

gravità e da uno statuto speciale d'emergenza ha a che fare con le procedure, con i vincoli, le risorse, le filosofie che plasmano il sistema socio-sanitario, di cui la psichiatria si scopre funzione subalterna: subalterna congerie di stati di esclusione e di stigmatizzazione, usata talora come deposito di "residui", talora come calmiera nell'equilibrio dello smistamento.

Appare evidente che incidere sui "percorsi dell'utenza", sulle definizioni e rinvii istituzionali, significa incidere contemporaneamente sullo statuto del "diverso" e su quello dell'assistito. L'attraversamento complessivo delle assistenze, nei livelli compositi e plurimi di aiuto, è il solo che permette di non scindere la malattia e il suo doppio istituzionale, la domanda e il suo essere istituzionalmente preformata.

Da questo punto di vista il rapporto che la psichiatria intrattiene con lo stato assistenziale complica e allarga il progetto della de-istituzionalizzazione, che deve far fronte ad almeno due livelli e due aspetti della miseria: — una miseria "generica", spossessata delle sue ragioni, su cui le istituzioni non incidono, che si automantiene e si autocompensa nel suo essere "recintata", invisibile e abbandonata; — un'altra e seconda miseria che è invece già codificata e riprodotta dallo stato assistenziale in cui si specchia e in cui mantiene una contrattualità larvata e povera.

Tra vecchia e nuova utenza, tra povertà assoluta e povertà relativa, la "cultura della miseria" si allarga e si complica nell'analisi e nelle pratiche dei servizi territoriali, così che, dice ancora Franco Basaglia:

... noi siamo un po' come gli Stati Uniti d'America piú l'America del Sud. Quando parliamo degli Stati Uniti facciamo riferimento a una devianza che ha uno statuto secondario: tutti lavorano e la devianza è frutto dell'organizzazione del lavoro su cui si innesta lo stato assistenziale.

In un paese sottosviluppato la marginalità è primaria, si tratta di gente che non ha mai lavorato.

Noi rispetto alle altre esperienze siamo nella condizione di aver fatto due volte la de-istituzionalizzazione...

Riportiamo qui, a titolo di documentazione, frammenti della "storia" orale e scritta: il primo è composto di stralci dell'introduzione registrata di Basaglia al corso di aggiornamento degli operatori psichiatrici svoltosi nell'autunno-inverno 1980 a Trieste; il secondo è tratto da una relazione redatta da M.G. Giannichedda in collaborazione con F. Rotelli nel 1976 nel corso di un dibattito nel gruppo di ricerca del Sub-progetto finalizzato CNR sulla Prevenzione delle malattie mentali attorno al "Documento Maccacaro"; il terzo frammento è tratto da una relazione sul Servizio psichiatrico di Trieste redatta per l'Organizzazione mondiale della sanità nel 1975 da M.G. Giannichedda.

1. Lezione/conversazione con gli infermieri

DI FRANCO BASAGLIA

Quando sono stato invitato a introdurre questo corso di aggiornamento professionale ho detto che non è un caso che la scuola di formazione per gli infermieri, il suo inizio, coincida con la fine della mia gestione triestina. Questa affermazione mi è stata rimproverata come se avessi voluto dire che "la storia è finita, comincia la storiografia. Fino ad ora si è cambiata l'istituzione, si è trasformato nella pratica, oggi comincia la razionalizzazione del cambiamento, si comincia ad edificare ed abbellire la casa che è stata cambiata". Io non ho voluto affatto dire questo; penso che ciò non è assolutamente vero perché se trasformazione c'è stata qui a Trieste, questo non è dipeso da me, ma dallo sforzo partito da tutti, dagli infermieri, dai medici, ma soprattutto direi dalla forza operante dei degenti, dei pazienti, dei "matti", di tutti coloro che oggi chiamiamo utenti. Perché se non ci fosse stata questa forza trasformatrice nella gente che noi abbiamo curato, nelle persone che venivano a domandare aiuto, noi non avremmo cambiato niente, non avremmo fatto storia.

