ospedale psichiatrico da parte del malato avrà probabilmente molta difficoltà ad affermarsi come un rifiuto collettivo e politico. Il problema è di sapere se i malati, sottoposti alla segre-

gazione del manicomio, possono sollevarsi contro l'istituzione e denunciare alla fine quella stessa divisione che li ha designati ed esclusi come malati mentali»<sup>12</sup>. Però, dice Foucault, un'esperienza forse si salva, un nome merita rispetto, l'esperienza italiana di Gorizia, Franco Basaglia. La sua comunità terapeutica sembra diversa dalle altre, vuole restituire dignità politica all'internato: «Basaglia ha tentato in Italia delle esperienze di questo tipo: riuniva i malati, i medici e il personale ospedaliero. Non si trattava affatto di rifare un socio-dramma durante il quale ognuno avrebbe fatto uscire i suoi fantasmi e riprodotto la scena primitiva, ma di porre questo interrogativo: le vittime del manicomio avvieranno una lotta politica contro la struttura sociale che li denuncia come pazzi?»<sup>13</sup>. Riunirsi,

porre interrogativi, avviare una lotta politica: quanta differenza dalla follia muta e invisibile che Foucault ha pazientemente inseguito appena dieci anni prima! Improvvisamente anche per le vittime del manicomio sembra aprirsi uno spazio di lotta e di rivendicazione. Foucault s'accorge che l'importanza del rovesciamento istituzionale proposto da Basaglia non consiste affatto in un tentativo di umanizzazione del manicomio né in una semplice apertura delle sue porte, quanto in una prospettiva molto più ampia di messa in discussione dell'intera struttura sociale attraverso l'esplosione della contraddizione psichiatrica fuori del manicomio.

Basaglia aveva scritto qualche anno prima: «È dunque facile farsi un'immagine falsa della comunità terapeutica come di un mondo ideale dove tutti sono buoni, dove i rapporti sono improntati al più profondo umanitarismo, dove il lavoro risulti altamente gratificante»<sup>14</sup>. Foucault avverte che questa concezione della comunità terapeutica – della comunità *tout court*, si potrebbe dire – è la negazione del mondo ideale, il mondo dei buoni e dei valori dell'uomo, è una comunità dove esplodono le contraddizioni, dove le dinamiche si fanno ogni giorno più com-

plesse, dove non c'è più spazio protetto o divisione da mantenere, dove l'azione terapeutica rompe e trasforma tutto, perché «la contestazione si può muovere solo in un clima di libertà e la libertà ha i suoi rischi»<sup>15</sup>. Sembra la quadratura del cerchio: né trasformazione umanitaria del manicomio, né estensione del controllo sociale all'esterno e psichiatrizzazione del territorio.



Foucault è sconcertato, paradossalmente è stato scavalcato – sul terreno che abitava da anni – da un'azione trasformativa di cui a malapena può rivendicare una certa paternità culturale. Come dire, è arrivato in ritardo e non riesce a nascondere di sentirsi geloso: «Ho scritto tempo addietro un libro sulla storia della follia. È stato accolto molto male, eccetto qualcuno come Blanchot e Barthes. Ancora di recente, nelle università, quando si

parlava di questo libro agli studenti, si faceva notare come non fosse stato scritto da un medico, e che di conseguenza bisognava fuggirlo come la peste. Ora, una cosa mi ha colpito: dopo qualche anno si è sviluppata in Italia, intorno a Basaglia, ed in Inghilterra, un movimento che si chiama l'antipsichiatria. Queste persone hanno, certo, sviluppato il loro movimento a partire dalle loro idee e dalle loro esperienze di psichiatri, ma hanno visto nel libro che avevo scritto una specie di giustificazione storica, e l'hanno in qualche modo assunto per proprio conto, vi si sono, fino a un certo punto, ritrovati, ed ecco che questo libro storico sta avendo una specie di esito pratico. Allora, diciamo che sono un po' geloso e che adesso vorrei fare le cose io stesso»<sup>16</sup>.

Ma di che cosa si sente davvero geloso Foucault? Si può senz'altro dire che Basaglia è per Foucault un interlocutore diverso dagli altri: uomo delle pratiche, anti-intellettuale non solo a parole ma nei fatti ovvero nuova figura di intellettuale, operatore all'interno di una situazione reale di lotta, quotidianamente impegnato nel particolare della politica, nella microfisica del potere, è un esempio raro di trasformazione dell'utopia del pensiero nella concretezza dell'azione.

Di fronte a Basaglia, è come se Foucault avvertisse la sensazione di aver commesso un passo falso: il suo ingresso sulla questione della follia – ingresso filosofico, letterario, volontà di sapere che cos'è la follia, volontà di conoscere la sua voce mai udita – lo condanna a una posizione teorica, per così dire bloccata. Foucault deve cercare l'azione altrove, la partita intorno all'istituzione psichiatrica gli è già sfuggita di mano.

La sua sorprendente *Storia della follia* finisce col sorprendere anche lui.

Aveva scritto nella prefazione del 1961 all'opera: «Il linguaggio della psichiatria, che è monologo della ragione sulla follia, si è potuto stabilire solo su tale silenzio. Non ho voluto fare la storia di questo linguaggio; semmai l'archeologia di questo silenzio»<sup>17</sup>. Foucault accarezza l'idea di scrivere

una storia del silenzio della follia. Ma con quali parole si può parlare di questo silenzio? Come parlare del silenzio della follia se non dalla parte della ragione, con il linguaggio della ragione? Anche per parlare del silenzio della follia bisogna usare il linguaggio della ragione. Foucault si illude di poter restare fuori della ragione. Ma è proprio questa posizione che pretende di mantenere che si rivela ai suoi occhi sorprendentemente folle.

Il gesto di Foucault, cauto e misurato nel tentativo impossibile di preservare il linguaggio muto della follia, finisce con il rinforzare l'esclusione; il gesto di Basaglia violento e smisurato accetta l'esclusione per potervi ingaggiare un corpo a corpo. Quando Foucault aggiusta il tiro, Basaglia ha già abbandonato l'illusione che si possa mantenere sulla follia una posizione di neutralità.

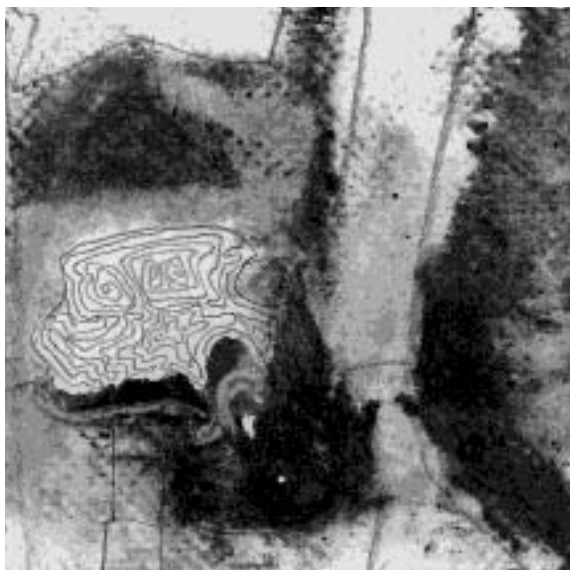
«Il sapere non è fatto per comprendere, è fatto per prendere posizione»<sup>18</sup>: così scrive Foucault nel 1971. Basaglia ha già preso posizione: ha scelto di essere a fianco dell'internato, con tutti i rischi e le obiezioni che questo comporta, al servizio dei suoi bisogni, non quelli preconfezionati dall'istituzione, ma i bisogni reali,

espressi dall'internato insieme con il tecnico. Il sapere di Basaglia non parte da una pretesa di neutralità di pensiero, ma da una scelta etica radicale e senza mediazioni; e la sua etica è un'etica del sacrificio: «Il nostro grosso problema, nel momento in cui facciamo questa azione di rottura, è che noi perdiamo l'identità»<sup>19</sup>. Perdita di identità intesa come sacrificio del tecnico,

dissipazione del suo ruolo istituzionale, della sua vita, delle sue energie in funzione dei bisogni dell'internato. Ma non si tratta soltanto di questo, non è solo una difesa acritica dei diritti dell'internato: è una posizione etica che Basaglia mantiene di fronte al sapere. Il sacrificio del tecnico è la dissipazione del sapere inteso come sapere-rifugio, come dato acquisito e inalienabile, è la dissipazione della psichiatria, delle aber-

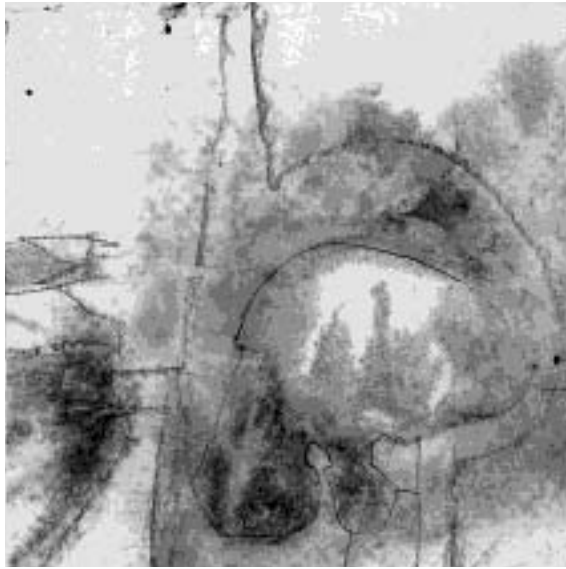
ranti teorie dell'istituzione e dei crimini di pace perpetrati in nome della scienza.

