

UN'EREDITÀ NON FACILE DA SPENDERE, NÉ DA PENSARE

Christian Laval

Basaglia si rende conto che il problema non è tanto il manicomio in sé, quanto la razionalità politica nella quale s'inscrive.¹

Parole chiave: Legge 180, metodo, clinica, extraclinica

Con il passare del tempo, appare sempre più chiaro che la vera specificità del movimento italiano, rispetto alle altre realtà europee, consiste nell'andare, non tanto dal manicomio al disalienismo, bensì dalla clinica all'extraclinica. Si tratta di associare la clinica e l'extraclinica in modo che un più ampio spettro d'interventi attraversi tutti i profili professionali, dagli utenti ai facilitatori, agli educatori, agli psicologi e agli psichiatri. Questa storia politica e organizzativa può essere trasmessa nell'attuale contesto caratterizzato dalle aziende sanitarie e dalla privatizzazione dei servizi? La capacità, le esperienze passate e presenti di numerosi tecnici ed operatori, il loro saper fare, possono da soli, in questo nuovo contesto, rendere conto di questa specificità della clinica e dell'extraclinica?

Ecco la questione d'attualità.

Per i continuatori della storia di queste esperienze di apertura e di alternativa, la sfida consiste nel contaminare le aziende sanitarie "inoculando", non tanto delle tecniche, quanto piuttosto un modo di pensare le relazioni umane. È necessario introdurre questa preoccupazione del fattore umano innovatore nel contesto attuale. Per mantenere questa rotta, alcuni psichiatri italiani non esitano ad affermare che non bisogna essere troppo sofisticati. A cosa rinvia il termine "sofisticazione"? Bisogna lavorare senza veti, nel rispetto delle persone e delle *mission* di ciascuno, certo. Ma l'operatore tipo - quello che cerca di articolare la clinica e l'extraclinica - è un operatore-*facilitatore*, ossia un operatore aperto e attento. Egli cerca di non parlare al posto degli altri (utenti o tecnici), per non avere di fronte a sé degli attori muti e passivi. Ciò che preoccupa veramente gli operatori della salute mentale concerne, non solo la cura, ma anche una concezione dignitosa della persona e, ancora, una concezione democratica e laica del mondo sociale.

Una questione centrale emerge come un ritornello (nel senso di Deleuze): quella dei confini, del *limes*, riprendendo l'immagine della frontiera tracciata da Romolo per inscrivere il territorio di ciò che sarebbe diventata Roma. Come aprire e, al tempo stesso, consolidare la propria frontiera d'intervento? Al di là delle posizioni ideologiche e dei principi etici confermati, si delinea un principio di coerenza. Il luogo in cui queste

1 Mario Colucci, Pierangelo Di Vittorio, «Préface : Franco Basaglia et les transformations de la psychiatrie», in Franco Basaglia, *Psychiatrie et démocratie. Conférences brésiliennes*, trad. de l'italien par P. Fagegas, Éditions érès, Ramonville Saint-Agne 2007.

frontiere vengono fatte funzionare, non è quello delle politiche sociali o sanitarie, né quello delle istituzioni, bensì quello delle professionalità in atto. Una generazione, dopo la promulgazione della legge 180, ci conferma che la formazione dell'esperienza è accompagnata da un difficile aggiornamento, da una forma di estrazione di risorse molteplici le quali possono essere mobilitate per rafforzare la propria frontiera contro la pressione contraddittoria di forze antagoniste (management sanitario incarnato in Italia dall'espressione ibrida di privato/sociale), ma anche contro l'imposizione di saperi costituiti nei cenacoli accademici delle scuole o delle università, a monte dell'esperienza vissuta e del battesimo di fuoco del lavoro sul campo, cioè del "territorio". Gli stock di conoscenza troppo generale servono poco per condurre l'azione sul territorio (quartiere o campagna, poco importa). Ciò che gli italiani ci insegnano riguarda il *metodo*. Come lavorare insieme nel momento in cui si è compreso che gli attori, pur trovandosi in posti diversi, si trovano a navigare sulla stessa barca in un mare burrascoso? Sulla barca degli specialisti della *relazione con l'altro* nulla è stabile. Si muove tutto. L'innovazione non è l'eccezione ma la regola. La stabilità è immobilismo. Il fondo non conta se la forma non è mobilitata in un'esperienza in corso (e in corsa). Il grande vantaggio di questo metodo è che punta l'attenzione sulle pratiche concrete, sulla traversata delle esperienze, sui percorsi di conoscenza necessari alla conservazione dell'intervento o all'invenzione di dispositivi ad hoc. Questo metodo obbliga, quindi, a pensare senza sosta la questione delle risorse disponibili nel momento delicato della "messa in movimento". Per far valere la necessità di articolare clinica ed extraclinica, è necessario discernere tutti i cambiamenti micrologici nel modo di connettere le risorse tra gli operatori su un dato territorio. I legami tra utenti e operatori devono essere tracciati dalla circolazione di diverse facilitazioni, nessuna delle quali può prendere il posto dell'altra. Un'associazione di utenti "X" non è paragonabile ad un'associazione di utenti "Y", così come la situazione dei servizi sanitari di Bari non è paragonabile a quella di Trieste.

Mentre la psichiatria francese ha imboccato l'autostrada nazionale del *settore*, riproducibile in tutte le situazioni locali, le esperienze italiane seguono sentieri più tortuosi che attraversano regioni e territori singolari nella loro storia e nel loro divenire. Perciò la questione dei "mezzi" non si pone allo stesso modo nei due paesi. Mentre in Francia essa converge verso una problematica nazionale, in Italia la scelta di un'"entrata dal locale" demoltiplica paesaggi estremamente diversi e colorati.

Trad. it. di Pierangelo Di Vittorio

* *Christian Laval, sociologo, ONSMP-ORSPERE, Bron.*

Fondé en 1996, l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (ORSPERE) devient en 2002, au regard de ses activités nationales, l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP).