

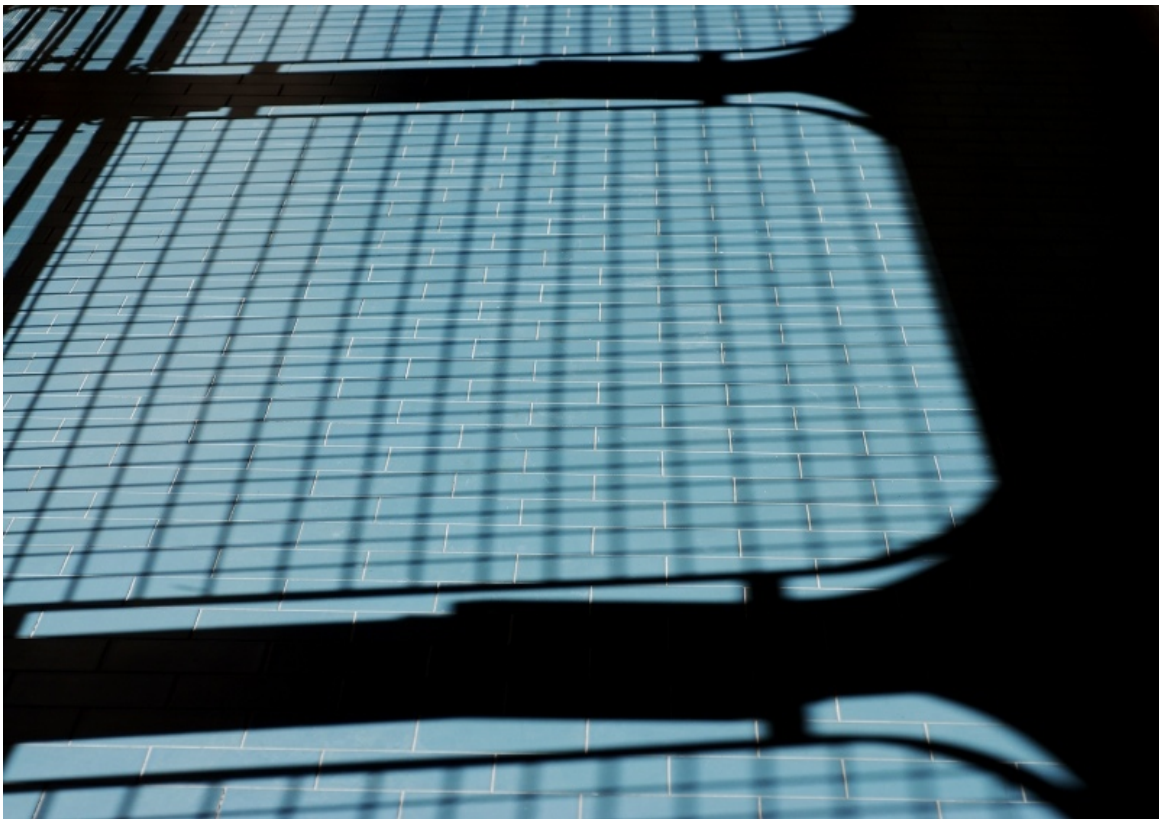


Mauro Milanaccio

2010

Se mi lasci non vale.

Forme e modi delle segregazioni contemporanee



Ph. Luca Chistè, 2009



Indice

| | |
|---|----|
| Introduzione | 3 |
| 1. Tempo I: Segregazioni classiche | 6 |
| 1.1 Il paese dei matti | 6 |
| 1.2 Persistenze | 8 |
| 1.3 Matti, alcolisti, lavoratori irregolari | 12 |
| 1.4 Una città nella città | 13 |
| 2. Tempo II: Oltre la psichiatria | 17 |
| 2.1 Tira aria di cambiamento | 17 |
| 2.2 Dalla gerarchia dei saperi all'equipe | 21 |
| 2.3 La messa in discussione della società: ripensare il legame sociale | 22 |
| 3. Tempo III - nuove forme di segregazione | 24 |
| 3.1 Sanitarizzazione della cura | 24 |
| 3.2 La centralità del farmaco | 26 |
| 3.3 La cura frammentata. La divisione del lavoro e le specializzazioni | 27 |
| 3.4 La cura integrata. Nuove forme di segregazione | 28 |
| 3.5 La manicomializzazione del territorio | 30 |
| 1. Un'ipotesi di lettura dei tre tempi a partire dal concetto lacaniano di discorso | 32 |
| 2. Il posto della psicoanalisi nell'attualità | 36 |
| Bibliografia | 40 |



Creo que la buena luce es la que sabe comer sombras y que en el fondo, la esperanza, la que de veras vale la pena, es la que desayuna a dudas cada mañana.

Eduardo Galeano

Anche oggi, nonostante i farmaci attuali, non sempre si riesce a modificare il pensiero. Si riesce a modificare il comportamento, a volte a ridurre l'ansia. Il più resistente è il pensiero, l'ideazione.

Infermiere psichiatrico

Introduzione

Le riflessioni qui contenute prendono spunto da una scena su cui è caduto il mio sguardo durante il tirocinio presso una delle 5 Unità Operative (U.O.) di psichiatria in cui si articola il servizio psichiatrico territoriale trentino. Il tirocinio prevedeva che io visitassi e permanessi per alcuni giorni presso le strutture dislocate sul territorio che compongono l'U.O. 3 di psichiatria: Day Hospital, ambulatori psichiatrici, centro diurno, comunità residenziale, SPDC. In SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) vengono ospitati volontariamente od obbligatoriamente (TSO) quei pazienti che si trovano in una fase acuta di malessere e sono fortemente destabilizzati.

Quel giorno mi trovavo nell'SPDC di Borgo Valsugana. Ero in corridoio, stavo conversando con un operatore al termine di un incontro quando un infermiere esce dall'infermeria sorreggendo con la mano destra un bicchierino di vetro tipo quelli "da grappa" e nel palmo della mano sinistra due pillole colorate. Chiama per nome un paziente che gli si avvicina, prende le pillole, beve, consegna il bicchierino e se ne va. La scena si ripete con altri pazienti. Non posso trattenere una battuta "chissà quanti quintali di farmaci ha somministrato in tutti questi anni" e l'infermiere "ehh, e chissà quanti ne ho assorbiti attraverso l'epidermide!". A partire da questo scambio avviamo un dialogo in cui mi racconta di essere entrato in psichiatria a 20 anni e di aver vissuto gli anni del manicomio, gli anni della deistituzionalizzazione e di esserci tutt'ora, aggiungendo "ma



ora è diverso”. Su queste ultime parole si insinua in me l’idea che sia possibile pensare a una tripartizione del tempo cronologico a cui associare una diversa funzione della cura.

Un primo tempo, quello della segregazione in una istituzione totale, in cui la vita degli internati è separata dalla vita di chi sta fuori secondo una logica di custodia; un secondo tempo caratterizzato dalla critica alla segregazione e dalla produzione di nuove idee sul rapporto normalità-follia; un terzo tempo, quello attuale, in cui sono presenti alcuni elementi che in prima approssimazione chiamo “manicomializzazione del territorio”¹.

Lascio per ora aperta la doppia lettura di questa espressione, ovvero di un manicomio che si parcellizza e si dissemina sul territorio in una molteplicità di luoghi e di agenzie in cui comunque rinchiudere l’alterità della pazzia, ma leggibile anche come una pervasività della logica manicomiale (segregativa) ben supportata dalla centralità che oggi assume il farmaco e la cura sempre più intesa come “riabilitazione” in senso ortopedico. In questa seconda accezione la “manicomializzazione del territorio” può essere considerata un modo per leggere le neosegregazioni così come sono state pensate da Recalcati a partire dalle riflessioni di Foucault sul biopotere: attraverso i vari dispositivi di controllo della vita, la segregazione si posiziona internamente al corpo sociale come eccesso di inclusione, eccesso di immedesimazione e di conformismo. La segregazione non sarebbe allora più l’effetto di una esclusione ma di una assimilazione capillare.

Così decido di scrivere queste note incrociando tre vettori: la storia, la teoria psicoanalitica e le parole di alcuni infermieri psichiatrici². Non si tratta solo di cercare e recuperare quegli elementi che possono essere di supporto alla messa a prova della mia intuizione, ma di accogliere ciò che durante le letture e le interviste³ emergerà, lasciando

¹ Di questo concetto sono debitore a Santino Boglioni, fondatore di *Coop Volano 78* e grande animatore del privato sociale in Trentino.

² I racconti degli infermieri intervistati danno un colore alle conoscenze storiche e ne vitalizzano il contenuto mostrandone il lato di attualità e presentificandone una certa concretezza.

³ “L’intervista può essere pensata come un intervento, un atto in cui il sapere non è costituito ma si dà, è in costruzione” (Federico Leoni, IRPA, lezione del 24 gennaio 2009, inedita).



che circostanze e situazioni, idee e pensieri aprano a nuove idee. È questo uno sforzo, una tensione che mi impongo nella mia ricerca orientata da un uso immanente delle elaborazioni concettuali e delle costruzioni simboliche, mantenendomi così aperto all'incontro con l'evento inatteso, soglia sulla quale si gioca l'incontro con l'inconscio inteso come produzione [Deleuze e Guattari, 1972].



1. Tempo I: Segregazioni classiche

Alle docce del mercoledì mattina io stavo male. 80 persone che fanno contemporaneamente il bagno, dopo 20 minuti non ci vedi più niente: gente che spinge, gente che scivola, gente che bestemmia, gente che non trova le cicche e le cerca nella montagna di pantaloni. Gente che non riesce a mettersi i pantaloni perché li ha confusi, e sono stretti, o restano larghi... l'inferno, l'inferno sulla terra. Gente che si lava con l'acqua fredda. Io proponevo di fare un po' per volta, la risposta era "si è sempre fatto così".

