

FOCUS Il paziente a una dimensione.
Critica all'internamento post-manicomiale

Antonio Esposito

In nessun momento abbiamo nutrito l'illusione di trasformare lo spazio dell'internamento in uno spazio "clinico" o "multi-disciplinare", per la consapevolezza profonda di due ordini di problemi: da un lato la "malattia" si costituisce nel sociale come processi di sanzioni, di restrizioni, di scambi, di resistenze accumulate che rafforzano il "germe"; dall'altro l'ospedale psichiatrico non è mai stato altro che la sanzione definitiva della esistenza del "contagio", il luogo che con la sua esistenza, determinava ed organizzava la presenza minacciosa dei germi e l'inevitabilità, a certe condizioni, di andarveli a depositare. Assumere il manicomio in tutta la sua consistenza di focolaio di infezione significa trovare una coerenza in facce opposte di una stessa realtà: comunità terapeutiche, manicomi, servizi territoriali, ospedali giudiziari si intrecciano costantemente capaci di convivere grazie, non solo all'inerzia del sistema, ma alla logica di un piano che non rischia su spazi vuoti di controllo [...] le difficoltà quotidiane a rompere la reazione a catena della psichiatrizzazione rappresentano in modo chiaro le contraddizioni in cui si muove la situazione italiana

Franco Basaglia, *Sono profonde le radici del ghetto*¹

Lo zoo

«Dopo 20 anni di prigionia, l'orsa Ina è ancora intrappolata nella sua gabbia virtuale. Ogni volta che vai a visitare uno zoo con piccole gab-

¹ F. Basaglia, *Sono profonde le radici del ghetto*, in "L'Unità", domenica 26 giugno 1977, p. 3.

bie o un circo dove si esibiscono gli orsi, ricordalo»². È il tweet lanciato il 15 gennaio 2021, dal Liberty Sanctuary, che sorge a Zărnești, in Romania, un'area protetta di 69 ettari di bosco di querce, dove sono stati accolti oltre 120 orsi salvati dalla cattività di zoo e circhi. Il cinguettio del Santuario degli orsi mostra un filmato nel quale l'orsa Ina, dopo aver trascorso vent'anni in uno zoo romeno, dove ha condiviso un piccolo recinto con la sorella, pur rimessa in libertà, continua a girare in tondo lungo il perimetro di una piccola zolla di terra. L'animale reitera le stereotipie sedimentate in tanti anni di prigionia, nel corso di un processo che l'ha portata a riadattare comportamenti, gesti, capacità cognitive, la sua stessa istintualità, a uno spazio ristretto, a obblighi e limiti imposti dalla condizione in cui è rimasta costretta e che Ina ha introiettato, fino a renderla sedimento della sua stessa identità animale. Sarà necessario molto tempo perché l'orsa possa tornare a vivere pienamente una condizione di libertà, e, comunque, gli anni passati allo zoo resteranno come traccia indelebile della propria esistenza, continuando a determinarne parte significativa del suo essere al mondo.

Torna alla mente la descrizione della vita manicomiale realizzata da Aldo Trivini che, con un memoriale del 1975, portò alla luce gli abusi, le violenze, le morti che si succedevano nel manicomio criminale di Aversa dove era internato. Quella denuncia, insieme al video realizzato dallo stesso Trivini con una piccola videocamera "Super 8" introdotta clandestinamente tra le mura asilari, e ancora con le diverse testimonianze e i documenti raccolti, tutto questo materiale costituì la base di un processo che, in primo grado, con grande eco mediatica, portò, tra l'altro, alla condanna del direttore del manicomio, Domenico Ragozzino, poi morto suicida prima della sentenza d'appello. Tra le pagine redatte da Trivini (e recuperate da chi scrive insieme a Dario Stefano Dell'Aquila³), si trova questo resoconto delle passeggiate in cortile: «Stavamo ancora parlando quando vediamo due guardie che con un bastone in mano spingevano i detenuti nel cortile esterno. Chiesi a Chirico dove bisogna-

² Il tweet è stato pubblicato il 15 gennaio 2021 alle 1:28 pm sul profilo del Liberty Sanctuary all'indirizzo <https://twitter.com/LibertyBears/status/1350057364095979520>.

³ Cfr. D.S. Dell'Aquila, A. Esposito, *Cronache da un manicomio criminale*, edizioni dell'asino, Roma 2013.

va andare egli mi rispose “allo zoo”. “Come allo zoo? (perché le guardie chiamavano il cortile esterno lo zoo)”. Con Chirico mi avvicinai agli altri e da come le guardie ci spingevano, facendoci vedere il bastone, capii perché lo chiamavano lo zoo. Non mancava nulla alla scena: oltre alle bestie e ai domatori, c’erano pure i cani, rappresentati dagli scopini che, come cani ammaestrati, rincorrevano quei detenuti sparpagliati o che tardavano a mettersi in fila. Una volta dentro lo zoo, mi parve chiaro come il nome fosse indovinato. I detenuti, dentro, attaccati alla rete, rappresentavano gli animali, le guardie e i servi erano i guardiani. Sporchi, laceri, sozzi, con fagotti sulle spalle, giravano per il cortile, uno dopo l’altro, alcuni che erano più decenti sedevano sulle panchine, altri sdraiati per terra come cose morte»⁴. Il racconto prosegue descrivendo scene che testimoniano l’abbrutimento e la reificazione determinati dalle logiche, dalle prassi e dalla stessa strutturazione di quel luogo: «ogni qualvolta [...] gli internati] vedevano uno con la sigaretta accesa, specialmente quando sulla strada che fiancheggiava il cortile passavano i lavoratori o qualunque persona che vestisse abiti borghesi. Come gli animali del giardino zoologico si avvicinavano per ricevere le noccioline dai visitatori, questi si aggrappavano alla rete per ricevere qualche cicca: solo che i visitatori danno alle scimmie, alle giraffe, agli elefanti qualunque cosa, ma se capitava qualcuno che dava la cicca, la faceva volare oltre la rete e “gli animali”, cercando di prenderla si azzuffavano fra loro. Queste cose, che alle guardie piacciono tanto, venivano fatte apposta per ridere; infatti i detenuti non chiedono mai una cicca alle guardie, al massimo quando vedono una guardia fumare le stanno appresso, finché non butta la cicca, poi, quando la butta, improvvisamente 4 o 5 di loro si buttano contemporaneamente sulla cicca, è per questa ragione che quando si sta nel cortile e la guardia vuole ridere, non deve far altro che lanciare la cicca sopra la testa. Comunque altre 2 ore passarono e poi di nuovo con bastoni per spingerci dove dovevamo andare. Come pecore si tornò di sopra, di nuovo dentro le stanze per la conta e poi ci sarebbe stata la cena»⁵.

Assumendo, per semplificazione, che la nostra stessa condizione di viventi sia determinata innanzitutto da tempo, spazio e relazioni,

⁴ Ivi, pp. 94, 95.

⁵ Ivi, pp. 95, 96.

si evidenzia come l'istituzionalizzazione, propria di quelle che con Goffman abbiamo imparato a definire "istituzioni totali"⁶, si realizzi proprio attraverso un'azione continua che, concentrandosi sui corpi, incide su queste tre determinanti, contraendo, distorcendo, obbligando, nelle maglie intrecciate da regolamenti, norme e controlli, i tempi e gli spazi del vissuto quotidiano, le modalità e le possibilità stesse delle relazioni con l'Altro da me e quindi con me stesso.