Penso che l'ulteriore organizzazione che noi possiamo dare ai servizi triestini sarà ulteriormente storia, perché dobbiamo dimostrare che dei servizi trasformati possono dare una risposta ai bisogni della gente. Come questo avvenga è ancora poco chiaro, e il fatto di essere qui a parlare serve a chiarirci su cosa abbiamo fatto. Anche perché a questo corso noi docenti non possiamo insegnare qualcosa a voi, infermieri, ma penso sia necessario piuttosto chiarire ciò che è avvenuto in questi anni perché noi stessi, tecnici del vertice, non lo comprendiamo bene. Non comprendiamo per quale ragione prima c'erano milleduecento persone in questo ospedale e oggi non ci sono piú; non comprendiamo come mai questa istituzione ha cambiato la sua cultura, i suoi limiti: come mai il manicomio, che era chiuso e ben delimitato dalle sue mura, oggi non ci sia piú e al suo posto

ci sia tendenzialmente un nuovo tipo di rapporto tra chi ha bisogno e chi risponde ai bisogni, tra noi e gli utenti.

Penso sia questo il mistero che circonda il nostro incontro e a cui noi dobbiamo dare una risposta per comprendere meglio cosa stiamo facendo.

L'istituzione aperta / l'istituzione chiusa. - Le definizioni di salute e malattia oggi appaiono molto diversificate da un tempo, come diversificato da un tempo il concetto di istituzione. Non siamo capaci di dare una definizione di salute e malattia se non criticando la definizione che avevamo imparato molti anni fa: che la malattia o la salute sono rispettivamente lo squilibrio e l'equilibrio della situazione biologica o psicologica di una persona. E non abbiamo capito bene il concetto di istituzione perché anni fa lo vivevamo in un senso, oggi lo viviamo in un altro.

Ricordo che circa vent'anni fa, quando questo lavoro di trasformazione era ai suoi inizi, sono andato in Inghilterra perché si era avviata in quel paese una grande opera di rinnovamento dei programmi istituzionali sia nella medicina in generale che nella psichiatria in particolare. Ho visitato molte di queste istituzioni e ho constatato che c'era un differente rapporto tra medico e malato: un rapporto più libero, meno coercitivo, e mi sembrava di non riuscire più a capire il concetto di istituzione. Lo capivo sí, perché lo avevo studiato, ma il vissuto che avevo sperimentato fino a quel momento, vivendo nelle istituzioni italiane, era molto differente dal concetto di istituzione quale vedevo nelle istituzioni inglesi ed ho chiesto vergognandomi ad un mio collega inglese "cosa vuol dire istituzione?" Lui non sapeva darmi una risposta, si meravigliava molto della mia ineleganza concettuale, in quanto gli inglesi pensano che gli occidentali siano molto più "concettuali", molto più precisi nelle definizioni, mentre loro sono molto pragmatici, e guardandomi mi rispose in maniera pragmatica: "L'istituzione è... — guardandosi in giro —... questa", indicandomi con le mani. Eravamo nella stanza di un manicomio. E così ho avuto l'illuminazione per cui ho capito che l'istituzione in quel momento eravamo noi due, là, in quel posto che era il manicomio, e quindi ho cominciato a capire che tutti i discorsi che noi facevamo in quel momento erano discorsi che aprivano o chiudevano questa istituzione, che eravamo noi due.

Se noi facevamo dei discorsi di apertura, l'istituzione era una situazione aperta; se noi facevamo dei discorsi di chiusura, l'istituzione era un'istituzione chiusa. Questo era il parlare, ma poi c'era anche il fare. Se un'istituzione viene gestita dal suo personale in maniera chiusa, mentalmente e praticamente, l'istituzione è chiusa; se fa l'opposto l'istituzione si apre.

L'istituzione aperta viene ad essere il tutto, il niente. - [...] Continuando a riferirci alla situazione inglese dopo il National Act, potremmo dire che proprio in quegli anni entra nella medicina un concetto molto importante che è quello della socialità: entra il sociale nella medicina e

nella psichiatria. L'Inghilterra, come primo paese dell'orbita occidentale, inaugura quella che si chiamerà poi "psichiatria sociale". La schizofrenia, la mania, l'isterismo, ecc... non sono più etichette scientifiche, connotate da un sapere esclusivamente biologico o psicologico. Queste etichette, che sussistono, cominciano ad avere una pregnanza sociale molto forte per cui possiamo vedere che, nella stessa diagnosi di schizofrenia, lo schizofrenico non è più tale in assoluto, ma è schizofrenico in un ambiente particolare che il medico non può più ignorare: il medico deve affrontare non solo il malato, ma la socialità che lo circonda. Al di là dell'esempio inglese, dovremmo soffermarci su questo punto, perché è a partire da qui che l'istituzione si apre, apre i suoi battenti e comincia a diffondersi al di là delle mura chiuse, dovendosi confrontare con le problematiche sociali e facendosi essa stessa sociale. Comincia a distruggere la sua *istituzionalizzazione* e a socializzarsi in quella che gli anglosassoni chiamano comunità, in quello che noi chiamiamo il territorio.