Infermiere psichiatrico

1.1 Il paese dei matti

Quello che segue vuole essere un breve excursus su come si configura la presenza del manicomio nel comune di Pergine Valsugana, descrizione che oltre a facilitare la collocazione storica, sociale e culturale del manicomio è una base su cui sviluppare alcune riflessioni relative alla segregazione che la parola degli infermieri mi ha suggerito. In una forma socialmente marcata fino a pochi anni fa, ma ancora presente nell'attualità "Pergine" è un significante a cui viene associato il significante "pazzia". "Vai a Pergine!", "ma sei di Pergine?" sono battute che circolano per sottolineare un tratto nella persona, in quello che dice o fa, che viene ricondotto a "il paese dei matti", non solo in senso metaforico, ma con una sfumatura spesso ironica, nella quale Freud [Freud, 1905] ci ha insegnato a leggere l'espressione del pulsionale.

La possibilità di realizzare un manicomio nella zona del sud Tirolo, in aggiunta al manicomio di Hall, vicino a Innsbruck, prende corpo attorno alla metà del 1800. A quel tempo si diffuse negli ambienti medico psichiatrici la convinzione - espressa tra gli altri da un medico trentino, Saverio Proch che da primario internista a Trento, scrisse nel 1850 un appello all'imperatore - che i malati dovessero essere ricoverati in una struttura del territorio di riferimento, di lingua italiana, poiché *"la parola, dico, converrebbe che fosse ben appresa e conosciuta non solo da coloro che dirigono a curano pietosamente un pubblico manicomio ma dagli infermieri benanco e dai custodi, i quali tutto giorno*



convivono con poveri mentecatti ed hanno tanta parte nel loro moral trattamento” [Pantozzi, 1989, 70]. Questa idea di territorialità della cura, di prendere in considerazione e dare importanza al contesto socio culturale del malato come elemento che può influire sulla possibilità della sua reintegrazione sociale, è un’idea avanzata, che ritroveremo un secolo dopo, negli anni ‘70, quando il manicomio di Pergine viene riorganizzato non più in reparti basati su “patologie” ma sulla zona di provenienza. Queste idee sottendono una concezione della malattia non organicistica ma morale, una malattia dello spirito, che richiedeva secondo il Proch “*uno studio e un intervento particolare, profondo e continuo in ogni malato... conviene studiare e indagare con ogni diligenza e sagacia l’inclinazione, le abitudini, il carattere e la predilezione delle idee di ciascun maniaco*” [Pantozzi, 1989, 69]. A queste considerazioni il Proch ne aggiunge altre, di natura pratica (la pesantezza del viaggio, la complessità del procedimento burocratico per l’ammissione), sociale (la difficoltà per i familiari di visitare i malati) e climatica per giustificare la creazione di un manicomio in Trentino. Probabilmente più delle ragioni mediche e sociali, influirono questioni politico amministrative. Sta di fatto che nel 1882 entrò in attività il nuovo manicomio con una capacità di 200 letti, capienza assolutamente insufficiente fin dai primi anni così da dar luogo ad un fenomeno “cronico” di sovraffollamento che accompagnerà tutta la storia del manicomio fino alla sua chiusura caratterizzata da una dinamica di continui interventi e ristrutturazioni o allargamenti [Taiani, 2003].

La struttura iniziale⁴ comprendeva un edificio dalla classica forma ad E articolato su tre piani più un piano interrato. Al suo interno i pazienti erano divisi in reparti secondo un primo criterio di genere: sull’ala di sinistra i reparti maschili, sull’ala di destra i reparti femminili. Ogni ala aveva poi una suddivisione dei pazienti nei reparti che non rispondeva ad un unico criterio, ma che presenta piuttosto i tratti di un *emporio celestiale*

⁴ I dati riportate in questo paragrafo sono tratti da Remo Pantozzi, *Gli spazi della follia, storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino, 1830-1942*, Centro studi Erickson, Trento, 1989.



di borghesiana memoria: *comuni, lavoratori, cronici, sudici, agitati*. Questo mi fa pensare che la suddivisione di fatto fosse stabilita su un meta criterio che riguarda la difficoltà di contenimento dei pazienti.

A dispetto delle intenzioni del dott. Proch la nascita del manicomio – come lo ha ricostruito nei suoi lavori Foucault⁵ – risponde ad una logica che evoca più che un’idea di cura, una volontà di contenere, sorvegliare ed eventualmente punire, secondo una razionalità del sistema disciplinare che istituisce e struttura a partire dal 1700 le carceri, i manicomi e le fabbriche, ovvero quello che proprio Foucault ha chiamato “il grande internamento”.

1.2 Persistenze

Questo “carattere originario” si conserverà fino alla fine della storia dell’ospedale psichiatrico, al punto da costituire una degli elementi centrali su cui la critica alla psichiatria farà leva per smantellare i manicomi. Ma come era vissuto questo dall’interno?

“Se il paziente stava male, prima si interveniva farmacologicamente, poi se non si riusciva a contenerlo lo si coerciva con delle fascette ai polsi. C’erano dei soggetti che erano sempre legati ma quelli facevano dei danni enormi, allora rimanevano legati per tempi lunghi, e veniva legato anche il letto.” [int. 1]

“E poi questo paziente sempre legato, la beppa. Veniva slegato solo per cambiare le lenzuola perché altrimenti prendeva e andava a rompere tutti i vetri. Passava gran parte del suo tempo a fare delle incredibili rotazioni con queste fascette e si metteva a testa in giù, rannicchiato con le gambe raccolte come un fàchiro e diceva delle parole senza senso: elicottero, padella, arco, nominava degli oggetti, ma così.” [int. 2]

⁵ Michel Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, BUR, 2008, in particolare il capitolo II, “Il grande internamento”.



Oltre all'edificio erano presenti ampie zone all'aperto. In seguito, a partire dal 1926 l'ospedale viene ampliato secondo il concetto della struttura “per blocchi isolati” collegati tra loro da una viabilità interna ampia e articolata. Nel 1926 entra in funzione un nuovo padiglione noto come “padiglione Osservazione” con 120 posti letto che assolverà a tale funzione fino agli anni 70.

“Il primo giorno mi ha colpito, era i primi di gennaio del 1977. Mi hanno messo in “Osservazione” un reparto dove venivano messi tutti i pazienti all'entrata. M'hanno detto vai lì e fai il girante. Il girante era l'infermiere che doveva sostituire chi mancava. È stato un ingresso frastornante, era il reparto delle ammissioni. Era molto interessante, più dei reparti, perché in Osservazione c'era all'opera la medicina.” [int. 2]

I nuovi assunti venivano inseriti nell'istituzione senza una preparazione specifica, o con una preparazione inadeguata, e senza consegne precise.

“Non avevamo molto chiaro cosa fare e come farlo. Non venivano assegnati compiti o mansioni precise. Anche perché le competenze richieste possono essere sintetizzate in ‘una sana e robusta costituzione fisica’.” [int. 1]

“Nei reparti l'infermiere era un guardiano di ‘sana e robusto costituzione’ doveva esser forte, ben messo. C'era ancora la custodia, dopo si è cominciato a parlare di terapia. Prima si trattava di contenere questa massa di gente disturbata, contenere con vari mezzi, solo dopo si è passati a fare terapia.” [int. 3]



Il contenimento⁶ è innanzitutto dato dalla reclusione: gli internati non possono uscire, la zona dell'ospedale che comprende edifici e spazi aperti è separata dall'esterno da una robusta recinzione. Il contenimento è poi dato dalla terapia farmacologica ed elettroconvulsiva, supportata dall'immobilizzazione del corpo nei casi più resistenti e comunque da una presenza di operatori-guardiani che di per sé costituisce uno strumento deterrente di quei comportamenti che destabilizzano e alterano il normale funzionamento dell'istituzione.

“L'elettrochoc era diffuso nei primi tempi ma poi sempre meno. Comunque prima sempre lo si sedava. Ho visto dei risultati molto buoni, soprattutto nei casi di catatonie o di depressioni maggiori. Ho visto dimissioni per periodi lunghi di benessere. Sui soggetti sopra i 40 anni, sui soggetti giovani erano molto rari. A volte sembrava un miracolo. Certo quando se ne facevano tanti c'erano anche effetti collaterali.” [int. 2]

“Avevo 20 anni, molti pazienti avevano più o meno la mia età. C'era un po' di tutto, situazioni che non conoscevo. Avevo fatto il tirocinio ma molto poco. Ero l'ultimo infermiere ad essere assunto come 'infermiere psichiatrico', non volevano più assumere nessuno. I sindacati hanno fatto una grande battaglia e così ci hanno fatto un corso.” [int. 1]

I racconti degli infermieri producono immagini che evocano scene di alienazione e disumanizzazione, scene dove appare nella sua crudezza il carattere perverso del mondo manicomiale.

⁶ Dal dizionario De Mauro, voce “contenere”:

“1a tenere, comprendere in sé; racchiudere; accogliere: *questa stanza contiene molti mobili, questo recipiente contiene due litri d'acqua, la piazza può c. duecentomila persone, il tuo discorso contiene molte imprecisioni*
1b di scritto e sim.: avere per argomento, trattare: *cosa contiene questa lettera?*

1c essere costituito, composto: *l'acqua contiene ossigeno e idrogeno*

2 estens., trattenere, reprimere, tenere a freno sentimenti, stati d'animo, ecc.: *c. l'emozione, la gioia, la sorpresa, la collera, le lacrime*

3a frenare, arrestare: *c. l'assalto, l'attacco dei nemici; c. l'attacco della squadra avversaria*

3b limitare, ridurre: *c. le spese; c. l'aumento dei prezzi*

4 comprimere, immobilizzare: *c. una frattura*”



“Ora il farmaco ha sostituito le corde. All’epoca sperimentavano con l’insulina, li mandavano in coma e poi noi dovevamo tirarle fuori dal coma con lo zucchero e l’acqua. Eravamo esperti, oggi non sarei più capace.” [int. 4]

Questa situazione produce un impatto sugli infermieri neo assunti, giovani di vent’anni che resta indelebile nella loro memoria. Il primo giorno di lavoro è spesso ricordato come un momento forte, di smarrimento dove i riferimenti della realtà vacillano, dove le coordinate immaginarie e simboliche sono al limite della tenuta. Questo lo possiamo ascoltare nella descrizione che fanno di pazienti e situazioni, descrizioni che possono essere lette come momenti caratterizzati da un vero e proprio *incontro*.

“Un ragazzo indiano bellissimo che girava per il reparto e cantava avanti e indietro ‘Se mi lasci non vale’⁷ di Julio Iglesias, mi fece tanta tenerezza, ancora mi viene la pelle d’oca a ricordarlo...e poi un uomo ricoverato in crisi di eccitamento. Era culturista, pugile, lottatore, insomma... si divertiva

⁷ L’infermiere che mi stava raccontando questo ricordo si emoziona, gli viene “la pelle d’oca” e commosso mi dice che era da tanto tempo che non rammentava questa scena ma che la ricorda come fosse oggi. Da qui il titolo di questo lavoro.

Se mi lasci, non vale

Julio Iglesias [G. Belfiore - L. Rossi (1976)]

La valigia sul letto è quella d'un lungo viaggio,
e tu senza dir niente hai trovato il coraggio,
con l'orgoglio ferito di chi poi si ribella,
ma quando ti arrabbi sei ancora più bella.
E così su due piedi io sarei liquidato,
ma vittima, sai tu, bilancio sbagliato.
Se un uomo tradisce, tradisce a metà,
per cinque minuti e non eri più qua.
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Non ti sembra un po' caro il prezzo che adesso io sto per pagare?
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Dentro quella valigia tutto il nostro passato non ci può stare.
Metti a posto ogni cosa e parliamone un po'.
Io di errori ne ho fatti e di colpe ne ho,
ma quello che conta tra il dire e il fare
è saper andar via ma saper ritornare.
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Non ti sembra un po' caro il prezzo che adesso io sto per pagare?
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Se mi lasci, non vale. (Se mi lasci, non vale)
Dentro quella valigia tutto il nostro passato non ci può stare.



facendo esplodere dei pigiami contraendo i muscoli della schiena. Quella mattina ne ha fatti esplodere 5 o 6, si metteva in contrazione con il petto e questi esplodevano. Il buon senso mi avrebbe spinto a dirgli di finirla, ulteriore buon senso mi portò a dargli altri pigiami e a dirgli toh, qui ne hai un altro se vuoi. Lui alzava le panchine, non era aggressivo però. Ero disperso in questo ambiente, non mi avevano detto niente, io osservavo quello che succedeva. Non era paura ma c'era una certa impressione, sì, impressione.” [int. 1]

1.3 Matti, alcolisti, lavoratori irregolari

“C'erano tante patologie, si andava dagli epilettici agli alcolisti, di psichiatrico c'era poco. C'erano anche anziani con problemi esclusivamente geriatrici.” [int. 3]

Fino agli anni 70, e quindi fino alla sua chiusura, il manicomio veniva usato come luogo di reclusione dove internare molte persone che avevano problemi non necessariamente di natura psichiatrica. Era usato anche come regolatore del conflitto familiare e sociale.

“Alcolisti, poveri, epilettici, ritardati, con sindrome terziaria della sifilide, con compromissione neurologica. C'erano anche quelli che erano riusciti a liberarsi dall'obbligo dell'OPG.” [int. 2]

Molti internati erano alcolisti. *“Se una donna riferiva che suo marito arrivava a casa ubriaco, che era pericoloso, che faceva paura ai figli, c'erano grosse difficoltà per le dimissioni. Ci voleva l'assenso della moglie. Ho visto pazienti alcolisti che si sono fermati e sono rimasti lì” [int. 2].* L'alcolismo non era una prerogativa al maschile, molte donne infatti erano internate per problemi di alcool. Erano donne un po' ai margini della comunità, spesso sole e prese di mira da una certa chiusura del paese in cui vivevano.

Altri erano lavoratori agricoli stagionali immigrati in Trentino dal nord, dall'Alto Adige, che spesso non potevano tornare a casa nel periodo invernale, un po' sbandati, nelle osterie dei paesi fino a tarda sera, con qualche bicchiere di troppo provocavano risse



con i locali e venivano rinchiusi per un periodo variabile, ripetutamente fino alla primavera quando uscivano per offrire la loro forza lavoro nella raccolta dei prodotti agricoli (maggio ciliegie, giugno e luglio piccoli frutti, poi patate, uva in settembre e mele in ottobre). Internamente li si apostrofava *le rondinelle*:

“In Alto Adige c’era l’istituzione del Maso chiuso, che prevedeva l’eredità di tutti i beni per il primogenito e niente per gli altri. Così i fratelli dovevano andare a fare lavori stagionali in campagna. I contadini li prendevano dalla primavera all’autunno. Quelli che venivano in manicomio erano una quindicina. In autunno facevano una gran balla, una sbornia collettiva, o ingiuriavano il sindaco, così venivano ricoverati. Magari avevano già un precedente di ricovero in ospedale, lavoravano tutta la stagione, poi in autunno trovavano il modo di svernare. Stavano dentro 10 o 15 giorni, ma anche di più, uscivano e poi rientravano, così per tutto l’inverno. Era abbastanza esplicito. Gli davamo un po’ di flebo con il ferro, un po’ di Noan⁸, non si poteva tenerli senza dargli niente. Avevamo degli ottimi rapporti con loro, uscivano e portavano da bere, chiudevamo anche un occhio, li conoscevamo bene. Prendevano i conigli della colonia, li vendevano ai vicini per un bottiglione di vino. Poi bisognava giustificare la mancanza di qualche coniglio, di qualche pollo, facevamo la nota ‘la volpe questa notte ha rubato delle galline’.” [int. 3]

1.4 Una città nella città

A partire dagli anni ‘40 è questo il modo con cui si è cominciato a parlare del manicomio a Pergine: una città nella città. *“A separare le due strutture urbanistiche una sorta di cortina, in muratura oppure in rete metallica, per isolare i malati di mente dalla comunità ‘sana’”* [Anderle, 2003, 43-44]. Una città praticamente autonoma, con propri servizi interni in grado di rispondere a tutte le necessità che la vita di circa duemila persone richiedeva grazie a più di 25 ettari di terreno e ad una colonia agricola.

“In colonia agricola si andava a lavorare in campagna, molti ettari di campagna. C’era il panificio, c’era il cinema, la macelleria, la stalla con gli

⁸ Diazepam, un tipo di benzodiazepina tipo Lexotan.



animali, i conigli, le galline, fagiani ma a scopo amatoriale, li si lasciava nel parco, era una passione di tanti infermieri cacciatori. Per il mio carattere, per la mia passione per la campagna, 3 anni in colonia agricola li ho vissuti bene. Si andava nei campi, e per i pazienti altoatesini che erano contadini era il loro pane lì. C'era qualche fuga, a volte scappavano. C'era la recinzione ma lo spazio era così vasto che era difficile controllare tutto.” [int. 3]

A questa scena esterna, agreste, quasi bucolica va affiancata un'altra scena, quella interna la cui realtà segregativa è resa con forza da questa fotografia:

“La colonia come reparto, internamente, era costituita da una stanza con una colonna in mezzo, i pazienti continuavano a girare nella stanza attorno alla colonna. Per camminare, quando pioveva, non c'era spazio per 60 persone. Alcuni restavano seduti da parte, c'erano due metri attorno alla colonna, come una ruota. Quelli che stavano seduti erano lì che fumavano. Gli altri giravano, uno attaccato all'altro, non c'era spazio per fare altri movimenti. Se uno cambiava senso di rotazione veniva travolto.” [int. 3]

La presenza del manicomio a Pergine, oltre che per questioni culturali e sociali, ha avuto un ruolo importantissimo sul piano anche dello sviluppo economico. Basti pensare che nel momento di massima espansione, attorno agli anni sessanta, nel manicomio erano presenti 1700/1800 degenti e più di 300 operatori. Se si considera che il comune aveva all'inizio degli anni sessanta una popolazione di 12.000 abitanti⁹, risulta evidente il peso di questa “grande fabbrica”. Dalle parole degli infermieri emerge che andare a lavorare in manicomio era ritenuta un'opportunità lavorativa eccezionale. Per loro, contadini in una zona in cui l'agricoltura garantiva a malapena la sopravvivenza, per trovare lavoro era necessario spostarsi, andare o verso la bassa Valsugana, verso il Veneto, o scendere verso Trento, Rovereto, dove c'erano delle zone industriali e la possibilità di lavorare come operai. Ma il lavoro in ospedale era ambito: un lavoro tranquillo, poco faticoso sul piano fisico, ben remunerato, sicuro e con garanzie eccellenti. Bastavano 20 anni di servizio per

⁹ Fonte ISTAT: dati censuari.



andare in pensione, e per le donne che avevano figli, con 14 anni di servizio potevano ritirarsi.

Questo tratto sociale di una motivazione al lavoro sostenuta su esigenze pratiche, non elude una implicazione soggettiva nella scelta.

“Avevo scelto di fare l’infermiere... io ero elettricista, ho studiato e poi lavorato da elettricista. Ero bravino, ho inventato dei brevetti, un sistema per applicare le mollette dei tubi degli impianti elettrici dell’officina per evitare di bucare il cemento. Non c’erano i trapani di oggi. Poi ho lavorato nel vetro, fatta la fabbrica ci ho lavorato dentro. Ho cominciato a far turni che ero minorenne, avevo 17 anni, facevo le notti. I primi tempi non è uscito molto vetro, tutti di notte ci si sbizzarriva a creare delle sculture, crollava la produzione, tutti i bar di Pergine erano pieni di queste sculture. Poi ho fatto domanda per fare l’infermiere. Ha a che fare con la mia storia personale con mia madre. Avevo 8 anni, quando mi hanno detto che aveva due mesi di vita. Mio padre non c’era, io da ragazzino dovevo fare un po’ tutto... mia madre è stata poi operata di cancro al seno, cobalto, intervento chirurgico demolente... a questa donna di trent’anni. C’eravamo io e mio fratello, io avevo 8 anni e lui 6. Mi chiedevo spesso cosa sarebbe stato di noi. Mia madre aveva 45 griffe sul petto, mi ricordo questa lunga cicatrice, il cobalto, trattamenti pesanti. Io a 8 anni le buttavo la penicillina nel cavo ascellare. Mi è rimasta questa cosa, pensando a mia madre e più che altro a mio fratello che era più piccolo.”

All’interno del manicomio, i rapporti di scambio economico erano di una natura particolare (perversa?), in quanto rispondevano ad una logica coercitiva e di controllo.

“La violenza in manicomio era basata sulla mancanza di tabacco. Con il tabacco succedeva di tutto, scambi, anche scambi sessuali, tra uomini, perché i reparti erano divisi per sesso. Il tabacco, un pacchetto di trinciato forte, veniva data al paziente che aiutava nei lavori quotidiani. Ma non c’erano dei turni, erano sempre gli stessi pazienti per anni. Rassetavano la cucina, lavavano i piatti, pulivano i gabinetti o spazzavano e lavavano i pavimenti per un pacchetto di trinciato. Se non avevano le cartine usavano il giornale. Molta della violenza, a livello di aggressioni tra pazienti era per la lotta per il tabacco. Il controsenso era che questa gente prendeva la pensione. Avrebbero potuto comprare il tabacco che volevano, ma i loro soldi erano gestiti



dall'ufficio borsellino, che dava pochi spiccioli al giorno per andare al bar interno a bersi il caffè. I soldi rimanevano all'ospedale e poi quando il paziente moriva, si facevano vivi i familiari, che in vita non erano mai venuti a trovarlo, non lo avevano mai visitato e venivano a riscuotere i soldi, prendevano persino i vestiti, delle cose tremende. Dopo il '75 le cose sono cambiate un po', ma i primi anni era così.” [int. 3]

L'espressione “una città nella città” che in molti utilizzano per descrivere la situazione del manicomio di Pergine, è interessante: il manicomio, luogo dell'esclusione, era situato al centro del paese e al suo interno riproduceva la logica della città esterna. Possiamo così pensare metaforicamente all'*extimo*, all'esclusione interna, a ciò che pur parte della società non può essere incluso perché mette in discussione lo statuto della ragione umana ma allo stesso tempo non può essere completamente eliminato. Cosa si doveva buttar fuori? Cosa doveva essere confinato, espulso, ma allo stesso tempo custodito? Per buttarlo fuori non si può far altro che custodirlo al centro, in modo che la sua evidenza lo nasconda¹⁰?

¹⁰ Attualmente esistono alcune strutture in cui sono ospitati circa 100 internati cronici che per varie ragioni (gravità dello stato fisico, assenza di familiari, effetti devastanti dell'istituzionalizzazione di una vita...) non sono mai usciti. Questi reparti si configurano come reparti limite tra l'istituzione manicomiale, il reparto ospedaliero e la casa di cura per anziani.



2. Tempo II: Oltre la psichiatria

La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.

Dare all'altro la possibilità di parlare è ristabilire una reciprocità

Franco Basaglia

2.1 Tira aria di cambiamento

In Trentino dal 1963 c'erano i "dispensari", centri per dispensare una cura prevalentemente farmacologica ma in luoghi distinti dall'ospedale psichiatrico. Tali dispensari configurano una "territorialità" della cura che si realizza capillarmente. È il medico ad andare dal paziente, grazie anche alla diffusione di farmaci neurolettici sempre più in grado di neutralizzare l'espressione "positiva" delle schizofrenie e quindi di rendere meno pericolosi i malati. D'altra parte il manicomio negli anni '60 "scoppiava" e gli spazi erano sovraffollati. A livello regionale possiamo considerare questi interventi degli antecedenti di quella che si stava configurando come una reimmissione della follia nella comunità? Così si esprimono alcuni degli infermieri intervistati. Ma penso che questa idea andrebbe considerata con attenzione distinguendo un livello "operativo" e di motivazioni individuali e di gruppo da un livello "politico" più di sistema e di logica del controllo. Tornerò su queste considerazioni più avanti. Vediamo intanto cosa succede dentro al manicomio.

Negli anni '70 assistiamo al tentativo di ricomporre quella frattura artificiosa tra salute e malattia, tra normale e patologico che la psichiatria, la medicina e la cultura in generale avevano prodotto lungo una linea che si caratterizzava come definitiva e invalicabile. È il tempo in cui si possono sperimentare forme di assunzione della funzione di cura da parte della società. Deistituzionalizzare non significa solo smantellare la



struttura dell'istituzione ma ripensare la funzione di cura, proprio a partire da un ripensamento della questione che concerne ciò che è salute e ciò che è malattia. Il superamento della logica manicomiale, del grande internamento, poteva avvenire negli anni '70 perché sono anni dove si sta ripensando in generale la forma del legame sociale, sono anni in cui vengono messe in discussione le istituzioni, dalla famiglia allo stato nel suo carattere repressivo di classe, vengono messi in discussione lo stile di vita ed i valori di riferimento. Qui non ci interessa sviluppare considerazioni di carattere sociologico o politico in merito a quegli anni ma evidenziarne alcuni tratti che poi riprenderemo per alcune riflessioni sul tempo attuale.

La riforma psichiatrica trovò forma giuridica nella legge 180¹¹, “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, del 13 maggio 1978. È una legge quadro che impone la chiusura dei manicomi, fissa alcuni principi chiave, istituisce i servizi di igiene mentale pubblici e regola il trattamento sanitario volontario e obbligatorio.

Nel 1977, sulla soglia del riconoscimento di quella che sarà una delle riforme più importanti della storia della psichiatria in Italia e nel mondo occidentale, Basaglia si interroga sul superamento dell'istituzione totale. *“Perché noi adesso vogliamo dare una casa all'internato? In fondo sta bene in un manicomio aperto dove può muoversi, fare delle cose [...] Io credo che con la casa, noi intendiamo dare un potere contrattuale che la persona in situazione di tutela non può avere”* [Basaglia, 1977, 19].

A partire dalla metà degli anni Settanta nel manicomio di Pergine vengono introdotti alcuni cambiamenti organizzativi che anticipano il vento della riforma e uno spostamento nella logica segregativa, ricollocando ad esempio la questione della cura in relazione con il territorio di provenienza del paziente. Il cambiamento organizzativo dell'assegnazione del padiglione su base territoriale e non più su quello che avevamo definito meta criterio contenitivo, risponde a un cambiamento nell'impostazione della

¹¹ Successivamente la legge confluisce nella legge 833/78 del 23 dicembre 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale.



cura che da prevalentemente custodiale e repressiva comincia a svilupparsi lungo direttrici di reinserimento sociale. Per un territorio montano e con valli chiuse come quello trentino, se i pazienti vengono suddivisi nei vari padiglioni in merito alla loro provenienza, è un cambiamento che ci dice qualcosa dell'aria che si comincia a respirare. Va infatti presa in considerazione una molteplicità di culture locali, con tradizioni, usi e costumi e soprattutto lingue diverse tra loro. I mocheni parlano una lingua non comprensibile ai nonesi che a loro volta non sono capiti dai cimbri...

Al vantaggio quotidiano per i pazienti di ritrovarsi tra compaesani si aggiunge il vantaggio, nella direzione della riabilitazione sociale, di aver posato lo sguardo sul territorio e quindi sulle risorse (familiari, relazionali, sociali, urbane...) da attivare e su cui fare affidamento per il ritorno del paziente nel suo mondo vitale. In questo modo si riesce a lavorare meglio sul territorio: mentre internamente si danno benefici per l'instaurarsi di relazioni tra conoscenti o famigliari ora inseriti negli stessi padiglioni, esternamente i medici dei reparti avviano attività e rapporti sia con i pazienti dimessi, tramite le visite ambulatoriali presso i dispensari, sia con altre figure che operano direttamente sul territorio come le assistenti sociali.

Con la legge 180/78 il rapporto con il territorio diventa una direttrice chiave del lavoro psichiatrico. Se nel tempo del manicomio il confine era netto, tracciato con una doppia linea di demarcazione e interrotto solo da situazioni e frangenti eccezionali, ora il bordo appare poroso, sfumato, senza una soluzione di continuità fissata una volta per tutte. Questo almeno nello spirito e nelle intenzioni dei riformatori, Basaglia *in primis*, nello slancio di molti operatori, ma direi nel clima culturale e politico della fine degli anni '70.

Anche in Trentino alcuni psichiatri, animati dalla forza della riforma e dal clima di effervescenza culturale di quegli anni, hanno intrapreso l'avventura di avviare in modo nuovo i servizi di cura psichiatrica. Un modo meno centrato sul sapere medico, sul sapere psichiatrico in sé e più aperto all'innovazione di un fare psichiatria condiviso, sociale, sul



territorio, aperto al cambiamento permanente. È un tempo, quello che nel 1978 si inaugura con la riforma, che definisco di *stato nascente*¹² in cui all'istituzione manicomiale, emblema dell'istituzione burocratizzata, rigida, con regole ferree e disumanizzanti, si contrappone un movimento fluido: un periodo in cui le persone, i gruppi di persone, portatori di speranze comuni e di idee nuove, si uniscono per dar vita a forme innovative di agire politico e sociale.

Basaglia, riflettendo a caldo sulla radicalità del cambiamento in essere in quegli anni ne dà un'immagine contundente: *“l'istituzione manicomiale, [...] spesso paragonata ad una nave che affonda nel mare in tempesta, è oggi definitivamente affondata. Ciò che resta è il mare tumultuoso in cui noi dobbiamo affrontare la vita, non la malattia o la salute [...]. Il problema attuale è che ci troviamo nella stessa situazione di Cortés dopo aver bruciato le navi: non abbiamo alcun ponte alle spalle per riprendere a veleggiare sicuri nel mare”* [Basaglia, 1977, 25].

Anche nei ricordi di chi lo ha vissuto, questo tempo si caratterizza come “rivoluzionario”, come il tempo di un azzeramento da cui ricominciare in modo nuovo senza saper bene come.

“Sono andato con il dottor Di Marco e dei colleghi il 17 luglio 1978 a Mezzolombardo ad aprire l'SPDC. Con la 500 del dottore siamo andati su, abbiamo cominciato a mettere dentro i letti. Era un ricovero ospedaliero. Siamo partiti da zero, abbiamo messo i letti, gli armadi, i tavoli, le sedie, il sapone, non c'era niente. Il giorno dopo è arrivato il primo paziente, un alcolista. Non c'era niente, neanche una matita. Abbiamo fatto tutto da zero. Eravamo 6 o 7 giovani, provenivamo tutti dallo stesso reparto. Volevamo vivere questa avventura. Io sono stato là 10 anni.” [int. 3]

¹² Il concetto di *stato nascente* è stato formulato da Alberoni proprio in quel periodo. Si veda Francesco Alberoni, *Movimento e istituzione*, Il Mulino, Bologna, 1977.



2.2 Dalla gerarchia dei saperi all'equipe

Nel manicomio la gerarchia delle posizioni nell'organigramma era strettamente verticale e rispondeva ad una logica del potere in cui comando ed esecuzione erano rigidamente separati. Con la legge 180 vengono trasformati e stravolti i rapporti. Tra gli addetti alle cure viene abbandonato un certo personalismo a favore invece della discussione in gruppo: *“Il primario fino ad alcuni anni fa non voleva che andassimo a parlare con lui, ci chiedeva di riportare i problemi in equipe, diceva che dovevamo parlarne nelle riunioni, davanti a tutti. Si veniva ascoltati”* [int. 4].

Fra i tratti di specificità e di discontinuità, che consentono di delineare le caratteristiche di questo periodo, uno risalta e assume una connotazione paradigmatica¹³, la dimensione dell'equipe.

“Era un modo di lavorare completamente diverso. In manicomio, con pazienti definiti cronici, il nostro lavoro era assorbito dalle attività pratiche di custodia e di sorveglianza. Diciamo che il nuovo lavoro ci faceva sentire più realizzati, c'era molto più tempo per stare con i pazienti. Nel manicomio avevo 72 pazienti, in SPDC al massimo 15”. [int. 1]

“Era un condividere quotidiano ma anche un condividere nuovo. Non eravamo abituati a fare le riunioni. Tutte le mattine alle 9 c'era la riunione operatori con il medico. Si programmavano le uscite sul territorio, il medico organizzava ma ci ascoltava, portavamo i nostri pensieri, le nostre valutazioni. Prima c'era solo il medico che valutava, ora il medico diceva “è arrivato X, come lo avete trovato?” e si condividevano le osservazioni, le opinioni e si metteva insieme un percorso riabilitativo. L'infermiere sta più a contatto con il paziente.” [int. 2]

Le riunioni venivano fatte anche con i pazienti. Ogni figura professionale era, almeno nel momento della riunione, messa sullo stesso piano di parola: primario, medico, infermieri

¹³ Il paradigma da Agamben [Abamben, 2008] viene pensato come una forma di conoscenza né induttiva né deduttiva ma analogica.



e pazienti potevano intervenire senza inibizioni di carattere istituzionale: *“Era una novità, parlavamo, tutti in gruppo, anche i pazienti, non solo della loro malattia, ma di qualsiasi cosa, di tutto quello che volevano. Ma non erano neanche obbligati a entrare nel gruppo o a intervenire. Noi ascoltavamo e venivamo ascoltati”* [int. 4].

2.3 La messa in discussione della società: ripensare il legame sociale

Smantellare il manicomio e ripensare le coordinate del legame sociale, ha voluto dire anche sfidare le resistenze al cambiamento insite sia negli operatori che nei pazienti.

Quando a partire dalla metà degli anni ‘70 si sono avviati i cambiamenti nel manicomio di Pergine ci sono state anche resistenze da parte degli operatori (che forse temevano anche per il loro posto di lavoro) e da parte dei pazienti. Tanti pazienti con le dimissioni sono stati male, perché in manicomio *“sentivano di appartenere ad una famiglia. Due volte a settimana c’era il cinema, c’erano le bocce, c’era il bar, avevano i soldi. Andavano all’ufficio borsellino e potevano prendere mille o duemila lire. C’era un limite perché non spendessero troppo. Il fine settimana ballavano”* [int. 2].

Quest’idea che “in fondo stavano bene, avevano tutto” è ancora diffusa tra gli operatori psichiatrici che ricordano quel tempo. Mi interrogo su questa posizione e vorrei isolarne la componente soggettiva rispetto a quella storico-sociale radicata in un contesto dove il legame con la terra, quella terra che “ti lega le mani” come scriveva Cesare Pavese, fa della sopravvivenza una questione centrale. Da una parte c’è una possibile analogia tra il lavoro in fabbrica e il lavoro in manicomio, anzi quest’ultimo era decisamente preferito al primo, perché considerato un lavoro tranquillo e garantito. Dall’altra sarebbe interessante cercare l’implicazione soggettiva in una scelta professionale che prevede l’accettazione di un sistema di custodia coercitivo, magari riprendendo le riflessioni della Scuola di Francoforte e di Hannah Arendt sulla adesione conformistica alle logiche del potere.

Dai racconti emerge una posizione peraltro tipica all’interno delle istituzioni totali (carceri, manicomi, eserciti in primis): gli operatori più anziani provocano situazioni



penose per i giovani entrati e per i pazienti. Per i primi “gli scherzi” e “le prove” si configurano come “riti di iniziazione”, goliardie sadiche, per i secondi nei casi estremi possono configurarsi come vere e proprie sevizie.

“Il manicomio ti dava più sicurezza perché s'erano delle regole più precise. Dopo le strutture non erano più così sicure. I pazienti potevano portare dei loro oggetti personali, poteva succedere anche qualcosa di grave, c'erano più aggressioni.” [int. 4]

In questa frase mi sembra di cogliere un tema chiave articolabile attorno a due significanti: la sicurezza e le regole precise. Nello scriverlo mi accorgo di quanto oggi la sicurezza sia ritornata *in auge*. In nome della sicurezza si producono le nuove strutture di segregazione classica: i centri di detenzione per immigrati.



3. Tempo III - nuove forme di segregazione

Il gioco degli apparati costituiti nell'estensione interna al tegumento del corpo.

Lacan, *Discorso sulla causalità psichica*

In questo momento sento una società che cerca di salvarsi come può in una sorta di neopositivismo: risolviamo la malattia con esami più sofisticati e una cura più mirata. C'è una strumentalità diffusa. Anche le case farmaceutiche che finanziano le ricerche hanno un interesse a dichiarare un'efficacia su cui dubito: da chi viene il dato? Come lo stiamo usando?

Infermiere psichiatrico

3.1 Sanitarizzazione della cura

Fatta affondare la nave – in quello che ho chiamato qui *tempo II* – si apre un periodo in cui tutto viene discusso da tutti. I pazienti vengono ascoltati, gli infermieri ascoltano e a loro voltano vengono ascoltati. C'è la produzione circolare di parole che genera idee non solo attorno alla malattia, ma più in generale sulla vita e su come la si vive. Viene sviluppato un dialogo al di là dei confini professionali e dei ruoli. Sembra aprirsi una possibilità fino ad allora inedita: trasformare i luoghi preposti alla cura in laboratorio sociale aprendo ad una critica strutturale alle logiche della convivenza umana.

Cosa è rimasto di tutto ciò? Come si presenta invece oggi la questione psichiatrica?

Ho esplorato con gli infermieri cosa secondo loro è al centro della cura nei tre tempi da me individuati. Sintetizzando, troviamo che nel tempo del manicomio al centro c'è *la custodia* che si traduce in *pratiche routinizzate, anonime*. Nel tempo della 180 il perno su cui si sostiene la direzione della cura è *l'equipe* in un clima di *accrescimento culturale* e di cambiamento con relazioni plurime e trasversali. Su queste due riflessioni gran parte degli operatori sono d'accordo. C'è poi però una certa difficoltà degli operatori a individuare ciò che nel tempo attuale costituisce l'elemento centrale della cura. Apparentemente è *la relazione*. Almeno “la relazione” è un significante che ricorre spesso nel discorso che circola in psichiatria assieme alla soluzione farmacologica. Ma è un una



parola svuotata, stemperata della sua valenza soggettiva e invece codificata secondo le coordinate di un sapere specialistico. Piuttosto è pervasiva e capillare la medicalizzazione della salute mentale.

“Al centro adesso, con queste figure specializzate, c’è un po’ la medicalizzazione. Anche per darsi una giustificazione, di fronte alla difficoltà di risolvere un problema, si dà valore a quello che si è fatto con gli esami medici e i controlli. “abbiamo provato questo, controllato quello”. Fa più colpo l’infermiere che sa leggere gli esami, suggerisce e indica quali approfondimenti fare, che l’infermiere che sta con il paziente. Noi mettevamo di più la nostra attenzione sulla relazione, anche informale, spontanea. Ora si tende a formalizzare.” [int. 3]

La sanitarizzazione della malattia mentale è una sottoarticolazione del tema più generale della medicalizzazione della vita¹⁴. Per rendere possibile una critica alla medicalizzazione della vita, è necessario descrivere il fenomeno, cioè identificarlo e allo stesso tempo separarsi da esso, non identificarsi con esso. In ambito psichiatrico nell’ultimo decennio le procedure di controllo medico hanno occupato sempre più spazio e costituiscono l’ossatura su cui si regge l’anamnesi dei pazienti.

“A Mezzolombardo in 10 anni ho visto fare 2 elettrocardiogrammi. Quando vedo ora tutto quello che viene fatto non mi capacito, ma mi dicono che ora è tutto cambiato, che il medico si deve anche tutelare. Perché se il paziente entra in SPDC e poi quando esce gli viene un infarto, possono dire che non era stato diagnosticato nessun problema. Ma io dico, cosa c’è scritto sulla nostra porta? SPDC: servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Se uno viene e ha dei problemi psichiatrici e vede che gli fanno tutte le visite, per la prostata, ecografie renali, ecografie epatiche, ma cristo sono qui per la psichiatria o cosa? Mi sembra di creare quasi uno scompenso al paziente. Dovremmo rimettere al centro la compensazione psichica.” [int. 2]

¹⁴ La rivista *aut aut* ha dedicato l’intero volume n. 340 del 2008 a questo tema. Si veda in particolare il saggio di Rovatti [Rovatti, 2008].