Con Robert Castel, allora, si può affermare che: «Il manicomio, vera idea platonica incarnatasi nella storia, rappresenta perciò il modello luminoso di una politica di controllo totale interamente ricoperta di razionalizzazioni medico umanitarie. Lo sradicamento sistematico dei malati mentali dal loro ambiente d'origine concreto, la loro manipolazione istituzionale nel quadro socio-amministrativo dell'istituzione (che risparmia un rapporto terapeutico personalizzato), la ricomposizione di un profilo regolato da norme del malato attraverso l'interiorizzazione del regolamento, della disciplina, delle gerarchie e dei compiti dell'ordine manicomiale, questa logica pura dell'istituzione totalitaria sviluppata nel corso di un secolo dalla psichiatria dovrebbe anche rappresentare la forma terapeutica più raffinata [...] Questi luoghi sono così diventati ciò che tutto li destinava ad essere, luoghi esclusivi di custodia, terreni desolati per una gestione puramente amministrativa della devianza. Gli psichiatri hanno ripetuto il ritualismo monotono della segregazione sociale. Non gli si chiedeva altro»⁷.

Le funzioni del manicomio

Riprendiamo in questo scritto una tripartizione del ruolo e delle funzioni assunte dal manicomio già esplicitata nel volume *Le scarpe dei matti*⁸. Si tratta, evidentemente, di categorizzazioni esemplificative e

⁶ Cfr. E. Goffman, *Asylum. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, Doubleday & Company, Inc., New York, 1961, trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylum. Le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino, 1968.

⁷ R. Castel, *Le psicanalysme*, Librairie François Maspero, Parigi 1973, tr. it. di L. Fontana, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, Einaudi, Torino 1975, pp. 158.

⁸ Cfr. A. Esposito, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi*

non esaustive, che non comprendono tutte le dimensioni funzionali assunte dal manicomio, e, tuttavia, ci aiutano a rendere esplicita l'azione di governo dei viventi che l'istituto asilare realizza. Evidentemente, anche la suddivisione operata non deve intendersi in modo rigido, operando, nella realtà fattuale, sovrapposizioni e intrecci che superano le distinzioni qui tratteggiate tra “manicomio chirurgico”, “manicomio balia”, e “manicomio guardiano”.

La funzione “chirurgica”, è determinata dalla necessità di eradicare dal corpo sociale la parte malata, di allontanarla, isolarla e sterilizzarla in quanto causa di infezione. La psichiatria asilare, infatti, rispetto alla medicina, opera un'azione teorica e operativa espansiva, che la porta a ridefinire il proprio campo di intervento al di là del singolo corpo, del soma individuale, fino a ricomprendere la società nella sua complessità. Come scrive Franco Basaglia, in collaborazione con Maria Grazia Giannichedda, nel 1979, in una relazione presentata a Oxford: «I confini del corpo da curare, identificati nella medicina nel limite fisico del “soma”, su cui si costituisce la specificità e l'autonomia della scienza medica, nel caso della psichiatria sfumano e si dilatano fino a coincidere col corpo sociale. Ciò che nella psichiatria è malato è infatti tutto ciò che l'organizzazione sociale definisce di volta in volta pericoloso per il suo equilibrio. Curare la malattia significa perciò incidere, devitalizzare, asportare tutto ciò che mette in pericolo il benessere sociale. Salute e guarigione sono perciò, nella psichiatria, la salute e la guarigione del corpo sociale: il singolo corpo malato diventa puro germe, luogo di infezione, veicolo di contagio, che va riconosciuto, selezionato e sterilizzato nel vuoto sociale del manicomio»⁹. Questa funzione trova piena spiegazione nella Legge n.36 del 1904¹⁰, che determina le modalità dell'intervento psichiatrico nel nostro Pae-

psichiatrici in Italia (1904-2019), ad est dell'equatore, Napoli 2019, si veda in particolare il cap. 8°, p. 395 e sgg.

⁹ F. Basaglia, in collaborazione con M. G. Giannichedda, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, Relazione all'International Congress of Law and Psychiatry, Oxford 1979, in F. Basaglia, *Scritti, vol. II 1968- 1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1981, p. 448.

¹⁰ Legge 14 febbraio 1904, n. 36, recante “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”.

se fino alla Legge 180 del 1978¹¹ (seppure con le modifiche introdotte dalla “Legge Mariotti” nel 1968¹²): al manicomio viene esplicitamente affidata, infatti, la funzione di luogo deputato a liberare la società dall’infezione rappresentata dal folle. Lo chiarisce con inequivocabile nettezza lo psichiatra Leonardo Bianchi al momento della discussione della Legge (di cui è relatore) in Parlamento: «Dato che gli organismi più forti, parlo degli organismi sociali, sono quelli, i quali più prontamente si liberano di tutti quegli elementi i quali impediscono il libero e spedito funzionamento individuale e collettivo dell’organismo sociale medesimo, si doveva pur trovar modo a collocare convenientemente quelli, che in certi ambienti ingombrano ed impediscono, mentre possono essere in altri, efficaci unità. Il folle che ingombra la società simboleggia, nell’organismo sociale quello, che rappresentano le tossine, le infezioni nell’organismo individuale [...] L’organismo sociale più forte elimina prontamente tutto quello che ingombra, che non è produttivo, che impedisce e disturba il lavoro degli altri componenti normali nel proprio mezzo»¹³. L’istituto asilare, dunque, si definisce non a partire dai bisogni e dalle necessità di chi è considerato folle, quanto, piuttosto, dalla pretesa di purificazione del corpo sociale, realizzata, attraverso un rimando di specchi distorti, con un processo di eugenetica sociale negativa attraverso il dispositivo di internamento del folle, sottratto alla socialità, alla cittadinanza, alla familiarità e ridotto all’alienazione, all’estraneità, all’interdizione.

Il *corpus* di sanzioni e provvedimenti che definiscono questo processo necessita di una complessa interazione tra strutture e figure istituzionali, sociali e professionali, dai funzionari dei diversi apparati dello Stato (giudici, amministratori della cosa pubblica, medici, tutori dell’ordine pubblico) fino alla famiglia dell’internato, ai suoi conoscenti e datori di lavoro. La chiave di volta dell’architettura di questo dispositivo è però nella perizia psichiatrica (e quindi nei saperi e

¹¹ Legge 13 maggio 1978, n. 180, recante “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.

¹² Legge 18 marzo 1968, n. 431 recante “Provvidenze per l’assistenza psichiatrica”.

¹³ L. Bianchi, intervento nel corso della Discussione in merito al Disegno di legge su manicomi e alienati, Camera dei Deputati, Tornata di mercoledì 10 febbraio 1904, in “Atti parlamentari Camera dei deputati”, XXI Legislatura, 2ª sessione, discussioni, pp. 10600, 10601.

nei discorsi di verità della psichiatria) che consente la legalizzazione dell'internamento stesso, tanto per quanto concerne i manicomi civili che quelli criminali (in ambito penalistico, come noto, la perizia psichiatrica continua a rivestire un ruolo determinante ancora oggi, anche successivamente al superamento degli Opg operato dalla Legge 81/2014, sussistendo ancora la non imputabilità dell'autore di reato cui viene riconosciuto un vizio di mente, e la comminazione di una misura di sicurezza in base all'attestazione della sussistenza prognostica della pericolosità sociale).