L'abolizione del manicomio è certo una condizione indispensabile, ma non perché si tratta di una risposta pratica al problema della follia, piuttosto perché fa esplodere una contraddizione nella società e apre un confronto sociale potenzialmente infinito. «L'importante è che abbiamo dimostrato che l'impossibile può diventare possibile. Dieci, quindici, venti anni addietro era impensabile che il manicomio potesse essere distrutto. D'altronde, potrà accadere che i manicomi torneranno ad essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so! Ma, in tutti i modi, abbiamo dimostrato che si può assistere il folle in un'altra maniera e questa testimonianza è fondamentale»<sup>20</sup>. Se la chiusura del manicomio ha il carattere di un evento – di qualcosa che poteva anche non accadere ma che è accaduto e per ciò stesso costringe a un confronto – ecco che Basaglia, con ammirevole energia di pensiero, si domanda come dare un senso a tutto questo, come spiegarlo, come trasmetterlo, che cosa fare per saperne di più. In altri termini, si domanda quale sapere è possibile dopo questo evento e quali parole – parole nuove,





parole che non siano complici col passato – possano ancora essere usate: «Voi mi potete anche chiedere perché non rifletto sulle contraddizioni che ho aperto. Io vi rispondo: molto probabilmente perché non ho le armi per farlo, dato che tutte le armi che ho sono gli strumenti di riflessione che mi dà l'organizzazione sociale, sono cioè delle armi preformate, che mi porterebbero comunque in una trappola, in una situazione che non può essere assolutamente di avanzamento ma di regressione. Certo, il rischio del nostro agire è quello di fare dell'empirismo, che facilmente può diventare una forma di semplice pragmatismo. Questa è una nostra preoccupazione costante. Del resto non è ben chiaro, nella situazione attuale, che cosa si dovrebbe trasmettere»<sup>21</sup>. Basaglia non si sottrae e, pur nel primato della pratica, si rivela profondamente intellettuale, perché combatte contro il sapere violento e ossificato della psichiatria, lasciando comunque aperto lo spazio per un'altra domanda di sapere: una domanda di sapere nuovo. Dalla sicurezza delle pratiche, dal sapere fatto per prendere posizione a fianco dell'internato a un sapere ancora senza parole. L'immagine che emerge nella produzione degli ultimi anni è quella di un Basaglia insoddisfatto, inquieto, dubbioso, talvolta stanco, in qualche modo provato dai lunghi anni di lotta anti istituzionale. Un Basaglia che adesso procede con cautela e incertezza. Sa molto bene che la produzione di un nuovo sapere è pericolosa perché rischia di rinchiudere la contraddizione sociale appena aperta. «Il pericolo, nella situazione attuale, è che tutta questa esasperata volontà di produrre cultura finisca per produrre solo un aumento di ideologia»<sup>22</sup>. È qui Basaglia s'accorge di quanto sia preziosa l'opera di Michel Foucault, non tanto forse le sue prime tragiche rappresentazioni della follia classica quanto la riflessione sul potere degli anni settanta: il tramonto dell'illusione di un sapere puramente pratico, libero da ogni ideologia, il nesso in-



stricabile tra il sapere e il potere, il loro reciproco rinforzo nel vincolo di una spirale perpetua. E soprattutto l'includibilità di una domanda di sapere all'interno della nostra società, la pervasiva potenza di una volontà di sapere»<sup>23</sup>. «C'è d'altra parte una diffusa tendenza e volontà di produrre cultura, riflessioni, tecniche, scienza; secondo me si tratta solo di un'esasperata ricerca di produrre a tutti i costi qualcosa, ma questo qualche cosa non viene alla luce»<sup>24</sup>.

Forsennata ricerca di cultura, volontà senza limiti di sapere: ma che cosa? Che cos'è che stenta a venire alla luce?

Basaglia con Foucault si accorge che la domanda intorno al sapere ne nasconde un'altra: una domanda intorno alla soggettività. Se l'etica di Basaglia comporta un sacrificio sia del sapere psichiatrico sia del

ruolo del tecnico, la domanda insopprimibile che monta è sia una domanda di nuovo sapere sia una domanda di nuova soggettività. La volontà di sapere è una volontà di soggettività, una volontà di ridefinire il proprio statuto di soggetti all'indomani del crollo dell'istituzione. Una volontà di articolare questa soggettività con l'evento della follia liberata.

Basaglia sempre più spesso si trova a dover affrontare non più o non soltanto l'angoscia dell'ex internato, che ha perso il guscio protettivo dell'istituzione totale, ma anche l'angoscia del tecnico; e si chiede: «Ma che cosa succede a volte? Succede che queste stesse persone che hanno finito per esercitare un certo potere nell'ospedale, che hanno "rotto" coraggiosamente le situazioni più cristallizzate e istituzionalizzate e che hai l'impressione che siano al tuo fianco, cadono poi nell'angoscia e vogliono "sapere" il perché, non riescono più a stare dentro alla situazione. Esigono da noi una protezione e, attraverso mille razionalizzazioni, riaffermano per sé e per gli altri un ruolo istituzionale...»<sup>25</sup>. Qualcosa eccede, qualcosa non rientra nello schema della lotta fin lì impostata, il bisogno di un ruolo, di un privato, il desiderio inaggrabi-

le del tecnico che cerca una forma nuova di soggettività per sé e per l'utente e non la trova. Soggettività interdotta, impossibile da esprimere, eppure continuamente ricercata, irrazionalità: «...ciò che ritengo fondamentale nella nostra pratica è il nostro bisogno di incontrarci con l'irrazionalità del soggetto»<sup>26</sup>. La contraddizione si allarga. Follia liberata e irrazionalità del soggetto. Di fronte a questa contraddizione Foucault rilancia e scrive a proposito dell'esperienza italiana: «Ed ecco che nasce il problema dell'eventuale affrancamento della follia in rapporto a quella singolare forma di potere sapere che è la conoscenza. È possibile che la produzione della verità possa effettuarsi in forme che non sono quelle del rapporto di conoscenza? Problema fittizio, si dirà, [...] In realtà esso si pone concretamente tutti i giorni a proposito del ruolo del medico, del soggetto di conoscenza, nell'impresa di depsihiatrizzazione»<sup>27</sup>. Foucault e Basaglia sono straordinariamente vicini, la domanda intorno al sapere è una domanda intorno al ruolo del soggetto di conoscenza. Ed entrambe sono domande che riguardano da vicino lo statuto della follia. Questo sapere che resta di fronte alla follia in fondo le assomiglia: è specchio della follia, è follia raddoppiata o, per dirla con Roland Barthes, «la follia non oggetto di una conoscenza di cui bisogna reperire la storia; se vogliamo, la follia non è altro che la conoscenza stessa»<sup>28</sup>.

1. F. Basaglia, *Conversazione: a proposito della nuova Legge 180* in *Scritti*, vol II, p. 485, Einaudi, Torino 1982.
2. F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino 1968.
3. F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975.
4. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, trad. di F. Ferrucci, Rizzoli, Milano 1963.
5. Cfr. Didier Eribon, *Michel Foucault*, trad. di A. Buzzi, Leonardo Editore, Milano 1981, p. 165.
6. M. Foucault, «Prefazione a *Folie et Déraison Hi-*

*stoire de la folie à l'age classique* (1961)», in *Archivio Foucault*, trad. di G. Costa, vol. I, p. 50, Feltrinelli, Milano 1996.

7. M. Foucault, Introduzione a L. Binswanger, *Sogno ed esistenza*, trad. di L. Corradini, SE, Milano 1993.
8. R. Martin, «Verità, potere, sé Intervista a Michel Foucault, 25 ottobre 1982», in *Tecnologie del sé*, trad. di S. Marchignoli, p. 6, Bollati Boringhieri, Torino 1992.
9. M. Foucault, *Microfisica del potere*, a cura di A. Fontana e P. Pasquino, p. 64, Einaudi, Torino 1977.
10. Ivi, p. 65.
11. Ivi, p. 66.
12. Ibidem.
13. Ibidem.
14. F. Basaglia (a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, p. 20, Einaudi, Torino, 1973.
15. Ivi, p. 21.
16. M. Foucault, «Un problème m'intéresse depuis longtemps, c'est celui du système pénal», in *Id Dits et écrits 1954-1988*, IV voll. a cura di D. Defert e F. Ewald, con la collaborazione di J. Lagrange, vol. II, pp. 205-209, Gallimard, Paris 1994.
17. M. Foucault, «Prefazione», cit. p. 50.
18. M. Foucault, *Microfisica del potere*, cit. p. 43.
19. F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia e A. Pirella (intervista a) in S. Taverna (a cura di), *La nave che affonda*, p. 121, Savelli, Roma 1978.
20. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, trad. di M. Cannone, D. De Salvia, A. Rolle, p. 88, Ed. Centro di Documentazione, Pistoia 1984.
21. F. Basaglia, «Conversazione: a proposito della nuova Legge 180», cit. p. 483-484.
22. Ivi, p. 485.
23. *La volontà di sapere* è il titolo di un'opera fondamentale di Michel Foucault, edita in Italia con la traduzione di P. Pasquino e G. Procacci da Feltrinelli, Milano 1978.
24. F. Basaglia, «Conversazione: a proposito della nuova Legge 180», cit. p. 484.
25. F. Basaglia (intervista a), «Dopo l'ospedale nel territorio», in E. Venturini (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, p. 237, Einaudi, Torino 1979.
26. Ivi, p. 224.
27. M. Foucault, *La casa della follia*, in F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace*, p. 169, Einaudi, Torino, 1975.
28. R. Barthes, *Sapere e follia*, in *Saggi critici*, p. 268, Einaudi, Torino 1972.

