L'INTERNAMENTO PRÊT-À-PORTER E ALTRI DISPOSITIVI DEL POST-MANICOMIO

Dialogo tra
Maria Grazia Giannichedda e Antonio Esposito

Esposito

La domanda «Che cosa resta manicomio?», che accompagna questo numero di "Cartografie sociali", ha diverse genesi. Tra le motivazioni più importanti che ci hanno portato a proporre questo interrogativo, c'è l'incontro, didattico e di ricerca, realizzato, in questi anni, con le studentesse e gli studenti universitari e delle scuole medie-superiori, dialogando sul tema dell'istituzione psichiatrica. La domanda, quindi, nasce dall'esigenza di comprendere quale percezione i più giovani abbiano oggi del manicomio. L'impressione, a oltre quarant'anni dalla legge 180, è che questa percezione sia un po' sbiadita, quasi scomparsa, come se il superamento dell'ospedale psichiatrico, in Italia, abbia determinato un processo di distanziamento dalla realtà asilare, e, conseguentemente, una grande difficoltà a comprendere il significato storico del manicomio e della lotta per il suo superamento. Così, diventa estremamente complesso anche riuscire a decodificare la "metamorfizzazione" del manicomio (Castel R. 1975; Id., Castel F., Lovell 1979; Castel R. 1980), e quindi la riproposizione delle sue logiche e delle sue prassi all'interno dell'insieme sociale, al di là dei confini definiti dalle mura asilari. Insomma, oggi, è forse ancor più difficile riuscire a disvelare e demistificare quello che Basaglia chiamava il "fascino discreto del manicomio" (Basaglia 1979).

Giannichedda

Per rispondere alla domanda posta dalla rivista e dagli incontri con le ragazze e con i ragazzi, puntualizziamo brevemente cos'è il manicomio e cosa è stato storicamente, concretamente. I manicomi, quei «pesanti edifici eretti al limitare delle città che dominavano anche un paesaggio morale», come scriveva Castel nel testo che hai citato, *L'Ordine psichiatrico* (Ca-

stel 1980, p. 180), sono stati sedi, per quasi due secoli e in tutte le società occidentali, dell'internamento delle masse di folli poveri, che lo Stato moderno affidava agli alienisti, una nuova tipologia di medici che costruì la propria disciplina sui corpi internati nei manicomi e all'ombra di un patto con lo Stato per la cura e la custodia dei pericolosi a sé e agli altri e di pubblico scandalo. Quei manicomi non esistono più. Quegli edifici sono stati quasi ovunque adibiti ad altri usi, il patto tra la psichiatria e lo stato ha visto mutamenti rilevanti nelle leggi e nelle politiche, le culture e i mezzi degli psichiatri sono cambiati profondamente, ma non è cessato, seppure attutito nei tempi attuali, il sospetto che siano ancora vivi, operanti, elementi riconducibili al mondo asilare. Carte, convenzioni e documenti degli organismi transnazionali, come Nazioni Unite, OMS, Consiglio d'Europa etc., continuano a ribadire la necessità del rispetto della dignità e dei diritti delle persone con sofferenza psichica, e di eliminare le forme di istituzionalizzazione. Queste pratiche lesive della dignità, queste strutture di istituzionalizzazione sono sopravvivenze del passato? Forse per una parte lo sono, ma credo sia più interessante e utile, per capire l'oggi, osservare la loro interazione con le strutture, le politiche e le leggi che sono comunque mutate. Per capire questa interazione dobbiamo fare un grande passo indietro, alle fondamenta del manicomio, che sono rappresentate dal dispositivo dell'internamento e, storicamente, da quel processo che Foucault chiama "il grande internamento". L'internamento è un dispositivo generico che riduce la libertà in nome di forme di protezione. Nel caso della follia, l'internamento prende, successivamente, la forma di cura e custodia, di protezione e sanzione, come messo in luce nelle opere dello stesso Foucault (Foucault 1976; 1998) e in altri lavori (Doerner1975; De Peri 1984; Rothman 1971), che mostrano come l'internamento abbia preso forma e si sia reso necessario quale pilastro di una società ordinata verso la produzione. Arendt (1996), poi, ci rivelerà come il campo di internamento diventi, nella seconda metà del XX secolo, la soluzione all'allocazione di sfollati, rifugiati e profughi. Il manicomio è, quindi, alla base, internamento, cioè dispositivo che riduce la libertà in nome della protezione. La domanda cruciale, allora, diventa: questo dispositivo, oggi, è ancora in funzione? E se sì, dove lo rintracciamo, quale è la sua fenomenologia?

Esposito

Storicamente, il manicomio è stato, allo stesso tempo, il luogo di esclusione di quanti erano etichettati come "pericolosi" o di "pubblico scanda-

lo", degli "anormali" (Foucault 2004), e, al contempo, però, anche il contenitore che, attraverso una serie di meccanismi e cinghie di collegamento con l'esterno, permetteva di recuperare queste "eccedenze", questi "scarti alla regola", dentro circuiti e modelli comunque produttivi. Una dinamica che, però, ha iniziato a incrinarsi già prima della chiusura dei manicomi. Oggi in che modo si definisce il dispositivo dell'internamento, privato dei grandi luoghi di contenimento?

Giannichedda

Tra gli anni Sessanta e gli anni Ottanta diversi lavori (Goffman 1968; Doener 1969; Castel 1980; Canosa 1979) hanno messo in luce questa dinamica, sociale ed economica, che si sviluppava, da un lato, per l'esistenza dei manicomi quali grandi contenitori istituzionali, luoghi dell'esclusione che concentravano, escludevano e denominavano la follia, la vecchiaia, la disabilità, dall'altro, perché persistevano forme di società relativamente compatte e ordinate. Tutti questi elementi hanno cominciato a sgretolarsi già negli anni Sessanta, nelle società occidentali si sono aperti profondi processi di mutamento, all'interno dei quali si sono sviluppate le politiche che sono state definite di "decarcerazione" (Scull 1977). La chiusura dei manicomi, in Italia, così come il loro ridimensionamento e la loro trasformazione in altri Paesi, pure iniziati e condotti sotto le bandiere della libertà, mettendo in discussione la loro coerenza con i principi delle democrazie costituzionali (Giannichedda 2005), sono stati però anche determinati da motivazioni di tipo prettamente economico, da necessità di risparmio, dalla perdita di utilità di istituzioni che, producendo processi di internamento molto lunghi, da un lato recintavano e non restituivano le persone internate all'insieme sociale, dall'altro si saturavano impedendo nuovi ingressi. Tutto questo appartiene al passato.

Oggi, l'internamento non avviene più in grandi luoghi che concentrano le diverse condizioni delle persone che vanno escluse. Oggi, l'internamento permane come dispositivo che riduce la libertà in nome della protezione, ma questa funzione è svolta in un modo che direi più "veloce", che dura tempi relativamente brevi (se lo confrontiamo con gli internamenti pluriennali, decennali del passato). Oggi, l'internamento è diventato, per così dire, *prêt-à-porter*, un dispositivo che si impiega alla bisogna e che si può reiterare quasi all'infinito.

Esposito

Mi pare interessante questo concetto di internamento *prêt-à-porter*. Tuttavia, persistono nell'attualità grandi centri di internamento, destinati a specifiche categorie di persone individuate, categorizzate attraverso quelli che oggi sono assunti come canoni di esclusione e anormalità. Penso, per esempio, ai centri per migranti che, al di là delle sigle e degli acronimi con i quali sono denominati, finiscono per configurarsi, prevalentemente, come grandi contenitori di internamento a fronte di discorsi pubblici e politici sostanziati sulla paura, sul rifiuto, sull'inferiorizzazione di un'Alterità colpevolizzata di tutti i mali sociali ricorrendo alla logica discorsiva del "capro espiatorio" (Girard 1987). Cosa intendi, quindi, con internamento *prêt-à-porter?*