Luogo deputato a “difendere la società”, per realizzare questa funzione, il manicomio, nelle sue articolazioni civili e giudiziarie, determina un'interrelazione ambigua tra la sfera politico/giuridica da un lato, e quella medico/psichiatrica dall'altro, sicché la sua funzione, come insegna Castel, non può essere intesa quale intervento meramente repressivo: «È [...] troppo facile (dettato dalla pigrizia, e oggi, senza audacia intellettuale) affermare la funzione unicamente repressiva della psichiatria. Se la psichiatria assume funzioni repressive, è proprio perché non è la polizia e non si limita a raddoppiarne puramente e semplicemente l'efficacia [...]. La psichiatria è una strategia del controllo sociale che ricopre il potere tecnico-amministrativo di razionalizzazioni mediche che essa esercita. Ma una razionalizzazione è quasi sempre qualcosa di più di una razionalizzazione. Ed è tanto più operante come copertura quanto più esercita un'azione propria nei compiti che è tenuta ad assumere»¹⁴.

La psichiatria assume il mandato politico-amministrativo di controllo della devianza, che si realizza nell'azione dell'internamento e che, tra le mura dell'istituto asilare, definisce un orizzonte teorico e operativo volto a indocilire le individualità somatiche dei folli. È la funzione che abbiamo definito “balia”, un processo di quotidiana infantilizzazione del malato psichiatrico, una presa in carico totale della sua esistenza, volta a renderlo un corpo docile, un corpo che può essere assoggettato attraverso una minuziosa azione di disciplinamento che si realizza a partire dai regolamenti e poi in tutte quelle tecniche che agiscono direttamente sui corpi con un fine dichiarato terapeutico, ma spesso sconfinanti in vere e proprie prassi di tortura. Nel

¹⁴ R. Castel, op. cit., pp. 154-155.

manicomio, come in uno zoo, tutto viene “disciplinato”: lo spazio, il tempo, le relazioni, e quindi le attività che vi possono essere svolte, i bisogni, i piaceri, i desideri, i comportamenti. Questa microfisica del potere, tuttavia, incontra delle resistenze, delle contromisure messe in atto da parte degli stessi internati, contro cui reagisce attraverso una serie di risposte di natura tecnico-disciplinare. Un dispositivo che definirà (ben più dei saperi e delle conoscenze scientifiche) le tecniche trattamentali asilari. Seguiamo la lezione di Foucault: «[...] tutto quello che era stato definito come possibile sistema di cura dalla teoria medica e dall’analisi, sia sintomatologica che anatomopatologica, della malattia mentale, veniva costantemente riutilizzato, non più tuttavia a scopo terapeutico, bensì all’interno di una tecnica di direzione. [...] sistemi come la doccia, come la cauterizzazione, come la “moxas”, e così via, all’inizio è certo che erano stati prescritti a partire da una certa concezione dell’eziologia della malattia mentale o dei suoi correlati organici: per esempio, la necessità di agevolare la circolazione sanguigna, di decongestionare una certa parte del corpo e così via. Ben presto, tuttavia, simili metodi d’intervento, proprio perché risultavano spiacevoli per il malato, furono destinati a un uso diverso, essendo riutilizzati nel contesto di un sistema propriamente direttivo, vale a dire come forme di punizione [...] tutto questo è continuato fino ai nostri giorni, come dimostra il modo in cui è stato utilizzato l’elettroshock, che è esattamente di questo tipo»¹⁵. Gli interventi trattamentali, secondo l’interpretazione foucaultiana, assumono lo scopo di portare il disciplinamento asilare sul corpo e nel corpo degli internati, trasformando quanto le teorie mediche in tecniche di controllo e disciplinamento: «Per essere ancora più precisi, potremmo dire che l’utilizzo degli stessi sistemi terapeutici non è stato altro, in generale, che il prolungamento della disciplina manicomiale fin alla superficie del corpo o al suo interno. Quale altro significato aveva, in fondo, il fatto di investire con getti d’acqua un malato? A un certo livello, quello della teoria, si trattava di assicurare una migliore circolazione del sangue; mentre utilizzare il laudano, l’etere – come si è fatto spesso,

¹⁵ M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*, Seuil/Gallimard, Parigi 2003, trad. it. di M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2004 pp. 169, 170.

nei manicomi, tra il 1840 e il 1860 – significava in apparenza calmare il sistema nervoso del malato. Ma tutto questo, in realtà, equivaleva semplicemente a prolungare, fin dentro il corpo del malato, il sistema del regime manicomiale, il regime della disciplina; significava assicurare, così, la calma che era prescritta all'interno del manicomio, prolungarla sino a farla penetrare all'interno del corpo del malato. L'uso che ai nostri giorni si fa dei tranquillanti è dello stesso tipo. All'interno della pratica manicomiale si è dunque verificata molto presto questa sorta di reversione, che ha trasformato ciò che era definito dalla teoria medica come possibile mezzo terapeutico in elemento del regime disciplinare»¹⁶.

Anche la strutturazione fisica del manicomio risponde a precipue necessità disciplinari: i reparti manicomiali, infatti, non sono strutturati a partire dal differente inquadramento nosologico dei ricoverati, ma vengono definiti sulla base di un giudizio valutativo in merito alla capacità di adattamento dell'internato al sistema disciplinare dell'istituto, definendo, al contempo, un sistema di passaggi da un reparto all'altro quale ordine premiale o punitivo: dopo il periodo nel reparto di osservazione, l'internato svolgerà la sua “carriera istituzionale” passando e ripassando attraverso i reparti per i “tranquilli”, gli “agitati”, gli “oppositori”, i “sudici”. L'adattamento alle regole e all'ordine istituzionale può determinare l'accesso alle agevolazioni concesse al reparto “tranquilli” (non essere legati a un letto di contenzione, una relativa libertà di movimento, la possibilità di partecipare alle attività lavorative e di svago); per chi manifesta segni di insofferenza e ribellione si apriranno le porte del reparto “agitati”, con le giornate segnate dalla contenzione; se si viene considerati “cronici”, si disegna il mesto destino del totale abbandono, finanche nelle proprie feci, proprio del reparto dei “sudici”. Tra questi gironi si struttura poi “l'infermeria”, che le testimonianze di molti internati raccontano spesso come luogo di punizione. Riprendiamo ancora le riflessioni foucaultiane: «tale distribuzione non aveva, a rigore, nulla a che vedere con la suddivisione nosografica delle malattie mentali che troviamo formulata nei testi teorici [...] Per contro, possiamo osservare come le suddivisioni che vengono concretamente istituite all'interno dei manicomi siano

¹⁶ Ivi, p. 170.

di genere assolutamente diverso. A essere operanti, infatti, sono le differenze tra curabili e incurabili, tra malati tranquilli e malati agitati, tra malati docili e malati ribelli, tra malati in grado di lavorare e malati che ne sono incapaci, tra malati punibili e malati che non possono esserlo, tra malati da sorvegliare costantemente e altri che devono esserlo solo di tanto in tanto, oppure che non devono esserlo per niente»¹⁷.

Se la prima funzione, quella chirurgica, si svolge dall'esterno verso l'interno, e la seconda, quella balia, si struttura all'interno dell'ospedale psichiatrico, la terza funzione individuata, quella del "manicomio guardiano", realizza, infine, un'azione che dall'interno si proietta verso l'esterno. Il manicomio, infatti, disegna quello che Castel ha definito un "paesaggio morale", definendosi quale strumento di ordine sociale al di là del suo operato trattamentale: «I manicomi, questi grandi edifici eretti al limitare delle città, dominano dunque anche un paesaggio morale. Il consenso sociale esce rafforzato dal mantenere nei margini della comunità una rappresentazione ad un tempo discreta e spettacolare del destino di quelli che hanno fallito. Fin dalla loro architettura e nella loro localizzazione geografica, i manicomi come le prigioni, chiusi ma visibili, imponenti ma in disparte, dalle forme comuni ma maestose, nella loro austerità, assumono questa funzione di nascondere – mettere in mostra l'indicibile. [...] non si limitano dunque a ripulire la superficie del corpo sociale, sbarazzandolo dagli indesiderabili che sono i malati mentali. Fanno anche da guardia sulle frontiere della ragione e della follia. Ma per far ciò non hanno bisogno essenzialmente di guarire e nemmeno di rinchiudere per sempre. Se anche non ci fossero che pochi pazzi, insegnerebbero a tutti quanto è utile e prudente essere normali»¹⁸.