# L'eredità di Franco Basaglia

FRANCA ONGARO BASAGLIA

Dovendo parlare dell'eredità di Franco Basaglia nell'ambito della sezione *il pensiero di Franco Basaglia* ho rivisto la breve premessa che, un anno dopo la sua morte, facevo al primo volume degli *Scritti*.

«Questa raccolta di scritti è la storia di una vita, di un'impresa, di un pensiero. Segue due filoni apparentemente distinti ma, in realtà, profondamente intrecciati: il corpo (pesantezza, inerzia e passività, contemporanee ad una soggettività che tenta di impadronirsene) e le coercizioni di cui è oggetto (istituzioni, ideologie, la scienza, l'organizzazione sociale). Quindi corpo e istituzione o, seguendo lo sviluppo cronologico dei lavori, dal corpo all'istituzione, fino all'identificazione dell'istituzione come corpo. Dalle analisi fenomenologiche del corpo, prigioniero dell'ottica positivista, a quelle sociologiche delle istituzioni che discriminano e che segregano, fino al riconoscimento del carattere politico dell'intervento tecnico specialistico, un unico pensiero quasi ossessivo: l'oppressione di cui è oggetto il corpo, quindi l'individuo, e la ricerca, per passi graduali, dell'agente primo di questa oppressione. Una lotta di liberazione, dunque, che parte da una critica della scienza, dei suoi dogmatismi, delle sue istituzioni, della sua falsa neutralità, per arrivare ad una critica ed un coinvolgimento dell'organizzazione sociale di cui scienza e istituzioni sono uno dei sistemi di controllo. Critica e coinvolgimento nate dallo scontro con una realtà che non deve più esistere: il manicomio».

A quasi vent'anni di distanza la sintesi mi è sembrata adatta al tema di questo convegno, con una precisazione: non credo si possa parlare di un "pensiero" di Franco disgiunto da una pratica di cambiamento e di una pratica che non produca un pensiero o che non sia soggetto e oggetto di un pensiero. Mi sembra dunque più corretto parlare di un' "impresa" che è insieme demolizione e costruzione di realtà e demolizione e produzione di cultura, in cui il problema centrale risulta quello della salute e della malattia (non solo mentale) in rapporto al potere contrattuale dell'individuo come soggetto e corpo individuali e sociali.

Da questa brevissima premessa consegue che, per me, l'eredità di Franco Basaglia consiste principalmente nella testimonianza pratica della necessità, da un lato, e della possibilità concreta dall'altro, di affrontare il problema della sofferenza mentale in modo diverso.

Questa testimonianza continua a mettere in discussione un concetto di tutela che si appropria dei corpi, un'istituzione che cancella l'individuo riducendolo a puro oggetto di violenza e di repressione, una psichiatria che ha prodotto tali misure e tali istituzioni, avallandole scientificamente. Ma mette in discussione anche un concetto di normalità tutto giocato in funzione della eliminazione degli elementi di disturbo, quindi dei conflitti.

È questa testimonianza pratica, se vogliamo questa eredità, che non è stato possibile cancellare in questi anni e che tuttora – in un momento in cui la chiusura del manicomio è data per scontata e i rischi di soluzioni mistificate sono un po' ovunque presenti – continua a pesare impedendo – o almeno rendendo più difficile – ogni comoda semplificazione.

Consapevoli delle difficoltà vissute in questi anni da malati e familiari a causa della totale assenza di governo della riforma, ma consapevoli anche delle resistenze e dei silenzi della psichiatria accademica su quanto andava succedendo nel settore, ora – nel ventennale della Legge 180 – possiamo dire che, dopo quasi trent'anni, hanno vinto le esperienze che da Trieste in poi hanno continuato nel tempo a dimostrare fattibile il superamento del manicomio, attraverso la creazione concreta della possibilità di affrontare la sofferenza mentale senza ricorrere all'internamento, alla violenza implicita nella sua logica e senza abbandono dei malati: cioè creando risposte diverse.

In questo, sì, possiamo dire di celebrare una data importante perché coincide con il primo riconoscimento politico della validità di queste esperienze e con quello che si vuole sia un reale punto di partenza per un cambiamento in tutto il Paese.

Si tratta, tuttavia, di una conquista culturale, civile e sociale che, come ben sappiamo, non si

impone per legge. La cultura della popolazione, degli utenti reali e potenziali dei servizi, così come delle loro famiglie, può mutare solo se la qualità delle risposte è capace di produrre, insieme, cura, assistenza, supporto, qualità di rapporti e progetti di vita tali da modificare anche la qualità delle domande individuali e sociali. Tali, quindi, da proporre una diversa normalità.

Potremmo incominciare a dire che ciò che è avvenuto nelle prime esperienze fin dall'inizio degli anni '60 e che sarà poi fondamento della Legge "180", è stato essenzialmente lo spostamento della responsabilità professionale e istituzionale dalla tutela della società, dalla presunta o reale pericolosità della ma-



lattia, alla tutela del malato nella società. Questo spostamento richiedeva e richiede tuttora un dovere professionale qualitativamente e quantitativamente diverso nei confronti della persona sofferente, un diverso ruolo di responsabilità che si sostituisce al ruolo di potere, di forza, di dominio, di manipolazione tradizionalmente implicita nell'esercizio delle discipline deputate a rispondere a questi problemi.

Non si può certo dire che questa assunzione di responsabilità sia generalizzata. Pure, dove c'è, stata la presa in carico del problema complessivo, c'è stato il mutamento culturale che ha prodotto altra realtà, altro tipo di cura, di sostegno, di assistenza che includessero possibilità e progetti di vita per chi viene assistito. Quindi un altro tipo di tutela che non si appropria più dei corpi ma che stimola l'autonomia e la responsabilizzazione di chi viene assistito.

Si è trattato e si tratta di un processo di liberazione contemporaneo per il malato e per l'operatore. Il primo nell'uscire dalla prigionia della irrecuperabilità della malattia, dalla violenza dell'istituzione, nella conquista di diritti perduti o mai avuti; il secondo, nell'uscire dalla prigionia del pregiudizio scientifico nei confronti della malattia, nell'assumere doveri professionali che vadano oltre la custodia, riconoscendo la necessità di una ricomposizione di tutti gli elementi (biologici, psicologici e sociali) presenti non tanto nella

malattia quanto nel malato, cioè nella persona che si pretende di curare. Ricomposizione, dunque, di bisogni negati a chi era privo di diritti, ma anche dalla parcellizzazione delle discipline. Accettando il rischio della libertà del malato e assumendosi la responsabilità di tale libertà con il sostegno del gruppo, diventa allora possibile reggere la sofferenza, accettarne l'espressione

anche aggressiva, per spostare il conflitto che ogni soggetto produce ad un livello diverso. (Mi viene alla mente una frase paradossale di Franco, in discussione fra noi, in cui intuisce lo stravolgimento della logica corrente: «Il re dorme solo quando anche la guardia dorme».

Questo comporta una

formazione degli operatori che tenga conto di tutti gli elementi emergenti nelle pratiche di questi anni. Una formazione capace di misurarsi e confrontarsi con questa complessità, tenendo conto del fatto che se il manicomio ha risposto ad un'esigenza della società nell'espellere gli elementi di disturbo, la psichiatria lo ha avallato e confermato scientificamente. È dunque con questo fallimento che deve misurare i propri paradigmi, mentre nella formazione degli psichiatri e degli psicologi – salvo rarissime eccezioni – non c'è finora traccia di quanto è avvenuto negli ultimi trent'anni in questo settore ed il silenzio si fa sempre più paradossale.

Da parte nostra, intendo da parte di chi ha creduto e operato secondo questa linea, si può dire che, a vent'anni di distanza dalla riforma, la cultura va mutando soprattutto nelle esperienze che sono passate attraverso il superamento vero del manicomio: il che significa dove si è vissuta la passione civile, etica e politica del cambiamento e la convinzione forte della disumanità/inutilità dell'internamento, di fronte alla trasformazione di persone in precedenza annientate da una logica di controllo, sostenuta solo dalla forza e dalla sopraffazione. Restano, certo, sofferenza, difficoltà, disagi, inadeguatezze (non è stata mai negata questa sofferenza), ma con un aspetto umano che, ponendo altre domande, richiede altre risposte e che ri-

Franco Basaglia.  
Trieste 1975.  
Foto di Gian Butturini.

cevedo altre risposte pone altre domande. Chi non conosce direttamente il potere di trasformazione della liberazione, che vale tanto per il malato quanto per l'operatore, penso che difficilmente possa rompere la logica in cui è stato formato e la funzione che per tradizione gli compete. Per questo è utile continuare a parlare di manicomio, non solo perché di fatto ancora esiste, ma anche perché non ci sono ancora sufficienti strumenti culturali e sociali per non ricostruirlo. L'operazione di smantellamento di mura reali e metaforiche, di grate e di rigide codificazioni ha infatti richiesto il rispetto dei diritti della persona, sana o malata, e un confronto della propria disciplina

con questi diritti: il che a sua volta esige la capacità di reggere il conflitto che questo confronto produce, senza cancellarlo.

E allora mi sembra utile, rispetto al momento attuale e alle prospettive future, ricostruire i momenti essenziali del processo in cui questa pratica e questo pensiero si sono evoluti.