Giannichedda

In genere quelle attuali non costituiscono forme di un internamento ordinato, che ha una proiezione di lungo periodo, fino a durare per sempre. L'internamento, oggi, dura meno nel tempo, non è più concentrato esclusivamente in specifici spazi, si trova in diversi luoghi sociali, in diversi tipi di istituzioni. Per esempio, per parlare dell'Italia, si trova in molti servizi ospedalieri di diagnosi e cura, e vale lo stesso discorso per i servizi psichiatrici ospedalieri di tutt'Europa, degli Stati Uniti, praticamente di tutti i Paesi del mondo industrializzato. Le forme di riduzione della libertà, di custodia in nome della cura, persistono ovunque, sono molteplici, di diversa tipologia, hanno strutture normative che, al fondo, possono anche essere analoghe, ma che, tuttavia, si declinano in modo molto diverso l'una dall'altra. Fiorisce così, soprattutto nel mondo anglosassone, e in parte anche in Italia, una sterminata tipologia di piccoli dispositivi di internamento che stanno tra la psichiatria, l'assistenza e il carcere, e che dosano cura e custodia in diverse gradazioni. Quindi, se prima il manicomio era molto visibile e voleva essere visibile, era un vero e proprio "orizzonte morale" che conteneva in sé, contemporaneamente, promessa e minaccia, oggi, invece, l'internamento non ha bisogno e non vuole essere visto come tale, non è immediatamente percepibile, ma va riconosciuto e disvelato. Il tema della privazione della libertà in nome sia della cura, in senso sanitario, sia della protezione, in senso sociale, della persona e dalla persona, presenta, negli ambiti discorsivi e normativi, confini così sfumati che non sono facili da decodificare. Oggi, allora, è necessario un approfondito lavoro

di riconoscimento delle forme di internamento, della loro fenomenologia ed epifenomeni, delle modalità con le quali si declina l'internamento. Un lavoro che ancora manca.

Esposito

Quali volti, dunque, assume oggi l'internamento? Si possono individuare forme di internamento generalizzato, come molto spesso pure viene denunciato, o si rischia in questo modo di non riuscire a caratterizzarlo adeguatamente, determinando una confusione non solo terminologica ma anche logica e concettuale?

Giannichedda

L'internamento, oggi, ha una faccia amministrativa, ha una faccia sanitaria, ha una faccia esplicitamente sociale-educativa. Tuttavia, dobbiamo prestare grande attenzione al significato delle parole, evitando di farle slittare sul piano metaforico: internamento vuol dire innanzitutto privazione o riduzione della libertà in nome di forme di protezione. Così, di fronte a una comunità terapeutica si deve prestare attenzione, perché lì si potrebbe determinare una forma di internamento. Così pure in un SPDC (servizio psichiatrico di diagnosi e cura) è doveroso chiedersi se potrà verificarsi o meno una forma di internamento, per quanto di breve periodo. Credo, invece, che all'interno di un Centro di salute mentale non si possa parlare di internamento. Tuttavia, bisogna essere coscienti che il Centro di salute mentale fa parte di un circuito di istituzioni e dispositivi che includono l'internamento, dei quali, quindi, il Centro di salute mentale (e lo stesso vale per l'intero sistema assistenziale) può farsi complice. Per esempio: se l'adolescente non si "comporta bene" (cioè non si adegua alle regole) nella casa famiglia in cui si trova, si apre la possibilità del trasferimento nella comunità più chiusa, e se pure in questa viene considerato "indisciplinato" possono aprirsi le porte del carcere minorile. C'è tutta una gradazione di strutture, tra il protettivo e il sanzionatorio, in cui possiamo individuare degli indicatori per valutare la sussistenza o meno dell'internamento. È quindi importante ribadire la necessità di un lavoro di riconoscimento degli elementi e delle forme di internamento che oggi sono diffusi in tutto quel sistema che sta tra il penale, l'assistenziale e il sanitario. Tra le tre "forme pure", e quindi il carcere, l'ospedale, le residenze assistenziali, e certa-

mente anche i centri per migranti, sussistono altre istituzioni e servizi che dosano in maniera diversa elementi dell'uno e dell'altro.

Esposito

Le diverse forme di internamento si realizzano su un piano prevalentemente amministrativo. D'altro canto, l'internamento ha sempre vissuto un rapporto di interconnessione con i poteri amministrativi. Nella realtà fattuale, tuttavia, si determinano spazi, spesso in penombra, all'interno dei quali si realizzano prassi di internamento che non hanno un fondamento normativo o che comunque tradiscono lo spirito di Leggi come la 180.