Le città dei matti, dunque, sono allo stesso tempo contenitori di vite di scarto e baluardo ammonitore per chi resta tra i sani; le loro mura segnano il limite, il confine tra i cittadini e quanti sono esclusi dai diritti di cittadinanza; il manicomio, nasconde i corpi ma mette in mostra l'angoscia, è un gigantesco e materiale luogo di detenzione

¹⁷ Ivi, p. 169.

¹⁸ R. Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Les Editions de Minuit, Paris 1976, tr. it. di G. Procacci, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano 1980, p. 180.

ma promette di curare la follia, ed è anche, al contempo, un etereo fantasma psichico della società: l'Asilo psichiatrico diventa la concretizzazione architettonica ottocentesca di un più complessivo processo di biologizzazione e naturalizzazione della mostruosità, in cui si ripete *El sueño de la razón produce monstruos*, estraniando il concetto dall'opera di Goya per farne paradigma comparativo atto alla definizione della normalità e della ragione. Seguiamo la lezione di Canguilhem: «Quando la mostruosità è diventata un concetto biologico, quando le mostruosità sono suddivise in classi secondo dei rapporti costanti, quando ci si vanta di poterle produrre sperimentalmente, è giunto il momento in cui il mostro è naturalizzato, l'irregolare viene restituito alla regola e il prodigio alla previsione [...] All'epoca delle favole la mostruosità era l'espressione del potere prodigioso dell'immaginazione. All'epoca degli esperimenti, il prodigioso è considerato un sintomo di puerilità e di malattia mentale; esso denuncia la debolezza o il fallimento della ragione. Si ripete con Goya che “il sonno della ragione genera i mostri”, senza tener conto, appunto, dell'opera di Goya e senza chiedersi a sufficienza se, col termine “generare”, si debba intendere generare dei mostri oppure sgravarsene, se cioè il sonno della ragione non è per caso liberatore anziché generatore di mostri. Quella stessa epoca storica che, secondo Michel Foucault, ha naturalizzato la follia, si sforza di naturalizzare i mostri. Il medio evo, che non deve il suo nome al fatto di aver lasciato coesistere gli estremi, è l'epoca in cui si vedono i pazzi vivere insieme con i sani e i mostri con i normali. Nel XIX secolo il pazzo si trova nell'ospizio dove serve per far vedere cosa sia la ragione, e il mostro si trova nel vaso dell'embriologo, nel quale serve a far vedere cosa sia la norma»¹⁹.

Le diverse funzioni del manicomio, cui qui si è fatto cenno, si sostanziano come specifiche parti di un più complesso e complessivo dispositivo, che rappresenta le fondamenta sulle quali si è strutturata l'istituzione asilare e che oggi sembra sopravvivere al suo superamento: l'internamento.

¹⁹ G. Canguilhem, *La connaissance de la vie*, Vrin, Paris, 1965, tr. it. di F. Bassani, *La conoscenza della vita*, il Mulino, Bologna 1976, pp. 247, 248.

L'internamento. Dall'ospedale psichiatrico alle istituzioni post-manicomiali

Nella sua definizione generica, l'internamento è un dispositivo che sottrae ambiti di libertà garantendo forme di protezione sociale, e può sostanzarsi in diversi luoghi e spazi. Così, ad esempio, nel corso del Novecento, non solo nei regimi totalitari, i campi di internamento hanno rappresentato la risoluzione di specifiche problematiche di carattere politico-sociale²⁰. Nello specifico ambito psichiatrico, ha assunto le ambivalenti forme della “cura e custodia”, della “protezione e sanzione”²¹. Per Foucault, l'internamento nell'*établissement spécial* «rende possibile prendere possesso del corpo stesso. La componente giuridica fondamentale non coincide più, ormai, con la privazione dei diritti civili o dei diritti familiari, bensì con un vero e proprio sequestro del corpo»²². L'azione di sequestro assume, però, proprio grazie alla sanzione medica dello psichiatra, un valore terapeutico, l'esigenza della segregazione è motivata dalla necessità dell'isolamento, l'internamento, spiega Castel, diventa l'architrave dell'edificio asilare, temperando esigenze sociali e ragioni mediche: «In relazione, e a partire dall'internamento, l'alienato è dotato di uno statuto completo: medico (riceve, di massima nell'*établissement spécial*», le cure che il suo stato richiede), giuridico nel duplice senso civile e penale della parola (i suoi beni sono custoditi durante l'internamento, ma, poiché irresponsabile egli non può disporne, così come non può essere considerato penalmente responsabile delle sue azioni) e anche finanziario [...] L'internamento è quindi una nozione estremamente complessa. Essa unisce indissolubilmente la misura medica o paramedica *d'isolamento* alla misura amministrativo – politica di *segregazione*»²³.

L'internamento del folle riceve la sua legittimazione attraverso le normative psichiatriche che traggono spunto dal modello definito dalla Legge francese del 1838, ripreso poi da tutti gli altri Paesi, anche

²⁰ Cfr. H. Arendt, *The Origins of Totalitarianism*, New York 1966, tr. it di A. Guadagnin, *Le origini del totalitarismo*, Einaudi, Torino 2004.

²¹ Cfr. M. Foucault, *Historie de la folie à l'age classique*, Librairie Plon, Paris 1961, trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano I ed. 1963.

²² Ivi, p. 591.

²³ R. Castel, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, op. cit., p. 156.

dalla legislazione italiana del 1904, in cui il folle si configura come una sorta di “nemico sociale” e la follia diventa, come ha mostrato Castel, un “affare di stato”²⁴.

Se la Legge 180 del 1978 può essere considerata, come sottolineato da Bobbio²⁵, una delle più importanti riforme di questo Paese, è proprio perché, superando il manicomio e definendo un sistema di cura della sofferenza psichica strutturato sui servizi territoriali, sottrae legittimità giuridica al dispositivo di internamento, restituendo il sofferente psichico ai suoi diritti di cittadinanza e alla contrattualità sociale. Tuttavia, la sanzione normativa non ha distrutto quello che già Basaglia, all’indomani dell’approvazione della Legge 180, definiva “il fascino discreto del manicomio”²⁶, un insieme di teorie e prassi che ripropone una *Weltanschauung* manicomialista dell’intervento psichiatrico (e non solo), operante attraverso un modello che baratta la cura per la custodia, riproponendo “scatole contenitive” destinate a quanti, donne e uomini, anziani e bambini, sono categorizzati come anormali, devianti, improduttivi, e per questo espulsi dall’insieme sociale. Se il manicomio, con gli edifici e i padiglioni che lo costituivano nel suo gigantismo architettonico, rappresentava un contenitore unico in cui poter internare le persone al di là della loro età e del loro inquadramento diagnostico, l’attuale metamorfizzazione delle sue logiche e prassi si realizza a partire da una loro diluizione in diversi luoghi e strutture, dai nomi più disparati, destinati in modo specifico agli anziani, a persone con disabilità psichica o fisica, a persone con dipendenze, a bambini e adolescenti con disagio o disabilità etc. Allo stesso

²⁴ Cfr. R. Castel. *L'ordine psichiatrico*, op. cit., p. 158.

