

RELAZIONE CONVEGNO 23 FEBBRAIO 2024

PREMESSA

Come socioanalista ho esplorato in un lavoro di gruppo alcune strutture di residenzialità psichiatrica in particolare nella città di Napoli. Lo scopo di questo mio intervento, illustrando questa ricerca, è di far vedere il processo istituyente, il momento in cui queste istituzioni si costituiscono, anche mostrando in alcuni casi la contraddittorietà del processo, perché gli operatori e operatrici che istituiscono la nuova residenzialità psichiatrica sono quelli che hanno sviluppato la critica al manicomio.

Mi è parso utile portare a questo incontro la narrazione di questa esperienza perché, anche in relazione agli altri testi che si presentano oggi, abbiamo modo di vedere come la ricerca sociale sui dispositivi di potere che gestiscono la sofferenza sociale e relazionale e i comportamenti ritenuti non conformi e fastidiosi per l'ordine istituito, deve ritenersi costantemente incompiuta, rinnovarsi stabilmente. Tornare indietro può essere utile per guardare con nuovi strumenti di lavoro sociale critico l'oggi di quelle che possiamo definire istituzioni totali e i dispositivi che le caratterizzano in questa epoca. Quindi quello che intendo fare grazie all'opportunità che è stata costruita dal collettivo Artaud non è quello di definire dei punti fermi, bensì di sollecitare nuove attenzioni, sguardi e percorsi di ricerca sociale.

Cantiere sulle istituzioni post manicomiali. 2002-2005.

Il libro di cui vi parlo si intitola "Istituzioni Post-manicomiali. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle strutture intermedie residenziali"¹.

Questo testo del 2005 costituisce la restituzione pubblica di un cantiere di socioanalisi narrativa svolto con operatori e operatrici del Dipartimento di salute mentale della Asl Napoli 2 che prende inizio intorno al 2002. Quindi parliamo di venti anni fa.

Come ogni cantiere anche questo parte con una richiesta che uno dei dirigenti del dipartimento ed un gruppo di operatori rivolgono a Sensibili alle foglie di esplorare con il metodo socio analitico² il riprodursi di dispositivi manicomiali all'interno delle nuove strutture post manicomiali che loro stessi stavano allestendo e nelle quali operavano. Portare a consapevolezza, per poter intervenire, la continuità manicomiale presente nelle nuove strutture. Il cantiere è stato avviato e nel corso del lavoro di gruppo abbiamo messo a confronto i racconti del gruppo di ricerca di Napoli con narrazioni esperienziali raccolte, riguardanti altre residenze psichiatriche nate dopo la chiusura dei manicomi, a Roma e Bologna.

¹ Nicola Valentino (a cura di) Istituzioni post-manicomiali, Sensibili alle foglie, 2005

² Sulla metodologia della socioanalisi narrativa: Renato Curcio, Maria Rita Prette, Nicola Valentino, La socioanalisi narrativa, Sensibili alle foglie, 2012

Va tenuto presente che la fase istituyente delle Strutture intermedie residenziali (questo il nome delle nuove strutture) viene funestata da un evento drammatico che spinge con forza ad una riflessione. Nel dicembre 2001 nel comune di san Gregorio magno, in provincia di Salerno alcuni prefabbricati per terremotati, adibiti a Sir vengono distrutti da un rogo. Muoiono tra le fiamme 18 persone in una struttura immaginata per 50 posti e collocata fuori dai centri abitati. Questo dispositivo di nascondimento delle persone sofferenti (come ebbe a dire Sergio Piro) , ritardò l'allarme e favorì il dispiegarsi dell'incendio.

Napoli: Dai manicomi, alle Sir (Strutture intermedie residenziali)

Il movimento di critica alle istituzioni manicomiali sorto in Italia sul finire degli anni sessanta del Novecento ha dovuto intaccare innanzitutto il mito che i manicomi fossero luoghi di cura per poterne avviare la chiusura, si dovette affermare attraverso nuove pratiche, un diverso principio: la negazione dei diritti del cittadino-persona non doveva più essere quel triste ma "necessario" prezzo da pagare alla cura. In sostanza non ci può essere cura senza rispetto dei diritti delle persone. Era stato anche disinnescato il meccanismo che vedeva la persona sofferente come pericolosa socialmente.