Ma resta pur sempre istituzione, perché quando il medico nell'ospedale aperto o nel territorio affronta il suo utente, comincia un discorso che continua a declinarsi in uno spazio istituzionale. E allora si ripropone quell'esempio che il mio collega inglese mi ha dato guardandosi intorno, e questo seguita ad avvenire in seno a questa o quella istituzione, perché l'istituzione viene ad essere il tutto, il niente. Questo fatto è di estrema importanza: si inaugura un altro tipo di logica tra le persone, potenzialmente ricca di una visione dialettica tra il dentro e il fuori, dove il dentro non è più riferito al dentro di una istituzione chiusa, ma al dentro di noi, e il fuori al fuori di noi. In altre parole con l'inizio di questa logica il manicomio come "teatro della follia" scompare e il suo contenuto viene buttato fuori, scodellato nella comunità, nel territorio. Questo movimento mostra all'improvviso quanto di sociale c'era all'interno della malattia della persona; e quanto questa malattia è intrisa di rapporti malvissuti, di situazioni che ripropongono continuamente quel che è il rapporto di oppressione tra le persone.

L'apertura del manicomio evidenzia inoltre la mistificazione di un rapporto curante-curato regolato dalla norma istituzionale e la produzione aggiuntiva nella vita manicomiali di una condizione di anormalità che viene ad essere l'anormalità dell'anormalità: vale a dire che il malato, che è già anormale perché non sta alla norma, una volta entrato in manicomio è anormale due volte: anormale di una anormalità costruita attorno alle mura del manicomio.

Il rischio del rapporto. - Nel momento in cui si leva almeno una di queste chiusure, si ha l'altra chiusura della situazione che si determina tra "una persona che ragiona bene" e "una persona che ragiona male". E qui sta l'abilità di vivere la nuova istituzione aperta: di vivere una situazione della quale non abbiamo la chiave, ma abbiamo invece il rischio del rapporto che è sempre aperto, che è nostra abilità tenere aperto e non chiudere.

Direi che questo si verifica e si è verificato in rapporti che non sono

solo i rapporti di manicomio, chiuso o aperto. Penso che lo abbiamo verificato tutti noi anche nei nostri rapporti familiari all'interno dei quali si rifletteva l'apertura del manicomio. Io so per esempio (perché avete cominciato questo processo con me) che voi avete vissuto delle gravi crisi familiari nel momento in cui vedevate messo in discussione il vostro lavoro pratico; nel momento in cui non potevate essere più in un rapporto autoritario coi malati; nel momento in cui questo rapporto chiuso si apriva nell'ospedale e voi capivate che il malato aveva gli stessi diritti che avete voi. Nel momento che, tornando a casa, avvertivate che vostro figlio aveva gli stessi diritti di libertà che avevate voi e molti dei limiti che voi avevate posto nella vostra famiglia erano totalmente falsi, erano fondati su una norma falsa. Allora siete entrati leggermente in crisi perché era la stessa crisi che vivevate nel lavoro.

Questa è l'evidenza di un'altra istituzione che è la famiglia: istituzione apparentemente aperta ma totalmente chiusa, che si ripropone di essere aperta ogniqualvolta l'istituzione del nostro lavoro mostra di non resistere più all'attacco dei tempi nuovi, del mondo che cambia, della trasformazione della nostra società che non può più stare nell'abito troppo stretto, nella camicia troppo stretta...

Non possiamo più obbligare il malato ai nostri voleri, non possiamo più obbligare i figli ai nostri voleri e comincia allora un rapporto dialettico tra due poli diversi: io che ho il potere e il malato che non ne ha. Io che ho il potere come padre e il figlio che non ne ha.

Su questi due poli di rapporto si gioca tutto il potere istituzionale della norma e dell'anormalità, della salute e della malattia. E mi pare che, proprio a partire da qui, il discorso si faccia ancora più interessante, perché nostro compito diviene continuamente quello di scoprire cosa è malattia, cosa è salute.