Un primo elemento caratteristico della peculiarità del movimento che ha messo in crisi in Italia le radici materiali e teoriche dell'istituto manicomiale ma anche della psichiatria: è il primato della pratica, uno dei nodi problematici dal quale poter leggere il perché della sopravvivenza di questa battaglia, anche in tempi in cui si sono chiusi sempre più gli spazi di espressione sia del soggetto individuale che di quello collettivo. Primato di una pratica intesa non solo come mero "fare", ma come produttrice di altra realtà e di altra cultura, quando ci si trovi ad agire contemporaneamente sulla struttura materiale dell'istituzione, sul pregiudizio sociale rispetto al malato mentale, sul pregiudizio scientifico rispetto alla malattia.

Non si è dunque trattato di un semplice cambio di teoria, rimpiazzabile con una nuova ideologia di ricambio, che facilmente lascia inalterata la situazione di base, ma della demolizione pratica di una cultura, possibile solo se contemporaneamente costruisci altro: altro sostegno, altro supporto, altro concetto di salute e di malattia, di nor-

malità e di follia. Possibile, cioè, se, insieme allo smantellamento dei vecchi ospedali, non ci si è limitati ad organizzare semplici servizi ambulatoriali, ma si è creata, per i vecchi e i nuovi malati, la possibilità di vivere e condividere in modo diverso la propria sofferenza vista come il prodotto di un insieme di fattori e non solo come segno di pericolosità sociale da reprimere.

A questa sofferenza, che si rivela più complessa e insieme più semplice, occorre cioè rispondere con strutture e servizi che, oltre a garantire cura e assistenza, siano insieme luoghi di vita, di stimolo, di confronto, di opportunità, di rapporti interpersonali e collettivi diversi, puntando ad un cambio di cul-

tura e di politica prima sociali che sanitarie.

Un secondo elemento, direttamente legato al primo, è quello che, agli inizi, si definiva con lo slogan: gestione e negazione. Di fatto si trattava di un concetto fondamentale, fin nei primi anni goriziani, perché segnava la linea, lo stile di lavoro in una contemporaneità di intervento che non consentiva l'abbandono dei malati, mentre si operava per la distruzione del manicomio. Quindi negazione come demolizione del ruolo tradizionale del manicomio quale luogo di segregazione e di violenza; dello psichiatra e della psichiatria che, sotto l'apparenza della cura, operavano per l'annientamento di chi veniva loro affidato. E gestione come assunzione di responsabilità nei confronti di tutti gli aspetti materiali e non, di cui può essere fatta la sofferenza psichica: gestione come supporto, sostegno e presa in carico della persona sofferente. Ma anche gestione e negazione del ruolo, della propria disciplina, della scienza che doveva misurarsi con la pratica delle disuguaglianze sociali con cui la teoria non si misura mai e che attraverso la nuova pratica dovevano modificarsi. Quindi, da parte di chi il cambiamento lo voleva attuare, nessun abbandono dei malati, nessuna teoria sulla non esistenza della malattia mentale, come i detrattori della riforma hanno per anni sostenuto.

Ho cercato di segnare qui, senza un ordine preciso, altre



Natalia Aspesi, Franca Ongaro  
Basaglia e Franco Basaglia.  
Trieste, settembre 1977.  
*Foto di Carla Cerati.*

parole chiave attorno alle quali ruotava la lotta concreta al manicomio come istituzione, alla teoria scientifica che lo sosteneva, all'organizzazione sociale che ne richiedeva l'esistenza. Ogni parola ne contiene altre, così da formare una sorta di rete di supporto a un pensiero e ad un'azione in continua evoluzione: le parole di un processo di liberazione per il malato, per l'operatore, per la comunità.

Lotta all'istituzionalizzazione sia interna al manicomio da distruggere, sia nella società. Cioè lotta al farsi istituzione repressiva anche di ogni istanza liberatoria, attraverso norme e ruoli fissi che sovranano – quando non ignorano – i bisogni e gli interessi dell'individuo cui formalmente dovrebbero rispondere. Quindi la necessità di un processo di critica e controcritica permanente che rimetta in discussione norme e ruoli.

Rispetto della/delle diversità, considerate

non più come elemento da allontanare e da espellere, ma come un bene da inglobare quale arricchimento della nostra vita e della nostra cultura, su cui basare ogni possibilità di cambiamento. Inoltre differenziazione fra diversità naturale e disuguaglianza sociale e individuazione del processo in cui l'una viene tradotta nell'altra in funzione del dominio.

Accettazione del rischio come primo atto di reciprocità nel graduale processo di liberazione dell'internato (ma anche nell'avvio di qualunque tipo di rapporto). Iniziale rischio della libertà del malato che via via si è trasferito a livelli diversi: il rischio del limite, della norma, della perdita di sé e della propria identità. Il che è spesso avvenuto in molti operatori, non sufficientemente motivati alla lotta per il cambiamento o non sufficientemente ritenuti una forza dal gruppo di lavoro e dalla comunità coinvolta; operatori che hanno avuto bisogno di ripiegare su forme diverse di difesa e di distanza quali l'assunzione delle tecniche come

valore assoluto, la rigidità delle figure professionali, i ruoli fissi, la stereotipata scientificità degli interventi settoriali.

Accettazione del conflitto. Secondo la logica del più forte il conflitto viene sempre eliminato, eliminandone il polo più debole. Dall'accettazione del conflitto, invece, può nascere una reale possibilità di percepire, quindi di conoscere, i biso-

gni delle persone, per spostare la contraddizione espressa dalla malattia ad un livello via via sempre diverso. Si tratta di un conflitto di potere e di interesse fra il paziente e la famiglia, fra il medico e il paziente, fra l'adulto e il giovane, il docente e lo scolaro, fra l'uomo e la donna, l'individuo e la società. Accettare il conflitto significa allora tenere aperta la contraddizione, viverla e sposterla ad un livello sempre più alto per mutare, attraverso la risposta, la qualità stessa delle domande. Nell'accettazione dell'altro e



nel conflitto che produce c'è sempre il rischio della perdita di sé quando il ruolo non ti difende più, non ti ripara, non ti copre. Ma è questa uscita dal ruolo pur giocandolo che consente di passare da una domanda all'apertura di un'altra domanda qualitativamente diversa.

Esclusione/inclusione: il processo attraverso il quale il più debole (economicamente, socialmente, culturalmente, emotivamente) viene allontanato ed espulso o si autoespelle per la consapevolezza di un'inferiorità o di una incapacità non accettata dal consorzio sociale in cui non trova posto. Il manicomio aveva il compito di accogliere e contenere tutto ciò che veniva espulso o che si autoescludeva, mentre occorre operare a tutti i livelli verso l'integrazione, l'inclusione nel gruppo, nella cultura, nella società. Denuncia del carattere non esclusivamente medico dei problemi psichiatrici che si allarga alla denuncia del carattere non sempre strettamente medico di altri problemi ritenuti solo di natura sanitaria.

Lotta nello specifico/lotta politica: appello a conservarsi legati al proprio settore specifico sulle cui contraddizioni si doveva continuare ad agire. Ma insieme necessità di coinvolgere e coinvolgersi nella lotta delle forze politiche interessate al processo di cambiamento del paese. In quella fase di ricerca c'era il problema di non porsi come modello: il tentativo cioè di proseguire dalla negazione del modello manicomiale alla ricerca di risposte alle nuove domande che via via venivano poste, senza costruire nuovi rigidi modelli con nuove ricette che avrebbero bloccato il processo di liberazione avviato, quindi la possibilità di espressione soggettiva dei malati. In questo senso è da leggere la difficoltà a trasmettere i modi di intervento, per la difficoltà a comunicare quello che succedeva nel rapporto, del rapporto, per sé e per l'altro, perché nel tradurlo si sarebbe facilmente trasformato in



teoria, formula astratta, regola fissa. Questo era il senso del “venite a vedere”, perché solo vivendo direttamente la situazione si poteva coglierne la circolarità affettiva che non è comunicabile e che è percepibile solo se la si vive e se se ne è contagiati.

Lotta all'ideologia che fa diventare altro da ciò che sono i problemi – il “doppio” che culturalmente e socialmente si produce e che diventa poi l'oggetto su cui si opera – così da poter offrire risposte preformate che non mettano in discussione lo schema di riferimento di ciascuna disciplina, ma anche l'assetto sociale che ogni disciplina è delegata a garantire.

E ancora lotta al pregiudizio che continua a riformarsi; all'inerzia, all'autodifesa e all'auto-referenzialità delle istituzioni che continua a riproporsi; è il problema centrale del potere che continua a ripresentarsi con facce sempre diverse e con risultati sempre uguali.

Ora, in Italia in un contesto generale di bisogni/diritti spesso antagonisti quali quelli del

malato, della famiglia, della società, la psichiatria rappresenta ancora una delle contraddizioni che in questi anni non si è riusciti a chiudere con nuove ideologie di ricambio. Troppe pratiche (anche se purtroppo non tutte e non nell'intero paese) sono lì a testimoniare che un cambio radicale è possibile; che le semplificazioni portano sempre agli stessi risultati (la vittoria del polo più forte del conflitto); che la complessità comporta una messa in discussione dell'individuo, della collettività, dei ruoli, delle regole, della scienza, della politica.

Dobbiamo tuttavia dire, nonostante il manicomio sia ancora presente, che mancano servizi e strutture, che la qualità dell'intervento sia troppo spesso scadente e insufficiente, che molti familiari denuncino che troppo spesso, senza aiuto e con pochi sostegni, devono reggere il peso del parente ma-

lato: nessuno accetta

più il vecchio manicomio. La cultura della violenza istituzionale gratuita e disumana passata per terapia è smascherata e delegittimata, se non completamente vinta. Anche se la pratica dell'esclusione è viva e operante in tutti i settori della marginalità: tossicodipendenti, anziani, immigrati, zingari, via via sempre più estesa ai giovani e ai disoccupati.