È all'interno di questo immaginario che diventa possibile pensare il superamento del manicomio e agire in tal senso.

“La nascita delle strutture intermedie residenziali era già prevista nella legge regionale campana del 1983. Una legge riguardante l'insediamento dei servizi di salute mentale in quelle che allora erano le Unità sanitarie Locali. Diventate poi Aziende sanitarie.

La legge definiva intermedie queste strutture, innanzitutto per la transitorietà. Esse non dovevano costituire né un ricovero definitivo, né tantomeno un luogo per ricoveri coatti. L'aggettivo intermedie auspicava anche che funzionassero da interfaccia tra il sanitario e il sociale, che fossero utilizzabili non solo dall'utenza psichiatrica ma da tutti i soggetti sociali del territorio. Erano quindi immaginati come spazi che la popolazione poteva vivere come suoi.

Le Sir nascono quindi ancora prima che il ministro Rosy Bindi (1996 – 2000) emanasse il decreto per lo svuotamento dei manicomi. Ma nonostante la nascita sulla carta con questa legge dei servizi di salute mentale territoriali, i manicomi erano ancora pieni di ricoverati. È stato necessario un decreto ministeriale in tal senso perché i manicomi fossero svuotati. Va detto che la spinta decisiva a chiudere i manicomi è stata determinata da una necessità economica del Governo che con il ministro Rosy Bindi alla Sanità avvia anche l'aziendalizzazione del Sistema sanitario.. Tenere tante persone in una struttura manicomiale costava molto allora l'esecutivo impose una data entro la quale ogni direttore di azienda sanitaria doveva provvedere a sistemare in strutture adeguate, l'utenza del suo territorio ricoverata negli ospedali psichiatrici. Il direttore che non fosse riuscito in questo intento, avrebbe ricevuto una valutazione negativa per la carriera, e forse anche

provvedimenti per inadempienza. Partendo da questa situazione, si è posto il problema di accelerare la costruzione delle residenze dando la precedenza alle persone provenienti dai manicomi. La commissione regionale aveva suddiviso i ricoverati in tre fasce: A,B,C. Nelle strutture psichiatriche sarebbero dovute andare solo le persone di fascia C, quelle cioè che venivano dimesse dai manicomi con una diagnosi psichiatrica. Le persone appartenenti alla fascia A handicap, o alla fascia B, anziani, dovevano essere collocate in strutture diverse”

Questo primo passaggio - illustrato da uno degli psichiatri partecipanti al cantiere - ci fa vedere come dallo svuotamento del manicomio che era un ricettacolo di varie persone in abbandono, si passi a concepire strutture diverse. Inoltre in questa fase di passaggio comincia a porsi il problema se affidare queste strutture al privato sociale o alla gestione del sistema sanitario.

“In alcuni casi è stata sanitarizzata la Sir, affidandone la responsabilità ad un medico, con una prevalenza di personale infermieristico. In altri al contrario si è fatta la scelta di una minor sanitarizzazione e la responsabilità della casa famiglia è stata conferita ad operatori di cooperative del “privato sociale”. Con le persone trasferite dal manicomio, la residenzialità, però, è di fatto senza termine. Queste persone sono state affidate alle Sir fino alla morte. Mettendo in tal modo in discussione il dispositivo fondativo della struttura, la transitorietà.”

Questo processo istituyente subisce una ulteriore modifica in seguito alle attività di una commissione regionale di valutazione dello stato delle residenze.

“In base alla valutazione dei tecnici regionali le residenze nel territorio della Asl di Napoli risultavano tra le migliori, mentre per le altre la situazione era pietosa. Basta pensare ai prefabbricati per terremotati, adibiti a Sir e distrutti nel rogo del dicembre del 2001, nel comune di san Gregorio magno, in provincia di Salerno.