Giannichedda

La relazione tra internamento e potere amministrativo è sempre stata molto stretta. Quando Foucault (1998) racconta della segregazione degli improduttivi nel XVII secolo, ci mostra come si istituiscano, contemporaneamente, i luoghi di internamento e la polizia quale potere moderno di tipo amministrativo. Direi che la sanzione giuridico-amministrativa resta un elemento caratterizzante dell'internamento, eppure, a volte, si possono avere anche "internamenti di fatto" che prescindono da questo dato. Per esempio, la legge psichiatrica italiana non consente alcuna forma di internamento, nella maniera più netta. Il TSO (trattamento sanitario obbligatorio) non è una forma larvata di internamento, non rappresenta una modalità per dire, con altre parole, "ricovero coatto". Tuttavia, molto spesso, e ancora di più negli ultimi anni, viene interpretato e realizzato come modalità di internamento. Sono molti gli indicatori che lo testimoniano, innanzitutto le porte chiuse, impedire ogni forma di comunicazione autonoma alle persone ricoverate, il ricorso agli strumenti di contenzione fisica, chimica e ambientale. Tutti questi sono segni chiari di internamento, ma non hanno una base giuridica che li legittimi: sono forme di internamento di fatto. Così, per esempio, negli istituti per anziani, in cui si trovano cittadini che, come le persone con disturbo mentale, sono nel pieno possesso dei loro diritti, nessuno potrebbe impedire loro di uscire, eppure, di fatto, a queste persone è preclusa l'uscita, è impedita la comunicazione, viene loro organizzata la giornata senza tener conto dei loro reali bisogni e desideri. Tutte queste forme di internamento non hanno alcuna base giuridica, almeno nell'ordinamento italiano, ma questo non impedisce la loro proliferazione.

Esposito

Riprendo l'ultimo passaggio della tua riflessione, relativo alla deprivazione, nelle case per anziani, non solo dei diritti, ma anche e soprattutto di elementi costitutivi dell'essere persona, della propria autonomia, dignità e unicità. Tra i tratti costitutivi dell'internamento, oltre alla privazione o riduzione della libertà, vanno quindi ancora ricomprese quelle diverse forme di infantilizzazione e deprivazione del sé che sono elementi propri dell'istituzione totale (Goffman 1968).

Giannichedda

Nel testo del 1965 sulla distruzione del manicomio, Basaglia (2005, pp. 17-26) espone un concetto che ancora oggi resta potente per individuare cosa sia internamento. Per riuscire a modificare i rapporti all'interno del manicomio di Gorizia, scrive Basaglia, lui e la sua équipe hanno lavorato «facendo leva sulla aggressività individuale». Si potrebbe obiettare: come, utilizzando l'aggressività individuale? In fondo, il manicomio, che pure è nato per rispondere a varie esigenze e realizzare diversi obiettivi, ha come scopo prioritario proprio quello di sopprimere l'aggressività individuale, identificata come ragione della pericolosità a sé e agli altri.

Basaglia, invece, propone il rovesciamento di questa idea, afferma che bisogna valorizzare, utilizzare, l'aggressività della persona che sta male. Che cosa significa, in questo caso, valorizzare l'aggressività? Vuol dire far sì che la persona possa esprimere quello che vuole, quello che cerca, anche attraverso l'aggressività. Si determina una situazione in cui, da un lato, c'è chi detiene il potere, il medico, e, dall'altro, chi gli resiste, gli si oppone: per Basaglia, la costruzione di un rapporto con l'altro avviene all'interno di un processo di negoziazione che include l'interazione anche con l'aggressività della persona. La questione, evidentemente, è la scelta tra la possibilità di utilizzare il potere per distruggere l'altro, e questo era quanto faceva il manicomio, e quella di usare lo stesso potere mettendo però in campo saperi di cura e la scelta di stare accanto all'altro e di negoziare quindi una possibilità di rapporto. Allora, ancora oggi, in un luogo in cui si incontrano persone mansuete, ridotte, come dice Basaglia in quello scritto (contestando la logica della comunità terapeutica), a servi riconoscenti in un ridente asilo, dobbiamo sapere che questo è un luogo di internamento, un luogo che realizza l'istituzionalizzazione (che rappresenta l'esito finale dell'internamento).

Esposito

Provando ad ampliare ancora l'orizzonte discorsivo, introduco in questo nostro dialogo un ulteriore luogo, la scuola, che, per come si è evoluta negli ultimi anni, ha lasciato uno spazio di intervento sempre maggiore ai saperi "psi", con l'obiettivo di governare l'aggressività dei ragazzi e realizzare una comunità scolastica "gestibile". Oggi, nell'universo scuola, si susseguono, spesso senza soluzione di continuità, programmi e progetti indirizzati a soggetti medicalizzati ed etichettati, fioriscono acronimi sospesi tra l'educativo e il sanitario, dai BES (bisogni educativi speciali) ai DSA (disturbi specifici dell'apprendimento), già nelle classi elementari si moltiplicano, in modo esponenziale, diagnosi di iperattività e di uno "spettro autistico" sempre meno definito e sempre più invasivo, cresce e continua a essere indicato come insufficiente il numero degli insegnanti di sostegno. Così, anche nelle scuole, troppo spesso, si ha l'impressione di ricercare più i "ridenti asili di servi riconoscenti" che prima hai evocato, piuttosto che una comunità educativa dialettica e vitale. Allora ti chiedo: la scuola rischia di essere uno dei luoghi di questo arcipelago dell'internamento?