Il rischio attuale in ambito psichiatrico è il passaggio ad una delega apparentemente meno cruenta ma altrettanto invalidante e repressiva; cioè alla pura medicalizzazione dei problemi, che sotto l'apparente garanzia di cura e di assistenza, deresponsabilizza tutto e tutti. Ne consegue il rischio di una conferma della netta separazione fra sociale e sanitario che riproponga la cancellazione della complessità delle variabili di natura diversa presenti in ciò che – soprattutto da parte della Psichiatria Accademica – si tende a riconsiderare e a trattare solo come malattia di un singolo individuo e come pura alterazione di un organo.

Se non si riesce ad incidere su queste variabili, se il “sociale” non penetra nel cuore delle discipline, lo psichiatra si richiude e si difende nella nuova o vecchia tecnica, lo psicologo che lavora nei servizi tende a mimare il modello medico e l'assistente sociale va verso una psicologizzazione dei problemi, riproponendo comunque gli specialismi separati dove ciascuno è padrone nel proprio settore che non consente verifiche esterne. La tutela della salute come diritto della persona è invece sempre stata per chi ha lottato per il cambiamento, qualcosa che va oltre gli specialismi fondati sulla separazione dei bisogni e sulla parzialità degli interventi ad essa conseguente, nella ricomposizione di tutta la gamma di elementi di cui è fatta la vita – sana e malata – in una continua, costante integrazione di risposte e offerte di opportunità. La consapevolezza di tutto questo è alla base dell' “impresa” legata al nome di Franco Basaglia, impresa soprattutto collettiva, in cui sono confluiti – con difficoltà, contrasti, conflitti che tuttavia trovano spazio per esprimersi – le for-

ze di collaboratori e amministratori portatrici di speranze, di passioni, di capacità di credere al cambiamento e volontà di attuarlo, che hanno rafforzato le speranze, le passioni, la volontà di cambiamento di Franco.

Per tutte queste ragioni, ora che il superamento del manicomio è dato per accettato anche se non concretamente ovunque attuato, in un momento in cui disoccupazione, impoverimento materiale e culturale di fasce sempre più vaste di popolazione possono alimentare nuove forme di disagio e di sofferenza, quindi di esclusione ed emarginazione, si fa più acuta la necessità di riprendere gli elementi più problematici di queste esperienze; di riprendere a domandarci se il rapporto fra discipline e diritti del soggetto, fra modelli scientifici e bisogni individuali e collettivi non richieda una messa in discussione più profonda delle discipline che devono rispondervi, in nome della necessità di una formazione degli operatori più adeguata ad una realtà che ormai corre su altri binari.





## Basaglia con Lacan

CARLO VIGANÒ

La congiunzione che propongo è quella tra due insegnamenti, quello di Basaglia e quello di Lacan. Se l'incontro tra i due personaggi può essere pensato solo in maniera virtuale – dato che risulterebbe assai arduo trovare delle convergenze nell'opera scritta – tuttavia trovo che ciò che hanno trasmesso, la dimensione etica che hanno saputo dare alla follia, marchi una direzione comune e capace di potenziarsi reciprocamente. Perlomeno questa è la mia esperienza. Anche se l'annodamento tra le due opere è affidato a noi, agli "allievi", provo a fissarlo in un aforisma che parafrasa quello con cui Lacan annodò l'opera di Freud con quella di De Saussure: se Basaglia avesse letto Lacan avrebbe detto che la rivoluzione è un cambiamento di discorso che passa per il discorso dell'analista (quella che Lacan chiamò *passé*). È un'affermazione difficile da sostenere, se si pensa alla fiera opposizione basagliana alla psicoanalisi. Per sostenerla dovrò mostrare come l'insegnamento di Lacan abbia aperto un varco essenziale nel terreno della salute mentale.

**L'APERTURA DEL MANICOMIO** Siamo abituati a pensare l'abolizione del manicomio come l'esito maggiore dell'opera di Basaglia, ma questo finisce per ridurre il suo intervento ad un mero fatto legislativo. Sarebbe come considerare che il contributo essenziale della psicoanalisi alla cura della malattia mentale sia stata la promozione della legge del 1989 sull'Ordine degli Psicologi e il riconoscimento dello Psicoterapista. In entrambi i casi il rapporto tra "riforma dell'intendimento" e riforma legislativa si prestano a considerazioni contraddittorie, dal momento che la novità istituzionale introdotta dalla legge tende a precludere

proprio il principio nucleare del pensiero che si suppone averla ispirata.

Si può dire infatti che i nuovi assetti si creano buttando via, assieme con l'acqua sporca, anche la nuova creatura: la medicina fa piazza pulita del discorso del folle, così come la psicologia di quello dell'analista, cioè del suo desiderio.

Vediamo cosa sta alla base di questo effetto di preclusione. Si può facilmente intuire che questi mutamenti a livello legislativo, e di conseguenza dell'organizzazione sociale delle cure, prima ancora di modificare la cura della malattia mentale, introducono un sommovimento a livello della clinica. È un fenomeno storico del quale Foucault aveva già studiato i precedenti episodi, in particolare quello che porta addirittura alla "nascita" della clinica", cioè ad una nuova e inedita visibilità di ciò che è malattia. Il mutamento dell'organizzazione sociale trova, all'inizio del XIX secolo, nell'anatomia patologica lo strumento scientifico per inventare la forma moderna della malattia.

Per riportare questa struttura storica al nostro caso mi sembra utile anche un altro riferimento, questa volta all'antropologia di Levi-Strauss. Egli ci ha fatto vedere come le classificazioni sociali, e ci possiamo mettere anche la classificazione delle malattie, tendono a persistere anche dopo che vi siano stati sostanziali mutamenti demografici. Ad esempio il nome di una tribù che si è estinta verrà a designare un sotto gruppo dell'altra tribù che invece si è troppo ingrandita. Tutto questo per metterci in guardia rispetto ad un'apparente continuità tra apertu-

In *Appendice* agli Atti della Giornata di studio, riportiamo due contributi, non forniti nel corso dei lavori, ma che si inseriscono nel clima culturale che ha caratterizzato la riflessione su Franco Basaglia e che arricchiscono la presente pubblicazione:

*Basaglia con Lacan*, un articolo di Carlo Viganò, che ha partecipato ai lavori della Giornata di Studio come moderatore; l'articolo apparirà sul n. 25 de «La Psicoanalisi», rivista italiana della Scuola Europea di Psicoanalisi.

*Franco Basaglia*, un ricordo di Lucio Schittar.

Si ringraziano gli autori per la gentile concessione alla pubblicazione.

ra del manicomio e politiche di salute mentale (con un gioco di parole potremmo dire: di chiusura del manicomio) oppure tra psicoanalisi applicata alla salute mentale e psicoterapia.

Un piccolo segno che il mutamento si sta producendo a livello della clinica, possiamo trovarlo nella sostituzione del termine “malattia” con quello di “disagio” e – ad un altro livello – con quello di “disturbo di personalità”. L'apparente demedicalizzazione rivela subito un'altra faccia, che è quella dell'incremento esponenziale dell'approccio terapeutico del malessere sociale: ai medici si affiancano tutta una serie di altri terapeuti.

In altri termini l'aggiornamento delle procedure terapeutiche tende ad occultare, se non a rinviare nel reale dell'intrattabile, i cambiamenti della clinica; vedremo come l'opera di Basaglia si avvicini a quella di Lacan nello sforzo di andare al di là della terapia per rendere attuale e trasmissibile la novità clinica<sup>1</sup>.

ANTIPSICHIATRIA, ANTIPSICANALISTI? Negli anni '60 l'insegnamento e la sperimentazione di una gestione psichiatrica alternativa, iniziata a Gorizia, coagulò attorno a Basaglia un vero e proprio movimento – in qualche modo anticipatore di quello legato all'ipotesi di gestione alternativa di un'altra istituzione, l'Università. L'effetto di anticipazione non credo vada ricercato in una qualche analogia tra l'istituzione manicomiale e quella universitaria, ma proprio nel fatto che nel manicomio una sperimentazione alternativa si articolasse così strettamente ad un insegnamento<sup>2</sup>. Il manicomio scuola di vita sociale e di trasformazioni culturali. Vedremo come in Francia, negli stessi anni, si trovi questo particolare annodamento tra la sperimentazione di una gestione alternativa dell'istituzione analitica e l'insegnamento di Lacan. Vedremo come questa vicinanza strutturale abbia avuto un peso che tende a diventare storico, molto al

di là della storia d'una emozione, per citare il *witz* lacaniano quando parlava dell'*emoi de mai*. L'insegnamento di Basaglia aveva almeno due radici:

– La denuncia del trattamento dei malati mentali, che li privava di ogni diritto umano e li rinchiodava in luoghi di esclusione sociale. Questo trattamento non solo non curava, ma rinforzava lo stato di emarginazione dei ricoverati. Questa denuncia, anche se è diventata paradigmatica di quella più generale della società neocapitalistica, si è formata sul terreno della clinica.

– L'apertura della psicologia marcata prima dalla fenomenologia e poi dall'esistenzialismo a teorie sociologiche anglosassoni che si dimostravano sovversive della psicologia in quanto tale.

La dimensione sociale veniva sentita come di per sé capace di rivoluzionare la concezione della soggettività veicolata dalla psichia-

tria. Dobbiamo subito notare che in questo movimento venne assimilato tutto ciò che era “psico-” e la psicoanalisi fu totalmente coinvolta nella contestazione della psichiatria, della cui ideologia veniva considerata l'espressione più raffinata.