Se una persona viene da noi, un "malato", è malato perché viene da noi? Questa domanda, ridefinire continuamente la malattia e la salute: questo è il nostro compito di bravi sanitari. Perché è molto facile essere dietro a un tavolo, aspettare che una persona venga là e pensare che, perché viene da noi, questa persona "è necessariamente malata".

Può essere una persona che presa nelle spire della sua situazione si ammala perché l'organizzazione nella quale vive non gli permette di vivere. Allora sarà nel rapporto tra noi due che troveremo una situazione altra, che è al di là di questa domanda che la persona viene a farmi "in quanto malata", e che ribadisce continuamente il fatto che lei è malata mentre io medico sono sano. È stato nella dialettica di questa situazione che noi abbiamo potuto avere un rapporto diverso, nuovo, con quelle persone che erano state sempre catalogate istituzionalmente come *malate*.

Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a "questo" malato.

[...] Tutto il lavoro fatto a Trieste ci ha portato a considerare che il problema istituzionale, chiuso com'era, catalogato in quel determinato

modo, costituiva una scelta ben precisa di gestione della devianza e di conseguenza la nostra azione di liberazione, in riferimento a questa problematica, era di natura politica. Ebbene noi siamo stati nel tempo tacciati di molte cose, etichettati, perché si trattava di istituzionalizzare la nostra azione di trasformazione... siamo stati di volta in volta accusati di tutto.

Direi che quello che noi eravamo è quello che siamo adesso, cioè persone che non vogliono vivere costantemente dentro l'etichettamento di una situazione falsa, ma vogliamo vivere in una situazione che si rinnova. Anche perché facendo il nostro mestiere abbiamo fatto, credo, una scoperta: cioè che è vero che noi abbiamo agito e abbiamo affermato di essere dei politici e che tuttavia gli psichiatri sono sempre stati dei politici perché la gestione dell'istituzione chiusa era l'espressione di un tipo di controllo sociale che si esprimeva sulla parte povera di una popolazione di uno stato. I manicomi avevano come finalità non tanto quella di curare, ma quella di controllare: penso che nessuno possa dire che questo non è vero, perché la gente che entrava nei manicomi difficilmente usciva e, se usciva, usciva soltanto per essere rinormalizzata e rimessa in una catena di produzione finché non sbagliava un'altra volta, e un'altra volta messa in ospedale.

Per esempio, se noi pensiamo ad un malato, che non è un malato, ad un deviante tipico qual è l'alcolista, sappiamo che è sempre stato trattato dall'istituzione manicomiale come una persona da controllare, non da curare. L'alcolista è una persona che viene in ospedale perché disturba l'ordine pubblico, perché dal momento che beve e non è in grado di controllare il proprio comportamento è preso dalla polizia e viene portato nel ghetto o del manicomio, o del carcere. Sappiamo anche che ci sono altre persone che bevono e possono controllare la propria ubriacatura, perché sono al riparo delle mura di una casa. Quelle persone non finiscono in manicomio, ma possono curarsi e si curano.

Allora direi che esistono due tipi di alcolismo ed è l'alcolismo dei poveri quello che entra nell'istituzione non tanto per essere curato ma per essere controllato. Perché che cosa facevamo per queste persone che entravano in manicomio? Le chiudevamo dentro uno sgabuzzino, le punivamo in maniera che dopo un mese, quindici giorni uscivano, non bevevano per un mese, poi bevevano un'altra volta e ritornavano in manicomio. E così è il ciclo produttivo del malato.

Cosa abbiamo fatto noi per aprire l'istituzione? Aprire l'istituzione non è aprire la porta, è aprire la testa di fronte a "questo" malato. Direi che abbiamo cominciato a dare fiducia a queste persone, sapendo che avrebbero bevuto ancora, ma se non fossimo entrati nel rischio del rapporto con la persona, se noi non avessimo cominciato a considerare il nostro mestiere come un mestiere con dei rischi reali, io penso che l'istituzione sarebbe stata sempre chiusa, avrebbe avuto il lucchetto. [...]