²⁵ Intervistato nel 1985 da Renato Parascandolo per un progetto enciclopedico multimediale, Norberto Bobbio, pur senza entrare nel merito delle specifiche previsioni normative, cita la 180 come esempio di legge di riforma, capace, secondo il filosofo del diritto, di trasformare la società in quanto ispirata ad un valore ideale, la liberazione dei sofferenti psichici, che non era ancora riconosciuto. Norberto Bobbio, risponde alla domanda “Che cos’è la democrazia” nell’intervista realizzata da Renato Parascandolo presso la Fondazione Einaudi il 28 febbraio 1985 per il progetto *Enciclopedia multimediale delle scienze filosofiche. L’universo della conoscenza*, Rai Radiotelevisione Italiana, Regione Campania, Istituto Italiano degli studi filosofici, consultabile sul portale <http://www.conoscenza.rai.it/>.

²⁶ Cfr. F. Basaglia, *Il fascino discreto del manicomio*, in “la Repubblica”, domenica 16, lunedì 17 settembre 1979, p. 6.

tempo, muta anche la durata dell'internamento. Come ha scritto Maria Grazia Giannichedda: «Oggi, l'internamento non avviene più in grandi luoghi che concentrano le diverse condizioni delle persone che vanno escluse. Oggi, l'internamento permane come dispositivo che riduce la libertà in nome della protezione, ma questa funzione è svolta in un modo che direi più “veloce”, che dura tempi relativamente brevi (se lo confrontiamo con gli internamenti pluriennali, decennali del passato). Oggi, l'internamento è diventato, per così dire, *prêt-à-porter*, un dispositivo che si impiega alla bisogna e che si può reiterare quasi all'infinito»²⁷. In questa dimensione, l'internamento perde la visibilità degli edifici asilari, la possibilità di essere immediatamente individuato e decodificato, replicandosi nelle maglie di altri dispositivi che riproducono, con diverse gradazioni, il rapporto tra cura, sicurezza e custodia: «In genere quelle attuali non costituiscono forme di un internamento ordinato, che ha una proiezione di lungo periodo, fino a durare per sempre. L'internamento, oggi, dura meno nel tempo, non è più concentrato esclusivamente in specifici spazi, si trova in diversi luoghi sociali, in diversi tipi di istituzioni [...] Le forme di riduzione della libertà, di custodia in nome della cura, persistono ovunque, sono molteplici, di diversa tipologia, hanno strutture normative che, al fondo, possono anche essere analoghe, ma che, tuttavia, si declinano in modo molto diverso l'una dall'altra. Fiorisce così, soprattutto nel mondo anglosassone, e in parte anche in Italia, una sterminata tipologia di piccoli dispositivi di internamento che stanno tra la psichiatria, l'assistenza e il carcere, e che dosano cura e custodia in diverse gradazioni. Quindi, se prima il manicomio era molto visibile e voleva essere visibile, era un vero e proprio “orizzonte morale” che conteneva in sé, contemporaneamente, promessa e minaccia, oggi, invece, l'internamento non ha bisogno e non vuole essere visto come tale, non è immediatamente percepibile, ma va riconosciuto e disvelato. Il tema della privazione della libertà in nome sia della cura, in senso sanitario, sia della protezione, in senso sociale, della persona e dalla persona,

²⁷ M. G. Giannichedda, A. Esposito, *L'internamento prêt-à-porter e altri dispositivi del post-manicomio*, in E. Cennini, A. Esposito (a cura di), *Cosa resta del manicomio? Riflessioni sul fascino indiscreto dell'internamento*, in “Cartografie sociali”, n.9, maggio 2020, Mimesis, Milano-Udine, p. 27.

presenta, negli ambiti discorsivi e normativi, confini così sfumati che non sono facili da decodificare»²⁸.

Per comprendere la portata del fenomeno cui stiamo accennando dobbiamo fare un necessario riferimento ai dati. Per il 2018, l'ultimo Annuario statistico sanitario disponibile restituisce una fotografia in cui, facendo riferimento all'assistenza residenziale, abbiamo: 3.475 strutture per anziani (203.679 posti letto, il 69,7% del totale dei posti in strutture residenziali, 292.578 utenti), 2.083 per l'assistenza psichiatrica (23.600 posti letto, 12,2% del totale dei posti, 35.255 utenti), 837 per disabili psichici (12.746 posti letto, 13.848 utenti), 934 per i disabili fisici (14.003 posti letto, 25.660 utenti, complessivamente i posti per persone con disabilità fisica e psichica sono pari al 17% dei posti totali), 293 per pazienti terminali (3.138 posti letto, 1,1% dei posti totali, 47.208 utenti). Complessivamente, quindi, nel 2018, sono state 417.570 (700,1/100mila abitanti) le persone ricoverate nelle 7.683 strutture residenziali censite. A questi numeri dovrebbero aggiungersi le 1.141 strutture riabilitative che offrono 14.632 posti per attività residenziali. Da sottolineare, anche, la distribuzione tra il pubblico e il privato, con una netta prevalenza del secondo: sono 1288 le strutture residenziali censite nel comparto pubblico, 6.395 quelle del privato accreditato. Le statistiche mostrano, per l'ultimo triennio disponibile, una persistente tendenza alla crescita del numero di strutture, posti letto e numero di utenti ricoverati. Tra l'altro, i dati potrebbero essere sottostimati, a fronte di una estrema difformità delle diverse realtà regionali nelle formule di accreditamento delle diverse strutture convenzionate, che possono assumere i più svariati nomi (case albergo, case di cura neuropsichiatrica, case della divina provvidenza, residenze protette etc.). Evidentemente, i diversi istituti non rappresentano un *unicum*, ciascuna tipologia (e in fondo ognuno di essi) presenta proprie specificità e precipue differenze. Tuttavia, escludendo dalle considerazioni che seguono gli *hospice* per pazienti terminali, si palesa un complessivo modello di intervento che, anziché investire sul diritto alla vita indipendente, l'autonomia personale, l'interrelazione comunitaria, la personalizzazione del progetto di presa in carico e/o terapeutico, tende a definire un'azione standardizzata, de-personal-

²⁸ Id., p. 28.

zata e de-contestualizzata dall'ambiente territoriale e familiare in cui la persona vive, dal suo tessuto relazionale, dalla sua stessa biografia. Un modello che, in molti casi, ripropone, sostanzialmente, quel dispositivo di internamento che era proprio delle grandi strutture manicomiali, pur senza una sanzione normativa che lo legittimi e in luoghi certamente diversi da quelli che andavano a costituire le grandi "città dei matti". La maggior parte di questi istituti risponde a precisi parametri strutturali e igienico sanitari che certamente li allontanano dai manicomi: non hanno muri incrostati e reparti sovraffollati, al lordume e al fetore di molti istituti asilari contrappongono lindore e astaticità, perdono alcune caratteristiche propriamente carcerarie per assumere un aspetto più propriamente clinico. Eppure, nella maggior parte di essi si manifesta quel dispositivo che porta all'istituzionalizzazione della condizione di vita o dello stato di sofferenza e/o disabilità della persona, che determina scelte operazionali come la contenzione meccanica, chimica, ambientale, che infantilizza la persona ricoverata privandola di libertà e autonomia finanche nelle più banali scelte quotidiane relative all'igiene personale, all'assunzione di cibo, all'utilizzo del denaro, ne limita o esclude del tutto le possibilità di spostamento e movimento, ne contingenta e regola restrittivamente le relazioni. Inoltre, è un modello che, seppure più breve rispetto a quello manicomiale, tende comunque ad essere di lunga durata, fino a coincidere, soprattutto per la popolazione anziana, con il termine stesso della vita. Nello specifico ambito della salute mentale, l'ultimo rapporto del Ministero relativo al 2019²⁹ indica come: «Il trattamento in centro residenziale è un trattamento di lunga durata in cui il valore nazionale è di 1.044,9 giorni con valori regionali diversi che vanno da 125,2 giorni del Friuli Venezia Giulia a 1.905,5 giorni della Liguria e a 2.097,3 della Toscana»³⁰. Evidentemente, tanto più è lungo il ricovero in una struttura residenziale, tanto meno questo può rispondere al compito cui dovrebbe essere dedicato di un approccio riabilitativo

²⁹ L'ultimo *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2019*, è stato pubblicato dal Ministero della Salute nel giugno 2021 e può essere consultato all'indirizzo https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3081.