La commissione concluse inoltre che sarebbe stato più opportuno togliere l’aggettivo intermedie perché la vera struttura intermedia di interfaccia con il territorio doveva essere il Centro di salute mentale. Le strutture residenziali vengono riconfermate con l’idea che a volte poteva risultare salutare allontanare dal proprio contesto di vita una persona che chiedesse assistenza ai servizi territoriali.

La scelta di residenzialità andava però svolta nel rispetto di alcuni criteri: intanto le strutture dovevano essere al massimo di 5/6 posti, e vi doveva accedere con un programma terapeutico individualizzato a termine. Si era tolto il termine intermedie ma si ribadiva la non definitività dell’accesso”.

La nuova residenzialità psichiatrica nasce quindi su una urgenza economica collegata all’aziendalizzazione della sanità. Nasce con una profonda eredità manicomiale innanzitutto sociale: prendere in carico quello che veniva definito con un termine dispregiativo “residuo manicomiale”. Nasce nell’incertezza di una gestione prettamente sanitaria o del privato sociale, che implica codici gestionali diversi. Nasce con un interrogativo riguardante l’automaticità del trasferimento, nella dimensione ridotta delle nuove strutture di alcuni dei dispositivi gestionali del

manicomio. Nasce infine creando un'attesa nelle persone provenienti dal manicomio che viene però puntualmente disattesa. Come osserva Alberto Paolini, trasferito nel 1990 dal manicomio del Santa Maria della Pietà di Roma in una casa famiglia alle periferie della città: "gli operatori ci ripetevano che quanto prima avremmo dovuto lasciare l'ospedale psichiatrico, ma non saremmo stati abbandonati, al contrario ci avrebbero trovato delle case all'esterno dove avremmo potuto vivere liberi, lontani dalla schiavitù dell'istituzione. In attesa di uscire dovevamo imparare ad essere autonomi, ad assumere un comportamento indipendente simile a quello delle persone esterne"

Questa attesa di libertà viene disattesa perché la casa in cui viene trasferito Alberto insieme ad altre persone scelte dagli operatori, come viene ribadito subito al gruppo assortito per viverci, non è la casa promessa, ma una nuova istituzione a gestione Asl, che si colloca in un più ampio circuito psichiatrico.

La gestione totalizzante delle residenze

L'interrogativo sul trasferimento automatico nel piccolo delle nuove strutture residenziali di alcuni dei dispositivi gestionali del manicomio porta i partecipanti al cantiere a raccontare la quotidianità delle strutture lasciando emergere una serie di dispositivi che riproducono quella radicale asimmetria di potere fra persone che dovrebbero essere curate e operatori della struttura, fra i primi che non hanno alcun potere sulla loro vita e i secondi che concentrano il potere decisionale tutto nelle loro mani. Una asimmetria di potere che caratterizza appunto le istituzioni totali. Che si definiscono per un controllo assoluto dello spazio del tempo e delle relazioni della persona istituzionalizzata.

Nelle residenze che vengono narrate l'istituzione gestisce infatti il tempo e lo spazio dei residenti, a partire dalle loro abitudini elementari: quando mangiare dormire farsi la doccia, quando e se accendersi una sigaretta. L'istituzione ne controlla il denaro, e riguardo al desiderio di sessualità, emerge un dispositivo curioso: questo desiderio viene favorito o negato a discrezione del singolo operatore di turno. Ciò riguardava sia i legami affettivi che potevano nascere tra residenti in strutture miste, ma anche la risposta alle richieste che alcuni residenti maschi facevano di andare a consumare in strada del sesso a pagamento, variava a seconda dell'operatore di turno. Alcuni infatti acconsentivano accompagnando i residenti, altri si rifiutavano in base ai loro personali principi etici.

Risulta evidente che questo tipo di gestione non favoriva alcuna autonomia della persona verso un percorso di vita proprio come l'istituzione dichiarava, al contrario si alimentava unicamente una dipendenza istituzionale e una infantilizzazione.

Questa ricerca sulle istituzioni residenziali nascenti in ambito psichiatrico negli anni ha costituito un punto di riferimento per guardare questo momento istituzionale in diverse parti d'Italia e l'esito di questo percorso ha portato in realtà alla conclusione che, superata la fase di indeterminatezza iniziale, esso si è strutturato come un modulo operativo diffuso - anche in altri ambiti sociali - al quale si sono sovrapposte

istituzioni private a gestione convenzionata con il pubblico, ancora più marcatamente totalizzanti nei loro dispositivi. Queste strutture sono andate a formare un anello del circuito psichiatrico, che preso nel suo insieme appare come chiuso e cronicizzante. Circuito che ha spesso la sua porta di accesso attraverso un Trattamento sanitario obbligatorio.

Il dispositivo psicofarmacologico: da momento trattamentale, a dispositivo incapacitante. La *psicofarmacologia totalitaria*

Voglio soffermarmi ora sul dispositivo farmacologico. Tutti i partecipanti al cantiere lasciarono emergere dai loro racconti come la somministrazione di psicofarmaci non serviva tanto al paziente o al residente quanto piuttosto all'operatore per avere una gestione della residenza con meno fastidi, anche a fronte di sopraggiunte riduzioni del personale e soprattutto poter gestire il turno notturno in tranquillità.

“Ancora oggi, viene osservato nel cantiere, gli infermieri che provengono dal manicomio quando un paziente da fastidio somministrano la tripletta cioè tre farmaci messi insieme capaci di sedare un cavallo.” Viene anche osservato che quando il paziente arriva alla residenza, il primo intervento di routine del medico prevede la prescrizione di una terapia fissa, che può essere poi corretta a richiesta degli operatori. Frequentemente però se il paziente infastidisce con il suo comportamento sono gli stessi operatori ad aumentare il dosaggio del tranquillante per sedarlo. In alcuni casi e in relazione a pratiche riabilitative, può succedere che l'operatore della riabilitazione si trovi a dover svolgere una attività con un paziente che non riesce ad essere presente all'attività riabilitativa, allora viene richiesto al medico di modificare la terapia per sollecitare l'attenzione del soggetto.

In sostanza si evinceva dalle narrazioni dei partecipanti al cantiere un aspetto interessante e curioso: l'uso dello psicofarmaco si modellava in base alla gestione funzionale dell'istituzione. Per alcune attività era richiesto che la persona fosse più stimolata, in altri momenti invece più sedata. Si sottolineava anche che questi interventi farmacologici - ai quali di fatto non ci si poteva, e tutt'ora non ci si può sottrarre - venivano eseguiti su persone che erano poliassuntori cronici sia se provenivano dal manicomio sia se venivano inviate alla residenza dal territorio.

Da questa analisi fenomenologica, quindi non relativa all'azione biochimica del farmaco, emerge un utilizzo che definirei ancora disciplinare del farmaco in un certo senso fatto in modo che l'andamento della struttura funzioni.

Oggi invece come emerge dalla testimonianza di una persona in misura di sicurezza in una struttura psichiatrica giudiziaria, con lo stigma della pericolosità sociale, la somministrazione obbligatoria dello psicofarmaco assume la caratteristica di annullare la persona, di spegnerla. Deprivandola anche di una possibilità di resistenza importante che costituisce quell'adattamento attivo, in presenza, alle condizioni istituzionali. Ma non solo, lo psicofarmaco somministrato per incapacitare, provoca importanti danni alla salute psicofisica della persona che vi viene sottoposta. È in

questo modo forse che andrebbe letto l'utilizzo degli psicofarmaci come controllo chimico nelle carceri e nei CPR. Questa azione incapacitante potrebbe essere l'esito di quella che sergio Piro definisce *psicofarmacologia totalitaria*

“Farci dormire tutti per 14 ore esatte, per 2, 3, 5 o 10 anni filati, è una calibrata opera di ingegneria biomedica. Mi chiedo quale impatto sulla nostra fisiologia, sulla nostra salute e sulla nostra psiche, avrà questo invasivo intervento narcolettico. Immagino pesantemente gravi anche sull'indice di massa corporea e sulla sanità del muscolo cardiaco. Il suo effetto sul mio umore è devastante: mi sento avvizzire il cuore.”