Credevo che a questa assimilazione concorressero due elementi. Da una parte la politica generale (cioè dell'ufficialità IPA) della psicoanalisi puntava a conquistarsi un posto nelle istituzioni universitarie e di cura mimetizzandosi con le discipline psichiatriche e psicologiche. D'altra parte – e di conseguenza – il bersaglio della contestazione non potè essere, come logicamente avrebbe dovuto, la concezione psicologica inerente alla psichiatria, proprio per il fatto che essa rimaneva implicita. La psichiatria<sup>3</sup> era cioè il ricettacolo pratico e istituzionale di tutte le teorie psicologiche, compresa la psicoanalisi – da Musatti a padre Gemelli.

Devo subito precisare che per seguire il mio filo, che è quello dell'annodamento, devo rinviare l'esame della valutazione storica che Basaglia dava della psicoanalisi e quindi dei motivi per cui non la riteneva, allora, un'alleata utile. Faccio quindi l'ipotesi che in Italia l'opera di Basaglia abbia potuto assumersi – dall'esterno – quel compito di denunciare deviazioni ed errori della psicoanalisi che in Francia l'insegnamento di Lacan aveva iniziato proclamando – dall'interno – la necessità di tornare a Freud.



Jacques Lacan, in piedi a sinistra, con altri intellettuali. Al centro Pablo Picasso e, seduti, Jean-Paul Sartre e Albert Camus.

PARANOIA E ISTITUZIONE Nel 1969 Lacan, in pieno clima di contestazione, va a Vincenne per parlare agli studenti e prova a spiegare loro dove l'Università li sta tradendo. In quell'anno sta formalizzando la struttura del legame sociale, che chiama "discorso", a partire da quella fondamentale – il discorso del Padrone – che articola come "il rovescio della psicoanalisi". Questo rovesciamento è la base per stabilire il posto di altri due discorsi, quello dell'isterica e quello dell'Università. Quattro discorsi e non di più, e il passaggio dall'uno all'altro consiste in un quarto di giro di quattro elementi (sempre quelli: S1, S2, a, §) in quattro posizioni fisse: l'agente, l'Altro, il prodotto e la verità. La



perversione contemporanea del discorso universitario è legata alla sua contaminazione con quello del Padrone: il sapere (S2) messo al posto del comando fuori del suo contesto discorsivo, tramite la sua incorporazione con S1. Questa perversione delle strutture discorsive, prodotta dal potere della scienza, è caratteristica del capitalismo che agisce sul discorso umano abolendo l'impossibilità logica del discorso stesso, quella del rapporto tra prodotto e verità. La rivoluzione che Lacan propone è quella che fa il giro dei quattro discorsi; ripassando per il discorso dell'analista si può recuperare anche per il sapere un posto che non sia di potere e ridare così all'università la capacità discorsiva di produrre soggetti divisi invece che professori<sup>3</sup>.

L'affermazione di Lacan è esplicita: il posto e la funzione della psicoanalisi nel sociale sono quelli di *boucler* il giro rivoluzionario dei discorsi. Il matema del discorso serve a Lacan per siglare definitivamente il fatto che il legame sociale non si basa sull'intersoggettività, bensì sulla struttura stessa del soggetto. L'inconscio è relazione con l'Altro, discorso dell'Altro, che non si può ridurre a catena significante, per cui il legame sociale si stabilisce nel tempo di un recupero di godimento da parte del soggetto: il fatto più intimo dell'esperienza, la nominazione dell'oggetto originario e perduto, è al tempo stesso la radice del legame sociale. Questa logica rappre-

senta il frutto maturo del lavoro fatto da Lacan sul «fatto psichico fondamentale», la paranoia, iniziato con la tesi di dottorato e che lo aveva portato a Freud.

In questi stessi anni Basaglia e il suo gruppo partivano dalla paranoia per interrogare il giunto tra malattia mentale e contesto sociale. Come dicevo essi non erano al corrente del lavoro pre-

cedente di Lacan sulla paranoia (in particolare il *Seminario III, Le psicosi*)<sup>4</sup> e quindi non hanno potuto adottare la fondamentale denuncia che Lacan aveva fatta del pregiudizio psichiatrico. Si può riassumere così: tutto nella clinica porta a ritenere che il *perceptum* allucinatorio e più in generale ogni "feno-

meno elementare" della psicosi non sono attribuibili ad un *percipiens* che coincida con l'Io psicologico. Al contrario quest'ultimo si trova a dovere dare un senso ad un *perceptum* completamente alienato per reintegrarlo – in un secondo tempo – nel sistema dell'Io e questo è propriamente il lavoro della paranoia.

Mentre in Francia Lacan aveva aderito ad un disegno politico di critica della psicologia promosso da Politzer, tanto che la pubblicazione della sua *Tesi* fu segnalata da Paul Nizan come foriera di cambiamenti nel trattamento sociale della malattia mentale, il lavoro di Basaglia non ha interrogato la specificità soggettiva dell'esperienza psicotica. Vedremo come sarà a partire da questa mancanza che tutta la sua critica storica al tecnicismo psicologico non riuscirà a staccarsi dal livello puramente strategico. Del resto il mancato incontro con l'analisi di Lacan fu favorito dalla censura pressoché totale, se si fa eccezione per la voce di Fachinelli, che la psicoanalisi italiana mise sull'opera di Lacan, alla ricerca di un'integrazione proprio con quella degenerazione universitaria che Lacan andava denunciando.

Il gruppo di Basaglia non ha preso in esame la paranoia a partire dalla clinica, dal caso per caso, ma dall'analisi che ne aveva fatta una certa sociologia americana. In particolare Basaglia studiò lo scritto di Norman Cameron *The paranoid Pseu-*

Lo studio  
di Jacques Lacan  
in rue de Lille  
a Parigi.

*docommunity*, dove si affermava che «il comportamento psicotico è da ritenersi il risultato o la manifestazione di un disordine nella comunicazione tra individuo e società». Più precisamente «paranoide è colui che, in situazioni di stress inusuale, è spinto – a causa della sua insufficiente capacità di apprendimento sociale – a reazioni inadeguate... Il paranoide organizza simbolicamente una pseudocomunità le cui funzioni egli percepisce come focalizzate su di sé»<sup>5</sup>. Lo psicotico sarebbe quindi qualcuno che reagisce in modo conflittuale a questa «comunità immaginata».

Basaglia utilizza questa analisi in modo piuttosto sorprendente: attribuisce la falsità di questa «comunità» al legame sociale come tale (quasi avesse letto Lacan) e, di conseguenza, «mette in questione il fatto che l'individuo possa essere un dato sufficiente allo studio della paranoia»<sup>6</sup>. Ma è solo un'intuizione, non sostenuta dalla teoria; infatti dimostra subito di non conoscere la critica lacaniana della fenomenologia del *percipiens* e non vi può quindi trovare il sostegno per tale intuizione. Al contrario passa ad attaccare la psicoanalisi come caposaldo della concezione kraepeliniana della psicosi come «condizione o sindrome costituita da sintomi», la cui causalità viene trovata nell'«arresto dell'evoluzione psicosessuale».

La denuncia del preconcetto di un *percipiens* come soggetto del fenomeno elementare psicotico viene così a prendere due strade opposte e diversamente critiche. Lacan, partendo dall'esperienza clinica del *transfert*, dimostra che l'interpretazione dell'allucinazione era stata viziata dall'attribuzione preconcetta al soggetto della coscienza e la riporta ad un deficit del significante che organizza il distacco di S<sub>1</sub> da S<sub>2</sub> ed il punto di capitone che li connette a posteriori. Dunque una questione di posizione del soggetto nel linguaggio. Basaglia invece, partendo dall'ipotesi sociologica di una pseudocomunità paranoica, tende a collocare questo elemento cognitivo in un contesto di relazioni politiche, fino ad isolarne il nocciolo reale nel fatto che «gli altri reagiscono in modo diverso nei suoi confronti, e questa reazione, abitualmente se non sempre, implica un'azione segretamente organizzata e un comportamento cospirativo in senso del tutto concreto»<sup>7</sup>.

Mi pare che l'insegnamento che rimane valido della via basagliana a livello della clinica sia quello che porta a distinguere, ad opporre concettualmente, la patologia – quello che per Lacan è del soggetto, anche nella psicosi – e il sin-

tomo, che, quando non arriva ad essere il partner del soggetto, è ciò che origina il trattamento dello psicotico da parte degli «altri».

UNA CONTRADDIZIONE DEL PENSIERO DI BASAGLIA  
Il punto di fragilità dell'insegnamento di Basaglia, a mio avviso, sta in una linea di frattura che si è mantenuta per tutto l'arco della sua vita e che credo si possa suturare con gli strumenti della psicoanalisi di Lacan. Come Lacan, Basaglia è sempre stato aderente al suo essere psichiatra, guidato cioè dalla sensibilità e dall'intelligenza cliniche, centrate sulla sofferenza particolare del malato; nella teoria invece ha utilizzato il discorso filosofico, senza arrivare a rovesciarlo al suo interno.

Lo possiamo vedere nella risposta che ha sempre data alla domanda «cosa è la follia?»: ha sempre risposto su due livelli, trovandosi così nella necessità di mantenere una certa oscillazione tra loro.

– «È la miseria, l'indigenza e la delinquenza, resa muta dal linguaggio razionale della malattia»<sup>8</sup>.

– «Non so cosa sia la follia. Può essere tutto e niente. È una condizione umana»<sup>9</sup>.

Quest'ultime frasi sono del 1979, un anno prima della sua morte. Fino alla fine dovette mantenere questa oscillazione per combattere, specularmente, la risposta psichiatrica che dice «sospendiamo la questione» e intanto parla al posto del folle. La sua strategia fu di mantenere la follia nell'ambito enigmatico della sua drammaticità. Più precisamente: negare la follia come prodotto sociale per poterla incontrare come sofferenza.