³⁰ Ivi, p. 117.

intensivo, limitato nel tempo e volto al reinserimento nel contesto ordinario di vita della persona con sofferenza psichica.

La sindemia da Covid-19, nella prima fase del contagio, ha mostrato con drammaticità tutte le falle e le fragilità di questo sistema. Il direttore regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa, Hans Kluge, così fotografava la situazione ad aprile 2020: «Vorrei parlare del quadro profondamente preoccupante che sta emergendo nelle strutture di assistenza a lungo termine nella Regione europea e nel mondo nelle ultime settimane. Secondo le stime europee, fino alla metà dei decessi avvenuti per Covid-19 si è registrata in questi luoghi. Questa è una tragedia umana inimmaginabile»³¹. Certamente, sia sulla morbilità che sulla mortalità hanno agito diverse concause, molte derivanti da sciagurate scelte di politica sanitaria nazionale e locale, ma appare evidente come sia il più complessivo modello fondato sulla lungodegenza residenziale ad aver mostrato tutte le sue crepe strutturali. D'altro canto, anche le misure contenitive del contagio inevitabilmente (e tardivamente) messe in campo, con una drastica riduzione delle visite esterne e delle attività gruppali, hanno rappresentato e ancora stanno determinando una ulteriore condizione afflittiva per quanti sono ricoverati (nelle diverse tipologie di strutture residenziali) e per i loro familiari. Pure i decisori politici, emergendo i dati drammatici delle morti e dei contagi in queste strutture, si sono interrogati e hanno messo in discussione questo modello; in Italia è stata istituita una Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia che, seppure con qualche compromesso, ha comunque posto la necessità di puntare, anche per gli anziani, ad una assistenza territoriale e domiciliare³². Tuttavia, superata la fase acuta della tragedia, la tensione ideale e politica a definire un modello di assistenza che realizzi una alternativa alla residenzialità sembra

³¹ Adnkronos, OMS: “In Europa metà dei morti in Rsa”, dispaccio di agenzia del 23 aprile 2020, ore 13,19, consultato un'ultima volta il 18/07/2021 all'indirizzo https://www.adnkronos.com/oms-europa-in-rsa-la-meta-delle-morti-tragedia-inimmaginabile_7AyGvYGLuaKc21HBg9dLnE.

³² Cfr. Ministero della Salute, *Commissione per la riforma dell'assistenza agli anziani incontra associazioni: una nuova prossimità per aiutare i nostri anziani*, comunicato n.24 del 3 febbraio 2021.

andare sfumando, e le stesse misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sembrano puntare più a un *maquillage* delle stesse strutture, ridefinendone alcuni standard, invece di prospettare programmi e progetti territoriali e comunitari di sostegno alla vita indipendente e all'autonomia delle persone.

Se nelle diverse strutture residenziali si realizzano le forme più evidenti del dispositivo di internamento post-manicomiale, tuttavia, come accennato, lo stesso si realizza in tutti quei luoghi chiusi dove si determinano forme custodialistiche che si sostituiscono alla cura: così, potranno aversi forme di internamento nei reparti ospedalieri psichiatrici, gli Spdc, in diverse tipologie di comunità, nei centri per migranti. Certo, come ha giustamente sottolineato Giannichedda, bisogna sempre «[...] prestare grande attenzione al significato delle parole, evitando di farle slittare sul piano metaforico: internamento vuol dire innanzitutto privazione o riduzione della libertà in nome di forme di protezione»³³.

A fronte delle funzioni manicomiali che prima abbiamo descritto, possiamo quindi dire che certamente è mutata quella chirurgica, che non ha più, dopo la Legge 180, una sua legittimazione giuridica (ma necessita comunque di una giustificazione medica) e che tuttavia persiste di fatto, diluita in diversi luoghi, con durate che possono essere più o meno lunghe. La funzione di balia, con i suoi processi di istituzionalizzazione e infantilizzazione delle persone ricoverate/internate è invece rimasta sostanzialmente immutata, riproponendo anche i medesimi armamentari operazionali (contenzione, porte chiuse, limitazione delle forme di comunicazione etc., che quindi rappresentano specifici indizi di un possibile luogo di internamento). La funzione di guardiano, infine, perdendo l'imponenza pubblica dei manicomi, tende a farsi più eterea, una minaccia in chiaroscuro che spesso è espressa in termini paternalistici, "per il tuo bene". Se con i manicomi la follia era diventata un affare di Stato, e la 180 puntava a farne una questione comunitaria, nell'epoca del post-manicomio si assiste alla sua ritrazione nella sfera privata, che non è però quella soggettiva o familiare, ma quella economico imprenditoriale dei grandi istituti residenziali. Riprendiamo ancora alcune riflessioni di Giannichedda: «[...] l'internamento prêt-à-

³³ M. G. Giannichedda, A. Esposito, cit., p. 29.

porter di cui abbiamo parlato conserva la vecchia funzione di sospensione della libertà e di minaccia: prima era una funzione che voleva essere visibile ed esplicita, oggi, tende a essere più sfumato l'aspetto di minaccia, espresso piuttosto nei termini di “Per il tuo bene”. L'unica eccezione, forse, è rappresentata dal caso dei migranti, che sono stati costituiti come il solo vero nemico: per essi l'internamento, l'allontanamento, la repressione, l'esclusione non solo sono legittimati, ma addirittura messi in scena [...] In tutti gli altri casi, invece, a fronte dell'assenza di legittimità giuridica dell'internamento nell'ordinamento italiano, il senso di minaccia non viene reso pubblico, è piuttosto presentato attraverso un messaggio di tipo paternalistico e fatalistico»³⁴. Persiste, poi, la specifica funzione di carattere economico dell'internamento, che assume la forma della massimizzazione del profitto per gli imprenditori dell'assistenza privata: «L'internamento, inoltre, continua ad avere una connotazione (che anche l'internamento manicomiale possedeva) di convenienza economica: mettere insieme tante persone che hanno bisogno di assistenza rende necessario un numero ridotto di assistenti e infermieri. Lasciare le persone nel loro contesto familiare o organizzare piccoli gruppi appartamento, invece, richiede un numero di operatori molto più alto. Ammassare per categorie le persone bisognose di assistenza, sia sanitaria che sociale, quindi, risponde a un obiettivo di economicità. Brutalmente, l'internamento presenta anche questo fine di risparmio. Certo, i costi delle RSA (residenze sanitarie assistenziali) dimostrano che l'obiettivo di riduzione della spesa, poi, non è effettivamente realizzato, ma viene comunque presentato come tale, e l'internamento conserva anche questo scopo: rinchiodare massivamente le persone e far sì che si comportino come serve all'istituzione per realizzare dei risparmi economici (che poi, in realtà, si traducono in massimizzazione del profitto per gli imprenditori dell'assistenza). Se quindi ci interroghiamo sulle ragioni che portano, in questi luoghi, a cenare alle cinque anche d'estate, a legare gli anziani al letto o a tenerli seduti nelle sedie con la comodina, scopriremo che le motivazioni sono anche economiche: agire così è più semplice e si ha bisogno di un numero minore di assistenti. D'altro canto, queste sono le stesse ragioni che hanno reso estremamente difficile la chiusura dei manicomi privati

³⁴ Id., p. 37.

e rendono tutt'ora complesso combattere la cultura del posto letto in funzione, invece, per esempio, dei budget di salute: dai budget di salute, fondati su una grande quantità di lavoro umano, non si possono trarre i profitti che, invece, generano i posti letto. Viceversa, l'internamento è fondato su una bassa quantità (e qualità) di lavoro umano perché il personale è ridotto a una condizione di sorveglianti, più o meno pagati»³⁵.

Il paziente a una dimensione

L'internamento rappresenta la forma più acuta di una più complessa patologia dell'intervento sanitario, propria dell'imperante modello bio-medico, che schiaccia la persona sofferente o malata su un'unica dimensione, cui sono sottratte le sfere scioali, relazionali, biografiche, riconducendola e identificandola con la sua stessa sofferenza/patologia se non direttamente con l'organo malato. Anche in psichiatria si realizza il medesimo processo, ancorato alle definizioni e alle sindromi dell'ICD11, la classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari collegati, redatta dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms),³⁶ e, soprattutto, del DSM, il manuale diagnostico redatto dall'American Psychiatric Association³⁷, il "Nuovo Testamento" della psichiatria mondiale, dove la follia si diluisce in più accettabili *mental disorders* che finiscono con l'occupare spazi, tempi, comportamenti sempre più vasti della vita, fino a definire il rischio di una psichiatizzazione iatrogena della quotidianità³⁸. Questo modello si sostanzia, quindi, in un intervento volto più al silenziamento del sinto-

³⁵ Id., pp. 37-38.

³⁶ Cfr. World Health Organization, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*, la cui ultima versione adottata, adottata dalla 72ª World Health Assembly, entrerà in vigore il 1° gennaio 2022, cfr. <https://icd.who.int/>.

³⁷ Cfr. American Psychiatric Association, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Amer Psychiatric Pub Inc, Washington 2013, ed. it. a cura di M. Biondi, *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano 2014.

³⁸ Si consenta il rimando ad A. Esposito, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, op. cit., in particolare il cap. 11°, p. 513 e sgg.

mo (farmacologicamente o attraverso contenzione) che non alla presa in carico della più complessa e complessiva sofferenza della persona. Il nucleo di questo approccio non si identifica con la rete di servizi territoriali e con la salute mentale di comunità come delineate dalla riforma psichiatrica del 1978 e dai due Progetti obbiettivo sulla salute mentale che sono seguiti, piuttosto, i centri gravitazionali di questo sistema diventano l'ospedale, la clinica, la residenza, prendendo la forma del posto-letto, che assume, illusoriamente, come giustamente sottolineato da Saraceno, il ruolo di sinonimo di cura: «[...] quello su cui qui si vuole riflettere è il ruolo illusorio, concreto e simbolico, del letto come sinonimo di cura. Non c'è dubbio infatti che anche “prima” della pandemia il letto rappresentava e continua a rappresentare “la risposta” prevalente alle patologie di lunga durata, soprattutto quelle psichiatriche: il termine “residenzialità” è divenuto dominante in quasi tutti i sistemi sanitari regionali ove abbondano forme diverse di residenze, più o meno protette, più o meno manicomiali, pubbliche o private o private convenzionate. Ma la residenzialità non allude tanto a un luogo di vita integrata, sociale e socializzata, a un luogo che sia parte reale della comunità circostante, bensì allude alla presenza di letti utilizzati secondo la logica dell'ospedale. Letti per vecchi, letti per matti, letti per tossicodipendenti, letti per disabili fisici e psichici. Il letto sembra essere l'unica risposta immaginata e resa disponibile anche a chi invece non ha bisogno di un letto se non per dormire e, in conseguenza, i cosiddetti “cronici” devono non solo dormire in un letto ma abitarvi come se il letto fosse la unica dimensione della cura e della riabilitazione»³⁹. L'ex Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze della Organizzazione Mondiale della Salute e attuale Segretario Generale del “Lisbon Institute of Global Mental Health” sottolinea, quindi, come l'approccio medico fondato sul posto letto, centrale nella stessa formazione dei medici, produca sempre una evidente asimmetria di potere tra curante e curato cui sono sottratti spazi di “senso” e diritti: «Ci insegnavano nelle facoltà di Medicina che

³⁹ B. Saraceno, *Contro il letto, falso sinonimo di cura*, in “Rivista delle politiche sociali”, Ediesse, p. 1, senza data, sezione on-line “Covid-19: riflessioni sull'emergenza e oltre”, consultata un'ultima volta il 17 luglio 2021 all'indirizzo <https://www.ediesseonline.it/riflessioni-sullemergenza-e-oltre/>.

la parola “clinica” deriva dal termine greco κλίνη cioè “letto”, dunque l’arte di curare il malato a letto e quindi la parte delle scienze mediche indirizzata allo studio diretto del malato e al conseguente trattamento terapeutico. Non c’è dubbio che questa nobile etimologia ha creato qualche involontario danno perpetuando la idea che la buona medicina si faccia solo al letto del malato e le buone cure si ottengano solo quando ricoverati in un letto. Per estensione oggi si pensa che la riabilitazione psicosociale avvenga in luoghi (le famose residenze) ancora pervicacemente caratterizzati dalla logica del letto. Dunque non è la comunità che è entrata in ospedale ma il letto dell’ospedale che ha colonizzato la comunità. Ma questa posizione distesa del malato ed eretta del medico simboleggia e concretamente realizza quella differenza di potere fra curato e curante, fra cittadini e sistemi sanitari. La clinica e il suo letto divengono il segno tangibile della asimmetria dei poteri e la drammatica distinzione fra “senso” prodotto da chi ha il potere e “senso” prodotto da chi potere non ne ha: il senso prodotto dai deboli, dai vulnerabili, dai poveri vale meno del senso prodotto da chi ha il potere [...] Ecco che la violenza si definisce come “diritto a misurare” l’altro, a costringerlo nel senso voluto dal potere; e questo diritto è riconosciuto dall’ordine sociale, dalla ratio dominante, dalla ratio borghese. Ma può esistere una “clinica” in cui il paziente resta in piedi? »⁴⁰. La domanda apre la questione di quei diritti che, nell’attuale quadro di una «sanità pubblica sempre più intesa come “merce” da comprare invece che come diritto di cui fruire»⁴¹, risultano, per Saraceno, sempre più disattesi, sacrificando, innanzitutto, quei soggetti che l’attuale società neoliberista tende a soggettivizzare come i nuovi esclusi: «[...] la società neoliberale e mercantile considera come scarti della società i vecchi, i poveri e tutti i più vulnerabili e meno garantiti, tutti soggetti reificati come “prodotto di scarto” [da] una ideologia neoliberale dello Sviluppo che vuole farci credere che il Progresso, ossia il desiderabile evolversi della umanità, sia sinonimo di Sviluppo Neoliberale»⁴².

Le riflessioni di Saraceno aprono le questioni che stiamo affrontando ad un piano discorsivo molto più ampio, che intreccia le questioni

⁴⁰ Id., p. 5.

⁴¹ Id., p. 6.