Luigi Gallini³.

Queste differenze nell'uso istituzionale del dispositivo farmacologico andrebbe esplorata e documentata perchè questa forma di utilizzo dello psicofarmaco non si colloca come dicevo in una gestione disciplinare di spazio tempo e relazioni della persona essendo la persona di fatto **incapacitata**.

Nel cantiere riguardante le istituzioni post manicomiali sono però anche emerse narrazioni riguardanti la riabilitazione senza uso di psicofarmaci,

“C'è anche un'altra strada che consente di ottenere risultati senza dare psicofarmaci. Bisogna organizzare una risorsa relazionale, che accomuni l'operatore e il paziente. Un piccolo progetto: una uscita serale, un viaggio su un'isola, una chiacchierata, situazioni più impegnative che dare la pillola, impegnative sia per i singoli operatori che per l'istituzione che dovrebbe sostenerle. Il carico di lavoro è maggiore ma anche la soddisfazione, perchè insieme all'operatore non c'è più una persona intronata dagli psicofarmaci ma una persona problematica.”

Esclusione, sofferenza, guerra.

Sempre a Napoli mentre noi svolgevamo questo cantiere sulla residenzialità post manicomiale, Sergio Piro (Psichiatra che si è battuto per la chiusura dei manicomi e figura di rilievo della psichiatria critica), sviluppava alcune tesi importanti che, - a riguardare oggi quella storia -, era come se collocassero anche la ricerca che noi svolgevamo in uno scenario più ampio.

Con il riproporsi della guerra nello scenario della globalizzazione capitalistica, dopo la guerra in Afganistan e prima dell'invasione dell'Irak da parte degli eserciti occidentali, ad un anno dalle Torri gemelle, nel 2002 Piro scrive un libro che prende appunto il titolo: “Esclusione, sofferenza, guerra”⁴, con l'intento di elaborare una

³ Luigi Gallini Socialmente pericoloso. La triste ma vera storia di un ergastolo bianco. Scritti, disegni, poesie. In attesa di pubblicazione

⁴ Sergio Piro, Esclusione, sofferenza, guerra. A cura di: Dario Stefano Dell'Aquila, Antonio Esposito, Roberta Moscarelli. Prefazione di Teresa Capacchione, Sensibili alle foglie 2023

proposta operativa e di mostrare quanto la nostra esistenza, anche quella privata è governata dalla guerra, dall'esclusione e dalla conseguente sofferenza, e quanto fosse carente uno sguardo critico su questi temi. Piro in sostanza intravede un legame tra il ritorno in grande stile della guerra sulla scena mondiale - un ritorno che oggi non è più nascosto a nessuno - e le pratiche di esclusione, di istituzionalizzazione e la sofferenza che esse provocano.

La guerra intesa come paradigma culturale operante è il prolungamento di una identità forte, fonte di ogni tipo di sentimento di superiorità e pretesa di dominio di coloro che considera inferiori. Il paradigma della guerra si basa sull'essenzialismo: quando un particolare mirato, viene fatto diventare l'essenza di una singola persona o di una intera collettività, che in base a quel particolare viene deumanizzata, resa ostile e perseguitata.

Le guerre di questa parte della storia hanno un elevato potenziale distruttivo e mettono a rischio l'esistenza dell'umanità.