Era una strategia, dietro ci stava l'idea che si trattasse solo di una tappa per una transizione verso una società più giusta e umana, la lotta per la liberazione dei matti si univa a quella più generale per liberare l'intera società dalla pervasività della logica del profitto. Basaglia è uno psichiatra che dice che per poterlo essere si deve uscire dal proprio ruolo e confrontarsi con i problemi generali della società: «o c'è il corpo del potere o c'è il corpo di tutti noi»<sup>10</sup> e quello del matto è un corpo che soffre, «segno di una soggettività che reagisce e rifiuta l'accerchiamento di cui è oggetto»<sup>10</sup>.

Come si vede questa strategia costringe Basaglia ad omologare di fatto la follia ad un sintomo nevrotico, ad un messaggio decifrabile, dove la decifrazione sarà un «lavoro di smistamento»<sup>12</sup> tra ciò che si può considerare prodotto dall'internamento e ciò che è da ritenersi il

nucleo dell'originaria malattia. Come vedremo il lavoro di Basaglia si arresta di fronte a questa seconda parte.

Si potrebbe riassumere il progetto come Foucault + «ottimismo della pratica»: liberiamo il silenzio del corpo come inesprimibile e irrazionale, portiamolo nella società e sarà la società a trasformarsi, ad accogliere l'irrazionale come componente "normale" della vita sociale.

L'assenza di quella sutura o, per meglio dire, di un'operazione di torsione interna del linguaggio che lo renda atto a parlare della follia senza «accerchiare»<sup>13</sup> il folle, costringe Basaglia a fidarsi solo della pratica. «Il bisogno di una nuova "scienza" e di una nuova "teoria" si inserisce in quello che impropriamente viene definito "vuoto" ideologico e che, in realtà, è il momento felice in cui si potrebbe incominciare ad affrontare i problemi in modo diverso»<sup>14</sup>. È esattamente l'operazione che Lacan ha potuto compiere a partire dall'inconscio freudiano: nel discorso dell'analista questo vuoto è messo in funzione senza riempirlo, come base strutturale che scava nell'Altro del sapere un oggetto causa di desiderio. Il desiderio dell'analista diviene il principio di una pratica che, al tempo stesso, rinnova la teoria del soggetto e della follia.

Di questo troviamo un punto di applicazione in questa frase: «Io credo che la storia dell'uomo sia un po' la battaglia fra il suo sé e il suo corpo: l'uomo incarcerato nel suo corpo, cerca in sostanza di vivere in un rapporto dialettico il suo sé e il suo contenitore»<sup>15</sup>.

È la dialettica che presiede alla soggettivazione e che Lacan nel *Seminario XI* formalizza come alienazione-separazione, centrandola sulla perdita di godimento introdotta dall'alienazione e sul suo ritrovamento come plus-godere (oggetto a) nella separazione. Basaglia invece deve affidare il superamento di questa dialettica ad un'etica sociale: «non può essere che un corpo socialmente e realmente partecipato»<sup>16</sup>, mentre è il sistema produttivo che «identifica corpo sociale e corpo economico»<sup>17</sup>. Così ancora, commentando la foto del Che morto: «Si tenta di integrare il suo *corpo morto* nel sistema che Che Guevara – morto o vivo – continua a negare, e noi non vogliamo essere i muti testimoni di questo secondo assassinio»<sup>18</sup>.

In sintesi l'intuizione di Basaglia è che per sovvertire il prevalere del discorso scientifico e la sua portata di universalizzazione, si debba opporre al reale trattato dalla scienza quello della contingenza. Questo però non viene formalizzato come il reale della clinica e rimane così af-

fidato ad un'etica che tende semplicemente a negarlo o forse a sublimarlo. È un'etica che lo porta a formulare due ingiunzioni:

Fare attenzione al particolare, lavorare sullo specifico della propria situazione istituzionale, conoscere e rispondere ai bisogni reali dell'utente, individuandoli assieme con lui, per restituire gli soggettività. Questo lo porta a considerare che il principale ostacolo sia la frustrazione: «il lavoro in un ospedale psichiatrico in trasformazione non è poi tanto rivoluzionario»<sup>19</sup>.

Per questo occorre:

Uscire dallo specifico della psichiatria, per attaccare la logica dello stato borghese: «...quello che noi abbiamo affrontato è un problema più vasto che si allarga a tutti i settori, è il problema di cui tutta la gente parla, quello della propria liberazione»<sup>20</sup>.

TECNICI O INTELLETTUALI? La necessità di far tacere tutti i discorsi della psichiatria ha lasciato Basaglia privo di un discorso che fondasse l'etica dell'operatore: agente di una rivoluzione o di una "avanguardia"?

Quella di Basaglia ha potuto essere letta come un'etica del sacrificio, egli parla infatti di una rinuncia, di una «scelta di autodistruzione nostra personale al servizio degli internati»<sup>21</sup>. Ciò che ci impedisce di considerare questa autodistruzione come una figura del desiderio è la constatazione che nel passare dall'universale al particolare, l'operatore si trova nella frustrazione. È questo un passaggio ipotizzato come movimento sotterraneo, tenace ma infinito, una rivoluzione silenziosa attraverso la quale la società ritornerebbe alla follia.

Più realisticamente Lacan non ci propone un ritorno della società alla follia, dal momento che essa già la contiene – addirittura come normalità – ma un ritorno del godimento, catturato nel ricircolo superegoico dal capitalismo, al desiderio del soggetto. L'analisi non è che l'attraversamento delle illusioni attraverso le quali il godimento si pone come causa del desiderio, fino a che si produca un desiderio che è invece desiderio di sapere. È quanto si può contrapporre alla tecnica.

A queste condizioni mi pare che sia auspicabile che l'attaccamento al particolare e la fedeltà alla clinica che Basaglia ci ha insegnato si incontrino con l'etica della psicoanalisi, così come Lacan l'ha riscoperta, per non naufragare nella morale del sacrificio o della sovrapposizione della frustrazione. Per concludere vorrei passare in rassegna i motivi dell'opposizione basagliana

alla psicoanalisi e sottoporli al vaglio di questa ipotesi di lavoro.

La psicoanalisi che conobbe Basaglia si era accostata al problema della malattia mentale alla luce della via aperta da Jaspers (vedi H. Hey), che cioè essa si applicasse ai «rapporti di comprensione», per lasciare alla scienza il fenomeno psichico fondamentale, il nucleo organico della malattia. Lacan ha presto rifiutato con veemenza la lusinga di questo dualismo e ha riproposto l'ipotesi di una scienza che includesse l'inconscio. Basaglia semplicemente ha rifiutato il compromesso manicheo come «scienza borghese».

In conseguenza di quel compromesso la psicoanalisi operava un cortocircuito tra il malato e il terapeuta («privatizzazione del conflitto»), invece che immettere la soggettività in un circuito molto più ampio, introducendo il luogo dell'Altro come decentramento della relazione intersoggettiva.

In sintesi il rifiuto della psicoanalisi aveva una motivazione di tipo storico. La strategia basagliana si opponeva a quella che seguivano gli psicoanalisti, al di fuori di Lacan, che entravano negli ospedali psichiatrici «paralizzandone i processi di cambiamento, spezzando i sistemi di alleanza e rafforzando la corporazione degli psichiatri»<sup>22</sup>. Perciò si riteneva che a livello politico l'ingresso delle teorie psicoanalitiche permettesse di modernizzare e quindi di rinsaldare l'istituzione manicomiale. Così ad esempio veniva valutata l'esperienza francese del settore.

Oggi siamo in un tempo nuovo e si tratta di mettere alla prova il dispositivo del discorso analitico come erede di quell'uso foucaultiano del senso storico<sup>23</sup> che abbiamo trovato nell'opera di Basaglia<sup>24</sup>.

Si può dire, in conclusione, che propongo un Lacan che interpreta il desiderio di Basaglia, riproponendo la follia come limite della libertà umana.

Le foto di Jacques Lacan sono tratte da «La Psicoanalisi», rivista del campo freudiano n. 10, 1991, Edizioni Astrolabio, Roma.

1. Possiamo schematizzare quest'opera, che risiede essenzialmente in un insegnamento (altri direbbe che è di natura epistemica) con un matema:

caso      ➔      (clinica-trasmissione)  
cura                      resto

Si tratta di un processo di ri-significazione della cura attraverso la produzione di un nuovo significante della

cura, capace di rinnovare la trasmissione, di produrre una discussione e un'autorità (decisione) che rinnovano la clinica rendendola più adeguata al reale in gioco nel disagio sociale. Come in ogni significazione si produce un resto: sta a noi, gli allievi, non farne il nucleo di aggregazione per la preclusione dell'opera.

2. *Che cos'è la psichiatria?*, a cura di F. Basaglia, Amministrazione Provinciale di Parma, Parma 1967, Einaudi, Torino 1973.

3. *Le Seminaire XVII. L'envers de la psychanalyse*. Le Seuil, Paris.

4. J. Lacan, *Il Seminario III. Le psicosi*, Einaudi, Torino, 1981.

5. *American Journal of Sociology*, 46, 1943, pp.33-38.

6. Cit. in Franco Basaglia, *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971, p. 39.

7. Cameron, cit.

8. Basaglia, *ibid.*, p. 41.

9. *Ibid.*, p. 40.

10. Basaglia, *Scritti*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1981, vol II, p.430.

11. Basaglia, *Conferenze brasiliane*, trad. it. a cura di M. Cannone, D. De Salvia, A. Rolle, p. 28, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Pistoia 1984.