Tutte le procedure di controllo medico configurano una prassi che si propone di rilevare e tenere sotto controllo una infinità di dimensioni: il peso, l'adiposità, la glicemia, la pressione arteriosa, il battito cardiaco, l'attività elettrica del cuore, i valori ematici... Parametri che si discostano dalla realtà psichiatrica, non la riguardano, ma vengono tenuti sotto controllo secondo una prassi medica finalizzata in particolare a tutelare l'istituzione e i medici da possibili accuse di mancanze, da parte dei familiari, dell'opinione pubblica o da parte della magistratura.

3.2 La centralità del farmaco

Gli indubbi sviluppi delle neuroscienze, nel rendere un'immagine sempre più dettagliata e colorata del cervello e della sua attività, hanno alimentato l'idea che sia possibile individuare il guasto organico, la lesione, che sottende ad ogni malattia mentale. Come scrive Pepe dell'Acqua [2008], questo è un po' il sogno attuale della maggior parte degli psichiatri. Vengono costruiti modelli biomedici molto sofisticati, molto dettagliati a sostegno della presunta scientificità delle idee organicistiche, assolutamente lontani però dal rendere chiara la situazione del singolo paziente. Davanti alla particolarità del paziente i medici vivono uno scollamento, una scissione, perché il particolare è intraducibile nel modello. La tendenza attuale è quella di eludere questo scollamento (che potrebbe essere invece occasione feconda per riflettere sulla questione) ricorrendo in modo massiccio al farmaco.

Il farmaco non va demonizzato, anzi si è dimostrato e continua ad essere utile nei casi gravi, dove il trattamento farmacologico se ben calibrato può facilitare l'accesso a percorsi di riabilitazione e di cura. Va messo invece in discussione il *paradigma farmacologico* che nella sua schematicità causale produce riduzioni, semplificazioni e confusioni.



3.3 La cura frammentata. La divisione del lavoro e le specializzazioni

Il tempo della riflessione sull'agire psichiatrico, che trovò nell'antipsichiatria e nel movimento basagliano la sua massima espressione, caratterizzato da confini tra le professioni sfumati e porosi, dove la gerarchia del tempo del manicomio era stata smantellata a favore di una orizzontalità dei rapporti, sembra definitivamente tramontato. Con la diffusione della medicalizzazione si assiste ad un ritorno delle gerarchie e delle specializzazioni.

“Fino ad alcuni anni fa si veniva ascoltati... fino ad alcuni anni fa io mi sentivo in dovere ma anche in diritto di esprimere la mia opinione senza paura di perdere la faccia, neanche con il primario. Adesso è un altro contesto, è totalmente diverso. Adesso noi non veniamo più ascoltati, non considerano che abbiamo le competenze.” [int. 4]

A partire dal 2000 in psichiatria sono state immesse in quantità significative nuove figure professionali specializzate. Gli infermieri professionali, a cui sono state assegnate le competenze sanitarie (prelievi, iniezioni, misura della pressione...) che prima venivano esercitate dagli infermieri generici o psichiatrici. La mansione prevede un carico di lavoro notevole in questo ambito e per contro riserva poco tempo alla relazione con i pazienti. I TeRP (Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica), che sono responsabili della riabilitazione tramite attività codificate di socializzazione, espressione e sviluppo di competenze socio relazionali. Gli OSS, operatori Socio Sanitari a cui sono assegnate le mansioni sanitarie più esecutive. Altre molteplici figure riempiono la scacchiera, producendo un effetto di frammentazione delle funzioni di cura.

“La frammentazione del lavoro tra professioni mi fa sentire più solo. Devo rispondere di competenze specifiche e disinteressarmi di altre questioni anche se sono collegate e saprei affrontarle perché il mio ruolo non le prevede, anzi, è previsto che siano di esclusiva pertinenza di un'altra figura professionale. Medico, caposala, TeRP, educatore, OSA, OTA, OSS, infermiere professionale, infermiere specializzato in psichiatria. In comunità siamo in 11 e ci sono 5 profili.” [int. 1]



La frammentazione delle competenze si traduce inevitabilmente in una frammentazione di saperi e il proliferare di nicchie di sapere ha come risvolto la ricerca di quadri teorici di riferimento parziali e specifici per ogni professione e addirittura all'interno della stessa professione.

“Ora c'è una difficoltà di integrazione. Ognuno si fa i suoi riferimenti teorici, sia professionali che individualistici. La tanto proclamata esigenza di integrazione deve fare i conti con le esigenze di potere, di identità, di competenze. Si sta costruendo una specie di torre di Babele con tanti linguaggi dove la supposta evidenza scientifica mette tutti in difficoltà. Ma dov'è questa evidenza di fronte al fatto che la cronicità c'è, che bisogna farci i conti? In ogni reparto, in ogni servizio bisogna fare i conti con il fatto che certi pazienti non guariscono. Faccio fatica a considerarlo un bel periodo. I servizi si stanno sempre più ritirando all'interno dell'istituzione. Sono diminuiti i servizi a domicilio, la logica ora è che sono i pazienti a dover venire da noi.” [int. 1]

3.4 La cura integrata. Nuove forme di segregazione

La frammentazione non impedisce di scorgere un velo che ricomponi e copre i vari pezzi. Mi sembra di cogliere che al centro dell'ideologia contemporanea della cura, sulle fondamenta scientiste, si erge il significante *progetto*.

“Oggi ogni paziente ha una scheda con le attività da portare avanti in base al progetto. Una volta chiedevano loro se volevano uscire o volevano qualcosa, così, in base al momento. Adesso ci sono i progetti.” [int. 5]

I progetti sono individualizzati secondo uno standard prestabilito. È un ossimoro, ma è quello a cui ci si trova davanti quando si analizzano gli interventi che vengono realizzati.



Per chi lavora in psichiatria è una constatazione evidente: fino agli anni '80 la malattia mentale era un problema collettivo¹⁵, ora è tendenzialmente un problema individuale. Questo non impedisce che vengano proposte e realizzate iniziative di volontariato, che molti servizi vengano affidati alle cooperative del privato sociale e che si strutturi attorno alla questione della cura tutta una rete di contatti e di relazioni. Ma, nel momento in cui al centro dell'interrogativo sulla causa della malattia viene messo il corpo, o meglio il cervello, con una spiegazione che riconduce alle dinamiche chimiche e fisiologiche interne all'organo l'origine della malattia mentale, possiamo pensare all'attualità come a un tempo in cui tutta l'organizzazione dei servizi si struttura in questo senso come luogo di intervento sul corpo individuale. Un effetto di ciò è la produzione di una solitudine generalizzata.

“In quegli anni era tutto sommato un problema collettivo, anche il manicomio. Oggi è molto un problema individuale. Credo che per certi versi si sentano più soli sia gli operatori che i pazienti ma anche i familiari. Anche se ci sono i gruppi AMA, le equipe, spesso mi sembrano delle liturgie. Mi viene in mente un paziente che è stato qua per un anno, aveva un disturbo di anoressia. Può essere considerato un risultato che mangiava? Che andava al CSM? Prima gli passavano il cibo sotto la porta... ma faccio fatica a considerarlo un risultato, lo abbiamo dimesso ed è tornato a casa. È solo. In un reparto di manicomio, terribile, disumano, depersonalizzante, ma comunque l'angoscia era condivisa. Ora non più. Abbiamo a che fare con un diverso uso del potere. Il potere oggi è molto più legato ad un efficientismo che per certi aspetti, è l'effetto di un'idea di cura centrata sull'evidenza medica. [int. 1]

¹⁵ Discutendo con alcuni infermieri è emersa l'idea che anche il tempo della reclusione, del manicomio, pur configurando una scena di esclusione, era un tempo in cui la follia era ancora una questione collettiva: verso l'esterno, verso i cittadini, sia per la visibilità delle strutture nel paesaggio urbano che per l'immaginario collettivo che queste alimentano; verso l'interno, verso i pazienti, per l'organizzazione della vita interna, nella sua brutalità disumanizzante, comunque strutturata attorno al gruppo e alle sue dinamiche.



3.5 La manicomializzazione del territorio

Io penso che ciò che caratterizza la nostra era – e non possiamo non accorgercene – è una segregazione ramificata, rinforzata, che fa intersezioni a tutti i livelli e che non fa che moltiplicare le barriere.

Lacan, *Nota sul padre e l'universalismo* (1968)

Un tempo la rete sociale informale del paese sosteneva e integrava il disagio, almeno nelle sue forme meno virulente, più addomesticate. Certo era un'operazione a doppio taglio perché veniva anche assegnato un ruolo, così che la differenza veniva accettata, tollerata, ma in posizione limite, sul crinale dello stigma.

Ora la rete che si occupa del disagio è formalizzata con nodi e linee di connessione che definiscono percorsi e circuiti ben delimitati. L'integrazione non è una operazione dialettica tra malattia e salute, tra normale e patologico, giocata nella contingenza degli eventi e degli accidenti delle vite, ma piuttosto una questione di *progetti di inserimento individualizzati* secondo una logica "ingegneristica". La strada che si trova a percorrere chi è portatore di un disagio "conclamato" è una strada già tracciata, con varianti e soste definite e previste. Si producono circuiti attorno a luoghi progettati su misura (di chi?), tutto è pensato, previsto. Questa è una nuova forma di segregazione, dove l'esclusione prende la forma di una iperinclusione? Recalcati ha teorizzato la clinica contemporanea come una clinica della neosegregazione: *"Con questa espressione ho proposto di differenziare la segregazione classica, quella studiata da Foucault, che si struttura sull'esclusione centrifuga del diverso, del deviante, del non-omogeneo alla norma, da quella contemporanea che, come avevano già in parte intuito sia la Scuola di Francoforte che Pasolini, si struttura invece per una adesione eccessiva alla norma sociale, per la via di un movimento centripeto"* [Recalcati, 2005, 52].