Noi abbiamo sempre corso un rischio molto grosso perché quando abbiamo dato la libertà al malato e il malato è andato per la strada egli sapeva che aveva un rapporto di solidarietà con il proprio curante che

doveva rispettare e viceversa. Questo tipo di rapporto ha creato un momento pratico di apertura delle istituzioni che ha portato a cambiare il nostro concetto di salute e malattia. Soprattutto, ripensando alla definizione che il mio collega inglese mi aveva dato di "cosa è l'istituzione", questo rapporto ci ha portato, quando uno ci chiede "che cosa è l'istituzione", a prenderlo per mano, portarlo per la strada e dire "è questa". In questa maniera noi distruggiamo il concetto di istituzione chiusa, distruggiamo il concetto di istituzione aperta e ci poniamo in una dimensione totalmente altra: una dimensione in cui il rapporto di uomo a uomo è determinante per la nostra vita sociale.

Istituzione e malattia

[Sul concetto di istituzione/istituzionalizzazione F. Basaglia si soffermerà ripetutamente, nel corso della discussione: [...] La parola istituzione mi pare sia venuta di moda negli ultimi vent'anni. Essa è mutuata dalla cultura anglosassone più di quanto non sia parte diretta della nostra cultura [...] Direi che lavorare in ospedale psichiatrico era sempre per noi "lavorare in manicomio". Non era affatto usuale dire "l'istituzione psichiatrica" come oggi lo è nel linguaggio comune. E in un certo senso è anche giusto che abbiamo cominciato ad esprimerci così. Le istituzioni infatti sono tutti quei luoghi dove si erogano i servizi di cui la società usufruisce. Istituzione è la scuola, l'esercito, la famiglia, la polizia. Sono tutte quelle situazioni che aggregano le persone con varie modalità e diverse finalità. O potremmo anche dire che tutte le istituzioni hanno delle finalità che convergono, ma contenuti diversi. Così il manicomio è quell'istituzione che dovrebbe prendere in cura le persone definite "pazze", "anormali".

Un concetto d'uso, parlando dell'istituzione, è quello secondo il quale una istituzione diventa veramente tale solo se e quando riesce ad istituzionalizzare quello che è il suo significato. Per esempio il matrimonio è un'istituzione: vivere una situazione matrimoniale è istituzionalizzare il matrimonio. Il concetto di istituzionalizzazione è diventato un concetto negativo: il vivere l'istituzione non tanto nella sua completezza, ma in maniera totalizzante è termine negativo. Quando si dice "si istituzionalizza" non vuol dire che c'è il completamento di me nell'istituzione, ma c'è l'identificarsi con l'istituzione stessa. In questo processo di istituzionalizzazione c'è una sostituzione che avviene nelle finalità dell'istituzione].

Quanto al concetto di malattia Basaglia vi ritorna, quando parla della prevenzione con queste parole: [...] Noi non dobbiamo isolare il problema specifico della malattia mentale, della tossicodipendenza, dei tumori; questi sono tutti elementi che esprimono una contraddizione della nostra società, come tali devono essere affrontati, e devono essere presi in carico dal medico "come servizio", non dal medico come specifico e si deve creare un nuovo tipo di gestione della medicina e dare una nuova risposta alla persona che sta male. Se noi pensiamo a un servizio che risponda veramente ai bisogni della gente, i due concetti di salute e malat-

tia si chiariscono velocemente perché non si distingue più il malato dal sano. È un ciclo della vita per cui una persona non può essere malata e anche sana e quindi a seconda del momento in cui sarà, verrà presa in carico da differenti servizi. È importante che quando io sto male ho il diritto di avere qualcuno che si prende cura di me. Oggi il nostro servizio nazionale non risponde a questa domanda.

Nel nostro mestiere la finalità è quella di affrontare, trovare la maniera di affrontare la contraddizione che noi siamo: oppressori ed oppressi, e che dinanzi a noi abbiamo una persona che si vorrebbe opprimere; bisogna trovare il modo per cui questo non avvenga. L'uomo ha sempre questo impulso: di dominare l'altro. È naturale che sia così. È innaturale quando si istituzionalizza questo fenomeno oppressivo. Quando c'è una organizzazione che, approfittando dei problemi contraddittori, crea un circuito di controllo per distruggere la contraddizione e assolutizzare i due poli della contraddizione ora in un modo, ora nell'altro. Noi rifiutiamo questo discorso. Noi diciamo di affrontare la vita, perché la vita contiene salute e malattia e affrontando la vita noi pensiamo di fare della prevenzione. Pensiamo di fare il nostro mestiere, di infermieri, di sanitari, di medici.