La sofferenza viene definita oscura per dire che essa è complessa e non è riducibile alle sicurezze neurobiologiche della psichiatria globalizzata o ad altre teorie novecentesche. Esplorarla è un processo complesso che tiene insieme sofferenza individuale e sociale. La sua cura non può essere delegata in modo assoluto ai tecnici, ma svolgersi in una idea in cui il gruppo sociale conserva a se stesso la potenza terapeutica.

Le forme di esclusione sociale si costituiscono sia a fascia (verso le donne, le persone di diversa condizione sociale, le persone di diversa cultura o lingua o aspetto esterno, gli omosessuali, i transessuali, i disoccupati, ecc.) o circoscritte (verso i disabili, i malati mentali, i tossico dipendenti, i vagabondi). Esse si costituiscono come negazione dei diritti delle persone perseguitate e come stato attivo di guerra contro di esse.

La globalizzazione capitalistica della psichiatria si costituisce e si esprime con inesorabile evidenza in alcuni strumenti caratteristici del suo apparato bellico, in particolare: nella manualistica diagnostica statistica delle malattie mentali e nella psicofarmacologia totalitaria.

Piro conclude le sue tesi invitando ad affrontare gli argomenti incombenti relativi alle mutazioni di potere e dell'organizzazione statale.

Per dirla con un linguaggio più attinente alla socioanalisi e all'analisi istituzionale oggi non è possibile un intervento di comprensione e trasformazione microsociale che non tenga conto della sovraimplicazione istituzionale della guerra che in quanto istituzione totale sovradetermina ogni altro processo istituzionale.

Un esempio in tal senso è dato dallo sguardo che gli attori della guerra imprimono ai movimenti migratori che vengono collocati negli scenari della "guerra ibrida" fra

potenze e quindi i migranti passano, anche nella percezione sociale costruita, da indesiderati a nemici, con una ridefinizione in tal senso delle istituzioni e dei dispositivi che mirano a gestirne la vita e la morte.

Al pari come è stato osservato da uno psichiatra in un cantiere socioanalisi che sto svolgendo a Napoli sulle istituzioni sanitarie, i servizi psichiatrici essendo attivi 24 ore, si vanno attestando sempre più su funzioni di ordine pubblico nei confronti di senza dimora persone in preda all'alcool, tossicodipendenti, migranti in condizioni di abbandono, e altre fasce emarginate.

E' importante oggi sviluppare la ricerca sociale, considerando anche una ulteriore sovradeterminazione che mina la nostra stessa caratteristica antropologica, Il capitalismo cibernetico che in questa epoca costituisce la forma della società capitalistica a livello globale avendo sostituito le "connessioni" alle "relazioni" fra umani, ci obbliga in un certo senso a ricostruire il sociale e l'umano, per poter resistere e immaginare l'opposto della guerra che è il prendersi cura della Terra come sistema vivente. Perché al di là di tutto "*Siamo tutti legati*".⁵

P.S. Nel vivo dell'incontro questa relazione è stata introdotta con una sottolineatura della funzione deumanizzante dell'istituzione totale, che toglie l'umanità, anche umiliandole, alle persone che vi vengono internate o ricoverate. Come si evince anche dalla documentazione video riguardante la Stella Maris presentata durante il convegno⁶.

Inoltre si è fatto cenno all'importanza di decostruire la narrazione che di sé fanno le istituzioni per creare nella società il bisogno di se stesse. Emblematico in tal senso il racconto pubblico che la Stella Maris fa di sé come istituzione curativa, che è stato letto in sede di convegno⁷. Ciò lo si può fare producendo di quelle istituzioni un nuovo racconto che emerga da un processo sociale critico. E da pratiche di cura fondate sulla reciprocità e sulla comune condizione umana e non su una asimmetria di potere.

Nicola Valentino

⁵ Sandra Cerrai, *Siamo tutti legati*, Porto Seguro, 2021

⁶ Reportage RAI a cura di Maria Elena Scandaliato: "Storia di Mattia". Il più grande processo per maltrattamenti ai disabili in Italia.

⁷ Dossier Stella Maris Collettivo Artaud