⁴² Ibidem.

di natura medico-psichiatrica al più complessivo modello politico, culturale, economico e sociale che viviamo. Così, quindi, la strutturazione di un dispositivo di internamento che coinvolge, solo in Italia, centinaia di migliaia di persone, si struttura a partire dal più ampio contesto delle politiche sociali come si sono definite negli ultimi trent'anni, a fronte, da un lato, del progressivo restringimento e smantellamento del welfare, dall'altro di una sempre più pervasiva sanitarizzazione dell'intervento sociale. Come scritto con Dario Stefano Dell'Aquila: «Sono trascorsi giusto venti anni dall'approvazione, l'8 novembre del 2000, della Legge 328, che disciplinava l'architettura dell'intervento sociale, sancendone l'ingresso nel sistema delle politiche pubbliche, stabilendo una connessione formale tra il sociale e il sanitario. Una norma che, prevedendo un intervento diretto a sostegno della disabilità e del disagio psichico, ridisegnava i rapporti di forza e ambiva ad aprire spazio agli interventi sociali. In questi anni, l'equilibrio tra politiche sociali e politiche sanitarie è stato completamente assorbito da una logica sanitaria; una logica che non è però quella della cura, non passa dai servizi territoriali, ma si realizza attraverso la costruzione di contenitori a cui diamo nomi diversi (Rsa, Centri di detenzione per migranti, Rems, comunità terapeutiche, centri per minori, ecc.). Negli ultimi quindici si è proceduto a realizzare scatole, perdendo quella dimensione dell'intervento sociale che agisce nella prospettiva del cambiamento e dell'autonomia delle persone. Standardizzare l'intervento ha portato a preferire modelli residenziali e semi-custodiali che cronicizzano gli utenti invece di potenziare servizi territoriali e rivolti alla inclusione delle persone. Il sociale si è smarrito nel linguaggio della sanità, senza acquisire la stessa autorevolezza e perdendo di vista il proprio principio guida, l'autonomia e l'indipendenza delle persone fragili»⁴³.

Il 25 e 26 giugno 2021, dopo vent'anni dalla prima, si è tenuta la seconda Conferenza nazionale per la salute mentale promossa dal Ministero della Salute, significativamente intitolata “Per una salute men-

⁴³ D.S. Dell'Aquila, A. Esposito, “Per il tuo bene”: Il ritorno strisciante delle pratiche manicomiali, in “Monitor”, 15 dicembre 2020, consultabile on line all'indirizzo <https://napolimonitor.it/per-il-tuo-bene-il-ritorno-strisciante-delle-pratiche-manicomiali/>.

tale di comunità”. Tra le criticità individuate dal ministro Speranza nel suo intervento, «la necessità di rafforzare la cultura dell’assistenza territoriale, della presa in carico integrata e globale delle persone, coinvolgendo tutte le professioni, tutte le istituzioni e tutti i soggetti che operano nelle comunità, evitando - per quanto possibile - di allontanare i pazienti in strutture che rischiano di escluderli dalla società anziché favorirne il reinserimento»⁴⁴. Come ha correttamente sintetizzato Dell’Aquila, se c’è stata una chiara definizione delle priorità strategiche da perseguire (innanzitutto de-istituzionalizzazione, inclusione sociale, lavoro di equipe, percorsi di inserimento e buone pratiche, qualificazione dei servizi territoriali, rafforzamento del ruolo delle associazioni, perfezionamento del sistema informativo sulla salute mentale, attenzione ai migranti e alle persone prive della libertà personale), molto meno definito e più ambiguo risulta il metodo e soprattutto l’individuazione delle risorse necessari a perseguire questi obiettivi, soprattutto a renderli efficaci in modo omogeneo nei diversi territori regionali: « I lavori della Conferenza sono stati di indubbio interesse e di elevato spessore culturale e teorico, ma resta aperta la questione di come rendere questa visione strategica “concreta” e “uniforme” nei territori, specie alla luce dell’autonomia delle Regioni in materia sanitaria. Due le questioni aperte più urgenti. In primo luogo, come segnalato dagli stessi documenti ufficiali vi è una notevole estensione di strutture residenziali che per molti pazienti “sembrano rappresentare delle case per la vita piuttosto che dei luoghi di riabilitazione” e che oscillano “ambiguamente tra trattamento e riabilitazione, da un lato, e custodia, dall’altro”. Il timore che la logica manicomiale riviva in nuove forme e in modo diffuso è dunque tutt’altro che infondato e strettamente legato alla capacità dei servizi territoriali di “presa in carico” del paziente. In secondo luogo, per centinaia di migliaia di utenti dei servizi parole come “presa in carico” e “inclusione”, sono la forma di un desiderio neppure intravisto»⁴⁵.

⁴⁴ Il testo completo dell’intervento del Ministro Speranza in apertura della Conferenza è consultabile sul portale del Ministero all’indirizzo https://www.salute.gov.it/portale/imgs/SPERANZA_DISCORSO.pdf.

⁴⁵ Cfr. D.S. Dell’Aquila, *Psichiatria, il grande dilemma tra cura ed esclusione sociale*, in “Il Manifesto”, domenica 27 giugno 2021, p. 6.

La strada da percorrere appare, allora, ancora una volta, impervia e irta di ostacoli e difficoltà. Il tema di un rinnovato, profondo e democratico processo di deistituzionalizzazione, il rilancio teorico e operativo di una vertenza pubblica sul problema dell'internamento, la costruzione concreta di una salute mentale di comunità che rafforzi i servizi territoriali per sostenere processi di capacitazione e tutela dei diritti delle persone con sofferenza psichica, il superamento del modello bio-medico e della terraferma dell'autoreferenzialità disciplinare della psichiatria, queste e altre questioni, cui qui abbiamo accennato, si scontrano con una realtà fattuale che, spesso, sembra seguire tutt'altra direzione. Così, ad esempio, in molti territori regionali, dal Veneto alla Campania, anche nel comparto pubblico si assiste a processi di nuova istituzionalizzazione, con la creazione o il riammodernamento di strutture polimodulari che non solo si fondano sulla logica del posto letto, ma addirittura la moltiplicano, riproducendo nella risposta tecnica null'altro che processi di normalizzazione della devianza. Scrive Basaglia: «Le risposte tecniche sono sempre risposte di normalizzazione, legate come sono (anche per quanto riguarda la psichiatria che dichiara di far parte delle scienze naturali, ma che, di fatto, è direttamente coinvolta nella tutela dell'ordine pubblico) ai valori culturali espressi dall'organizzazione sociale in cui le diverse discipline esplicano il loro mandato. La normalizzazione che si attua attraverso gli interventi “tecnici” può essere sia il riadattamento alla norma, cioè l'accettazione da parte del “deviante” dello stereotipo proposto dal condizionamento sociale; sia l'exasperazione della devianza stessa, una volta trasferita nell'istituzione specifica atta al suo controllo. I luoghi deputati al controllo dell'abnorme assorbono nel loro terreno separato la devianza, accettandola come tale e quindi assolvendo la funzione di normalizzare il contesto in cui la devianza si manifesta, spostandola in un luogo da cui non possa interferire, neutralizzando quindi il rischio che la “norma” possa risultare un valore relativo e discutibile, anziché un valore assoluto come deve continuare a presentarsi»⁴⁶.

Ecco, forse, il vero terreno sul quale dovremmo confrontarci non è quello, in fin dei conti ristretto, della risposta a ciò che viene conside-

⁴⁶ F. Basaglia, *Condotte perturbate*, in Id, *L'utopia della realtà*, a cura di F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 2005, p. 295.

rano a-normale, quanto piuttosto quello molto più esteso e complesso della norma stessa, di quei discorsi, saperi, tecniche che, attraverso dispositivi come l'internamento, riproducono, difendono, rafforzano i poteri di governo dei viventi, strutturando processi di esclusione e cancellando orizzonti di utopia.