Se nell'epoca classica della segregazione la differenza viene espulsa in modo radicale dalla società e reclusa in istituzioni totali, nell'epoca contemporanea la segregazione si presenta senza soluzione di continuità con la norma sociale. Il discorso sociale interviene in un processo di assimilazione dove da una parte la scienza e dall'altra il mercato colonizzano lo spazio generato dal disagio sociale, producendo come effetto l'eclissi della soggettivizzazione e dunque dell'inconscio.

Attorno al disagio lavorano professionisti, vengono individuati luoghi, assegnati fondi, classificate le patologie, progettati interventi. Azioni che configurano luoghi dell'assistenza diffusi sul territorio, separati nell'interazione sociale, ma assolutamente integrati per quanto riguarda la logica di funzionamento.

Possiamo pensare l'oggetto "progetto" come un oggetto che da una parte è in sintonia con la logica scienziata della misurazione, della valutazione quantitativa, del controllo e dall'altra come oggetto gadget, in quanto svuotato da tensione ideale, da una aspirazione, da un sogno e riportato nell'alveo di un oggetto merce di consumo?

I progetti, paradossalmente, non portano da nessuna parte; riproducono e alimentano il circuito dei servizi in una logica circolare. Pensati per la "riabilitazione sociale" producono come effetto quello di identificare i soggetti – beneficiari – alla categoria di deficitari nelle prestazioni secondo lo standard oggi richiesto. Provocatoriamente potremmo dire che però i veri beneficiari sono tutti coloro che sono portatori di interesse attorno al progetto individuale, dagli operatori psi che ci lavorano alle istituzioni che li progettano e coordinano.



Riflessioni

Faccio parte del gruppo “pet therapy”. Abbiamo due cani. Facciamo il gruppo il venerdì. Prima lavoro con loro, con i cani, facciamo l’addestramento. Poi lavoriamo con gli ospiti, li facciamo sedere, facciamo l’accarezzamento, la pulizia, la tolettatura. Un po’ per uno, poi possono fare un giretto con il cane. Il tutto dura un’oretta e ci sono 10 pazienti ma dipende dal progetto, c’è chi sta di più e chi di meno.

Anche durante la settimana veniamo su in reparto con il cane, lo portiamo dalle vecchiette, lasciamo fare l’accarezzamento, ci parlano, così si distraggono dalla loro situazione.

Infermiere psichiatrico

1. Un’ipotesi di lettura dei tre tempi a partire dal concetto lacaniano di discorso

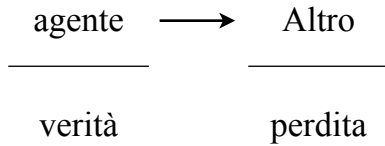
La ricerca condotta fin qui mostra come l’agire medico psichiatrico, le pratiche di cura e i servizi predisposti alla riabilitazione sociale riflettano lo spirito del tempo e traducano nell’ambito specifico il discorso che circola nella società. Una ipotesi di lavoro è quella di provare a leggere i tre tempi che ho identificato alla luce della teoria lacaniana dei discorsi¹⁶. Mi interessa riprendere il concetto di discorso in Lacan in particolare considerandolo innanzitutto come un modo del legame e proporre alcune riflessioni su quale sia il discorso che caratterizza ciascuno dei tre tempi, ovvero quale sia il discorso che in quanto “struttura dei rapporti” [Lacan, 1969-70] eccede la parola e sussiste in certe relazioni fondamentali.

Per Lacan, come è noto, il discorso è l’effetto del gioco combinatorio di quattro elementi: S_1 , S_2 , $\$$ [esse barrata] e a . Sono quattro particelle che Lacan ha introdotto da tempo per ancorare la teoria freudiana a dei punti di fissaggio, per fermarne la deriva che i vari approcci, in particolare l’*ego psychology* stavano producendo sulla scoperta freudiana. Gli elementi vengono messi in rapporto tra loro attraverso una

¹⁶ Jacques Lacan, *Il seminario. 1969-70 Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 2001

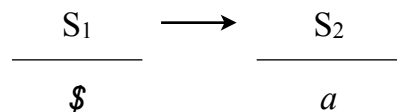


rappresentazione grafica detta “quadripodo” con quattro luoghi fissi: in alto a sinistra *l’agente*, in alto a destra *l’Altro*, in basso a destra la *perdita* e in basso a sinistra la *verità*.



L’analisi delle relazioni tra gli elementi in base alla loro posizione consente di definire quattro tipi di discorso: il discorso del padrone, il discorso dell’isterica, il discorso dell’analista e il discorso dell’università.

Tempo I della segregazione classica e discorso del padrone



Nel discorso del padrone il posto dell’agente viene occupato dal significante padrone, S_1 , che qui può essere designato con il termine “legge” poiché disciplina il sapere depositato nell’Altro (nel servo) e lo mette al lavoro. Sotto le barre si trovano, l’oggetto a nella posizione dello scarto mentre il soggetto diviso occupa il posto della verità, inaccessibile. *“Vi ho già lasciato vedere che nel discorso del padrone la a è identificabile precisamente con quanto ha tirato fuori una mente lavoratrice, quella di Marx, vale a dire con ciò in cui, simbolicamente e realmente, consisteva la funzione del plusvalore”* [Lacan, 1969-70, 48].

Nell’istituzione totale la legge è una legge disumanizzante perché da mezzo diventa fine in sé stessa e tende a riprodursi illimitatamente “si è sempre fatto così”, e al di là della particolarità (qui la legge del padrone sconfinava nella burocrazia). La regola deve essere applicata per far funzionare la macchina. Al padrone non importa “come” funziona, cosa succede, quali processi si producono. Al padrone interessa che la



macchina funzioni. C'è un rifiuto dell'alterità, del diverso che viene separato, allontanato, segregato.

Tempo II della circolazione del desiderio e discorso dell'analista

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

La riforma Basaglia si inserisce in un contesto sociale, politico e culturale di capovolgimenti. Sono gli anni della contestazione, anni in cui si vuole rovesciare l'ordine istituito. Indipendentemente dagli esiti e dalle considerazioni che possiamo fare a posteriori, rimane un dato storico: la proliferazione e circolazione di idee circa il rapporto salute-malattia.

Il discorso dell'analista è il rovescio del discorso del padrone. L'agente assume la forma, il semblante, dell'oggetto a , dello scarto, di ciò che nell'effetto del discorso risulta eccentrico per lasciar emergere il soggetto dell'inconscio strutturato a partire da un significante padrone, ordinatore, che si trova sotto la barra. Emblematico che anche il sapere, S_2 , resti sotto la barra. L'analista, e in generale il sovversivo, è tale nella misura in cui destituisce il sapere appreso e si mette al lavoro secondo la logica dell'uno per uno, ovvero evitando di comprendere riconducendo il caso alla teoria. Questo è possibile solo accettando di perdere la "padronanza" e infatti S_1 è nel posto della perdita. Lacan era scettico sulla valenza trasformativa di posizioni ideologiche che assumevano come categoria chiave la rivoluzione. Era convinto che i rivoluzionari stessero di fatto cercando un nuovo padrone. Va messa piuttosto in rilievo la categoria trasformativa della sovversione. Non è possibile stare fuori, opporsi dall'esterno al sistema, proprio per una questione strutturale in quanto essere parlante, l'umano è sempre assoggettato ad esso, ma è possibile sovvertire e quindi trasformare le condizioni all'interno delle quali si realizza tale assoggettamento.



Nel tempo II assistiamo ad una possibilità inedita per coloro che lavorano in psichiatria. Il sapere nella sua espressione gerarchizzata è destituito, non ci sono posizioni che in quanto tali assicurano un potere. Il padrone ed i suoi rappresentanti vengono destituiti e al centro viene messo l'interrogativo "Che fare?".

Tempo III della medicalizzazione della cura e discorso dell'Università

$$\begin{array}{ccc} S_2 & \longrightarrow & a \\ \hline S_1 & & \$ \end{array}$$

Nel discorso dell'Università¹⁷ il posto dell'agente è il sapere, in quanto è questo ad animare la motivazione accademica. È il sapere inteso come produzione di una simbolizzazione del reale nel tentativo di estrarne le regolarità e le leggi interne. Per questo si orienta all'oggetto *a* con l'intenzione di assorbirlo, inglobarlo all'interno del sapere stesso. Sotto la barra resta il soggetto dell'inconscio nel luogo della perdita, poiché della particolarità del ricercatore la scienza non vuole saperne, anzi, la produzione scientifica impone un annullamento della soggettività nel processo (procedimento) e nei risultati.

Il tempo III, il tempo attuale è il tempo del sapere specialistico, frammentato che soffoca da una parte il soggetto (nella sua particolarità), dall'altra la dimensione collettiva. La collettività è espropriata da una regolamentazione che disciplina l'agire sociale attraverso l'istituzione dei titoli. È il tempo della scienza, il tempo dove il sapere si presenta desoggettivato e forma(ritua)lizzato. Il discorso scientifico forclude il soggetto e copre con il velo del sapere anatomico, del corpo morto (originato dallo studio sui cadaveri) lo scarto che la soggettività introduce. Da una parte "la progettazione" e "i sistemi di verifica" pensati secondo un impianto ingegneristico, dall'altra la

¹⁷ Qui Lacan richiama l'Università come istituzione dedicata alla produzione di sapere, ma il discorso dell'università va inteso in senso più ampio come quel discorso, indipendentemente dal luogo istituzionale, che si struttura attorno alla riproduzione di un sapere desoggettivato.



medicalizzazione e il sapere scientifico, costituiscono le stampelle su cui si sostiene e si nasconde la logica aziendalistica dell'amministrazione della cosa pubblica.

Per quanto riguarda il tempo attuale, sono dell'idea che sia caratterizzato da un *ottundimento generalizzato della parola*: propongo di leggere il discorso medico scienziata, oggi dominante nei servizi psichiatrici, applicando l'idea di un azzeramento dello scarto tra enunciato ed enunciazione così come lo evidenzia Recalcati [Recalcati, 2007a, 202] nella sua lettura del malessere contemporaneo.

Ricapitolando, nel tempo delle segregazioni classiche, delle istituzioni totali, della separazione/esclusione, la psichiatria assume la posizione del padrone e il suo potere è quello repressivo del comando autoritario. Nel tempo della rottura, della “fantasia al potere”, del rovesciamento sovversivo, della circolazione delle idee e del desiderio, la psichiatria (antipsichiatria) pare assumere la posizione dell'analista, dove desiderio individuale, desiderio collettivo e desiderio istituzionale si articolano dinamicamente aprendo alla possibilità della costruzione dell'inedito. Nel tempo attuale, della sanitarizzazione della follia (e per certi versi della normalità), della costruzione procedurale di senso a supporto di una ideologia aziendalistica del governo della salute, la psichiatria sposa il discorso dell'Università alimentando una produzione ritualizzata di saperi iperspecialistici e burocratizzati. Il posto del desiderio e dell'incontro è occupato dalle procedure, dalle linee guida, dalle certificazioni. Non restano che la noia e la solitudine.

2. Il posto della psicoanalisi nell'attualità

Di fronte al potere biopolitico che ha colonizzato la malattia con i suoi dispositivi disciplinari di medicalizzazione e con le sue teorie biochimiche sulla causalità, è possibile aprire uno scarto affinché la malattia sia una opportunità, uno spazio di soggettività, ovvero di storicizzazione del vissuto? E, ammesso che sia possibile, quale ruolo può giocare la psicoanalisi in questa partita?



Questo interrogativo è aperto fin da quando Gilles Deleuze nel 1973 interviene a Milano in un seminario su *psicoanalisi e politica* [Deleuze, 1973] e recita il suo requiem per la psicoanalisi. È interessante richiamare almeno due passaggi dell'attacco che Deleuze sferra alla psicoanalisi.

Primo: c'è continuità tra la pratica psicoanalitica e la pratica psichiatrica manicomiale in quanto entrambe mirano a *ridurre l'inconscio*. L'unica differenza è che il vecchio ospedale psichiatrico è un luogo di reclusione localizzato mentre la psicoanalisi funziona all'aria aperta.

Secondo: la psicoanalisi riduce l'inconscio ed impedisce alla gente di parlare perché è una *macchina di interpretazione bell'e fatta*. Il codice interpretativo costituito da Edipo, castrazione, romanzo familiare... schiaccia, soffoca la parola del paziente. La presa della macchina interpretativa impedisce al paziente di dire veramente ciò che ha da dire, qualunque cosa il paziente dica, vuol dire un'altra cosa.

In questo attacco dunque la psicoanalisi è assimilata completamente al discorso psichiatrico. Del resto questa è una caduta che gli stessi psicoanalisti provocano quando cedono al richiamo della vulgata scienziata dell'attuale paradigma psichiatrico, solo falsamente induttivo, che spinge a cercare una corrispondenza tra il comportamento del soggetto e una serie di schemi preformati.

“La vita concreta viene sottoposta a un lavoro di ricodifica a posteriori. Il comportamento viene progressivamente, nel corso della lettura della storia, oggettivato e incanalato nei canoni prestabiliti dalla diagnosi posta.” [Dell'Acqua, 2008]

Anche Basaglia aveva lanciato pesanti accuse alla psicoanalisi¹⁸, riconducendola alla confessione religiosa con l'aggravante di proporsi come una pratica costosa, dunque

¹⁸ Si veda la conferenza tenuta da Massimo Recalcati nel 2008 al convegno *Franco Basaglia e la filosofia del '900*. <http://www.fondazionebertini.it/recalcati>



elitaria, finalizzata inoltre al recupero delle capacità produttive del soggetto, dunque al servizio del capitale.

Ma di quale psicoanalisi parlano Deleuze e Basaglia? Sia il filosofo che lo psichiatra si riferiscono in particolare ad un certo orientamento post freudiano che rappresenta una *degenerazione* della pratica psicoanalitica freudiana. Su queste posizioni converge anche Lacan che muove, dall'interno, pesanti critiche al post freudismo soprattutto americano che in effetti separa mondo interno da mondo esterno, è particolarmente costoso e assume una finalità adattiva in quanto considera alleato terapeutico la parte sana dell'Io del paziente. Ma questa non è la psicoanalisi freudiana, o meglio la psicoanalisi freudiana è possibile pensarla come un tentativo di tenere assieme le polarità individuale-sociale, memoria-oblio, determinismo-invenzione.

È possibile riprendere le critiche di Deleuze alla psicoanalisi e mettere in luce la contrapposizione tra una concezione dell'inconscio come rappresentazione ad una concezione dell'inconscio come produzione. Contrapposizione tra una concezione in cui rappresentazione è ripetizione, canovaccio già scritto, destino fissato dalle dinamiche edipiche, verità già costituita, trascendente, ed una concezione in cui l'inconscio è produzione in atto, forza espressiva contingente, uso immanente di una sintesi disgiuntiva.

Rilanciare la possibilità di un legame tra queste polarità è un orientamento fecondo per lo psicoanalista. Non si tratta di contrapporre, ma di trovare lo spazio per un annodamento tra causalità e senso, determinismo e libertà, alienazione e liberazione. Questo annodamento è un modo per interrogare il destino e il soggetto, la ripetizione e la differenza, interrogativo da cui possono prodursi pensieri ed elaborazioni attorno al lavoro clinico, anche nelle istituzioni. Non si tratta di cadere nella posizione dell'anima bella¹⁹, che azzera ogni conflitto, ma di assumere la tensione delle polarità come forza generatrice di sintesi dialettica.

¹⁹ Di G. Deleuze si veda la parte sull'anima bella nell'introduzione a *Differenza e ripetizione* (1968).



Su un piano più strettamente clinico, Freud [1914] indica come momento cruciale nella direzione della cura il momento in cui il paziente considera la malattia non solo come qualcosa di esecrabile ma piuttosto “*un degno avversario, una parte del suo essere che si fonda su buoni motivi, e da cui dovranno essere tratti elementi preziosi per la sua vita ulteriore*” [Freud, 1914, 358]. Questa posizione è ancora assolutamente sovversiva rispetto all’attualità che promuove invece l’eradicazione del sintomo considerato come intoppo, errore, malfunzionamento della macchina individuale. La ripetizione del passato trova una possibilità – nel transfert – di sperimentarsi in una “*provincia intermedia tra la malattia e la vita, attraverso la quale è possibile il passaggio dalla prima alla seconda*” [Freud, 1914, 360]. In questo modo il passato nel suo riproporsi, nel suo ritornare, nel suo darsi qui ed ora trova, allo stesso tempo, una possibilità di scrittura nuova.



Bibliografia

Nota. La data in colonna si riferisce all'edizione originale. Viene poi segnalato quando è stata utilizzata una traduzione italiana alla quale vanno riferiti i numeri di pagina nelle citazioni.

Agamben, Giorgio

2008 *Signatura Rerum. Sul metodo*, Bollati Boringhieri, Torino.

Anderle, Renzo

2003 “Un luogo per nuove politiche sociali”, in *Punto Omega*, anno V, n.12-13, pagg. 43-48.

Basaglia, Franco e Basaglia Ongaro, Franca

1971 *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino.

Basaglia, Franco, Basaglia Ongaro, Franca, Pirella Agostino, Taverna, Salvatore

1977 *La nave che affonda*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.

Deleuze, Gilles

1968 *Differenza e ripetizione*, Raffaello Cortina Editore, 1997, pp.2-3.

1973 “Cinque proposizioni sulla psicoanalisi”, in *L'isola deserta e altri scritti*, Einaudi, Torino, 2002.

Deleuze, Gilles e Guattari Félix

1972 *L'antiedipo*, Einaudi, Torino, 2002.

Dell'Acqua, Peppe

2008 “Il miraggio del farmaco”, in *Aut Aut*, n. 340, pag. 93 – 104.

Foucault, Michel

1961 *Storia della follia nell'età classica*, RCS Libri, Milano, 1998.

1975 *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 1976.

1994a “la follia e la società”, conferenza tenuta a Tokyo nel 1970, in *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste. 3. 1978-85*, Feltrinelli, 1998.

1994b “L'incorporazione dell'ospedale nella tecnologia moderna, 1978, in *Archivio Foucault. Interventi, colloqui, interviste. 3. 1978-85*, Feltrinelli, 1998.



Freud, Sigmund

- 1905 *Il motto di spirito*, in *Opere Complete*, vol.5, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- 1914 “Ricordare, ripetere, rielaborare” in *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, in *Opere Complete*, vol. 7, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- 1921 *Psicologia delle masse e analisi dell’Io*, in *Opere Complete*, vol. 9, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.

Lacan, Jacques

- 1969-70 *Il seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, 2001
- 1972 “Del discorso psicoanalitico”, in *Lacan in Italia*, La Salamandra, Milano, 1978.

Pantozzi, Giuseppe

- 1989 *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino (1830-1942)*, Ed. Centro Studi Erikson, Trento.

Recalcati, Massimo

- 1995a *L’universale e il singolare. Lacan e l’al di là del principio di piacere*, Marcos y Marcos, Milano.
- 2002 *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Franco Angeli, Milano.
- 2005 *L’omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico*, Franco Angeli, Milano.
- 2007a *Il miracolo della forma. Per un’estetica psicoanalitica*, Mondadori, Milano.
- 2007b “Totalitarismi contemporanei”, in *Lo psicoanalista e la città. L’inconscio e il discorso del capitalista*, Manifestolibri, Roma.

Rovatti, Pier Aldo

- 2008 “Note sulla medicalizzazione della vita”, in *Aut Aut*, n. 340, pag. 3-14.

Taiani, Rodolfo

- 2003 “Pergine Valsugana 1882-2002: breve cronistoria di un manicomio”, in Taiani Rodolfo (a cura di) *Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell’istituzione manicomiale*, Museo Storico, Trento.

Vivaldelli, Alfredo

- 2003 “Il superamento dell’ospedale psichiatrico provinciale di Pergine Valsugana”, in *Punto Omega*, anno V, n.12-13, pagg. 4-14.