12. *Il giardino dei gelsi*, intervista a cura di E. Venturini, Einaudi, Torino 1979, p. 225.

13. Basaglia, *Scritti*, cit., p. 429.

14. *Id.*, p. 472.

15. Basaglia, *Il giardino dei gelsi*, cit., p. 224.

16. *Ibid.*, p. 225.

17. Basaglia, *Scritti*, cit., p. 427.

18. *Ibid.*, vol I, p. 466.

19. Basaglia, *Crimini di pace*, p. 67, Einaudi, Torino 1975.

20. *La nave che affonda*, intervista a cura di S. Taverna, p. 88, Savelli, Roma, 1978.

21. *Ibid.*, p. 146.

22. Intervento di G. Gallio, in *Follia e paradosso*, Edizioni «e», Trieste 1995, p. 146.

23. Uso parodistico, distruttore di realtà, dissociativo, distruttore di identità, sacrificale, distruttore di verità.

24. Ripensare il discorso del Padrone come il rovescio della psicoanalisi porta alla realtà di un soggetto diviso, al desiderio dell'analista come rottura dell'identità professionale, alla verità come causa e non più come sapere.

# Franco Basaglia

LUCIO SCHITTAR

Mi ricordo di Franco Basaglia soprattutto in due situazioni: quando l'ho conosciuto la prima volta, e quando non era più in sé. Avevo deciso di cambiare i miei interessi medici, e perciò con la mia morosa mi avviavo verso Gorizia (allora, credo, non c'era ancora l'autostrada Venezia-Trieste) in Cinquecento. La pianura era segnata dai fiori del Carso; ai lati della strada sorgevano costruzioni strane perché sempre uguali (erano armi nascoste in falsi covoni, in false case, ecc.). In fondo al panorama della pianura si vedeva il Castello di Gorizia, alto sulla città, e

l'alto ponte sull'Isonzo. Verso la Jugoslavia, verso il confine di Stato vi era il quartiere di San Pietro, e lì vi erano gli ospedali: l'Ospedale Civile, che aveva di fronte, al di là della strada, il cancello dell'Ospedale Psichiatrico. La palazzina della Direzione era quella che s'incontrava per prima; al di là erano disposti, in un parco bellissimo, i padiglioni: i maschili a sinistra, i femminili a destra, una chiesetta in fondo in mezzo. Essi avevano questa sequenza: reparto A, che era il reparto di osservazione; il B, che in passato era il reparto di sorveglianza; il C che allora era il reparto chiuso, che pesava sulla coscienza di tutti, ed era il reparto dove erano accolte le persone "peggiori"; il D, un reparto di lavoratori, comunque un reparto di persone che non disturbavano. Nel reparto D maschile vi era la Sala Riunioni e, poco discosto, il locale del bar, dove si mescevano bevande analcoliche e birra leggera.

Andai a parlare quel giorno con Franco Basaglia, che era Direttore di quell'Ospedale Psichiatrico. Parlando con lui mi sorprese la sua informalità, e il fatto che non aveva assolutamente l'alterigia che allora distingueva i primari. Onestamente disse che, se volevo lavorare con lui, dovevo fare all'inizio un periodo di volontariato, e che in seguito lui avrebbe provato a promuovere la mia assunzione come Medico

Quando il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di Udine ha affidato alla Redazione de «L'Ippogrifo» il compito di curare i presenti *Atti*, abbiamo chiesto a Lucio Schittar che ci comunicasse il suo ricordo su Franco Basaglia. Il giorno successivo ci ha consegnato due pagine che riportiamo, le quali, ci sembra, suggellano il rispettoso, affettuoso tributo degli organizzatori del convegno e della nostra rivista alla figura e al pensiero di Franco Basaglia. (La redazione de «L'Ippogrifo. La Terra vista dalla Luna»).

di Reparto. Io risposi che ero d'accordo; lui nell'insieme rispose positivamente alle mie richieste e ci lasciammo con quell'intesa. L'Ospedale Psichiatrico era proprio al Confine dello Stato (tant'è vero che il confine più all'interno dell'ospedale era segnato per terra solo con segni bianchi, e tanto facilmente veniva superato che bisognava andare alla vicina Stazione di Confine a ritirare il paziente "espatriato"), e la città di Gorizia era allora da poco reduce di una sanguinosa divisione. All'inizio di ogni riunione di

Medici e Assistenti sociali c'era una Assistente sociale anziana (di famiglia slovena) che buttava in mezzo al tavolo delle caramelle, che servivano di certo a consolare i Medici che erano in tensione per i problemi di ogni giorno dell'ospedale, ma, e mi sono reso conto di questo molti anni dopo, servivano anche come segno di pace, fra le fazioni che nel recente passato vi avevano imperato. Gorizia era allora una città divisa; gli era stato imposto a forza un confine che, per esempio, separava dal resto della città la stazione ferroviaria. Perciò in questa realtà portata agli estremi ogni apertura a nuove idee suonava come una cosa che volesse cambiare il passato. In definitiva anche i piccoli cambiamenti in quell'atmosfera sembravano grandi, e venivano ostacolati. Si pensi, per esempio, a quanta importanza venne data al fatto che alcuni lungodegenti, accompagnati da un infermiere, in Settimana Santa, durante una breve uscita avessero mangiato panini col salame.

L'incontro con Basaglia era stato quello con un Medico sicuramente importante ma capace di comunicare anche con le persone meno strutturate. Io andai in seguito a lavorare là; vi passai, come era stato detto, i vari stadi della mia professione di medico: Medico volontario, Medico di Reparto incaricato, ecc... Poiché parlavo abbastanza bene l'inglese mi recai in Scozia presso



Gorizia, anno (probabile) 1967. Palazzina della Direzione, riunione del gruppo di lavoro dei "goriziani" (da sinistra verso destra): Franco Basaglia, Domenico Casagrande, Antonio Slavich, Giovanni Jervis, Agostino Pirella, Letizia Comba, Fruttini (capo infermiere) e Lucio Schittar.

l'ospedale di Dingleton, in cui Maxwell Jones lavorava, dove rimasi qualche giorno, riportando le mie impressioni della Comunità Terapeutica. Lavorai a Gorizia, dove ebbi un rapporto quotidiano con Basaglia e con gli altri medici, Slavich, Jervis, Pirella, Casagrande, Tesi, Ali, Gobbo. Ricordo di aver visto Franco Basaglia ammalato, dopo la proclamazione della Legge 180, dopo la costituzione del gruppo di Psichiatria Democratica (che venne così chiamata, penso, per analogia con Magistratura Democratica), e dei suoi *Fogli di Informazione*. Ricordo di averlo visto in coma fino alla sua morte, alla fine dell'agosto 1980; di aver partecipato ai suoi

funerali, e, fra il compianto generale, di aver visto a Venezia la sua bara calata in una gondola che si avviava verso il Cimitero di San Michele. Ricordo che, con la sua scomparsa, sicuramente venne a mancare non solo una persona importante pubblicamente per il movimento nazionale di cambiamento psichiatrico, ma anche una persona che sapeva comunicare anche con le persone poco colte, con le persone qualsiasi che incontrava ogni giorno nel corso del suo lavoro, costituendo un esempio per chi ne voleva seguire le orme.

Pordenone, 19 luglio 1999



# INDICE

Superare il Manicomio  
*di Mario Novello*

PAGINA TRE

## **Soggetto e Istituzione: l'eredità di Franco Basaglia**

Introduzione alla Giornata di Studio  
*di Gelindo Castellarin*

PAGINA SETTE

Dalla lotta anti istituzionale  
alle nuove forme di disagio e segregazione  
*di Augusto Casasola*

PAGINA NOVE

Quale politica per la salute mentale  
alla fine di un secolo di riforme?  
*di Franco Rotelli*

PAGINA VENTUNO

Franco Basaglia e l'utopia della realtà  
*di Giovanna Gallio*

PAGINA VENTICINQUE

La Comunità Terapeutica e i destini della cura  
*di Francesco Stoppa*

PAGINA TRENTASETTE

Franco Basaglia maestro di pensiero:  
una proposta di lettura  
*di Mario Colucci*

PAGINA QUARANTATRE

L'eredità di Franco Basaglia  
*di Franca Ongaro Basaglia*

PAGINA QUARANTANOVE

## **Appendice**

Basaglia con Lacan  
*di Carlo Viganò*

PAGINA CINQUANTACINQUE

Franco Basaglia  
*di Lucio Schittar*

PAGINA SESSANTUNO





SUPERARE IL MANICOMIO *di Mario Novello* ■ INTRODUZIONE ALLA GIORNATA DI STUDIO *di Gelindo Castellarin* ■ DALLA LOTTA ANTI ISTITUZIONALE ALLE NUOVE FORME DI DISAGIO E SEGREGAZIONE *di Augusto Casasola* ■ QUALE POLITICA PER LA SALUTE MENTALE ALLA FINE DI UN SECOLO DI RIFORME? *di Franco Rotelli* ■ FRANCO BASAGLIA E L'UTOPIA DELLA REALTÀ *di Giovanna Gallio* ■ LA COMUNITÀ TERAPEUTICA E I DESTINI DELLA CURA *di Francesco Stoppa* ■ FRANCO BASAGLIA MAESTRO DI PENSIERO: UNA PROPOSTA DI LETTURA *di Mario Colucci* ■ L'EREDITÀ DI FRANCO BASAGLIA *di Franca Ongaro Basaglia* ■ BASAGLIA CON LACAN *di Carlo Viganò* ■ FRANCO BASAGLIA *di Lucio Schittar*