Giannichedda

Nel caso della scuola non farei ricorso al concetto di internamento. Mi pare più corretto fare riferimento, eventualmente, a processi di istituzionalizzazione, che certo, come già accennato, hanno uno stretto legame di parentela con l'internamento. Tuttavia, quest'ultimo, a meno che non lo usiamo come metafora, presuppone innanzitutto una collocazione fisica in un determinato luogo da cui non si può uscire per un certo tempo, configurando una "abitazione forzata" che è conseguente al restringimento della libertà personale. Ora, se è vero, come affermato in precedenza, che tra gli esiti dell'internamento (se di medio o lungo periodo) vi può essere l'istituzionalizzazione, cioè la riduzione della persona alla misura e al linguaggio del luogo in cui si trova, e se è altrettanto vero che nella scuola possono esistere profili di istituzionalizzazione, tuttavia, questi non sono assimilabili a forme di internamento, proprio perché la frequenza scolastica non può essere considerata una forma di riduzione o limitazione della libertà personale. Mi sembra anche necessario puntualizzare che la valorizzazione dell'aggressività, cui abbiamo accennato, si definisce in funzione della gestione della stessa, seppure in una forma non repressiva, finalizzata cioè non a limitare la libertà della persona, ma a scoprire le risorse e i desideri

del soggetto di cui ci si fa carico perché lui ne ha bisogno. Se la scuola, con tutti i suoi infiniti corsi, fa questo, salvaguardando la sua dimensione comunitaria, è un bene; se, invece, programmi speciali e insegnanti di sostegno servono a separare il più debole dal resto della classe, per consentire alla classe stessa di *andare avanti*, allora siamo in una situazione diversa, che porta a forme di istituzionalizzazione della persona problematica. È tuttavia necessaria un'ulteriore precisazione: se è fondamentale un'azione di disvelamento e riconoscimento di tutte le forme di istituzionalizzazione, tuttavia, quando queste si realizzano sotto gli occhi di tanti, in un contesto aperto, come quello di una realtà scolastica, si hanno caratteristiche comunque diverse da quando lo stesso fenomeno si realizza, invece, in realtà chiuse come gli istituti e le classi speciali che ancora esistono, per esempio, negli altri Paesi europei. In una scuola speciale, infatti, possono presentarsi elementi propri dell'internamento, cosa che non mi pare possa accadere nel caso degli insegnanti di sostegno all'interno di una scuola "comune".

Esposito

Anche il carcere realizza una forma di internamento. Vorrei chiederti se, però, sussiste una differenza di fondo, laddove la carcerazione si definisce attraverso una decisione giurisdizionale che invece non sussiste nelle forme di internamento di cui stiamo discutendo.

Giannichedda

Sebbene le persone recluse in carcere siano spesso definite internati, deve essere chiaro che l'internamento carcerario è altra cosa dall'internamento di cui abbiamo parlato. La carcerazione dovrebbe essere conseguenza di un processo, disposta da un giudice che ha accertato l'esistenza di un reato a cui corrisponde una pena prevista nei Codici. Certo, lo so bene, non sempre è così, tuttavia, si tratta di una privazione di libertà "legittimata" da un ordinamento giuridico come sanzione per una violazione della legge. La limitazione della libertà di una persona anziana che sta in istituto, o di una persona contenuta in trattamento sanitario obbligatorio, invece, è illegittima, non ha alcuna base giuridica. Quindi, sarebbe preferibile non usare la parola internati per le persone in carcere, che sono da definirsi, più propriamente, detenuti. L'internamento in senso proprio, come detto, resta una misura amministrativa. È legittimo parlare di internamento nel caso dei

migranti, confinati nei centri di detenzione (seppure, in questo caso, è stato costruito un dispositivo, di assai dubbia legittimità costituzionale, che dovrebbe però legittimare normativamente la totale privazione di libertà che le persone vi subiscono). Ancora, è legittimo parlare di internamento per molte residenze per anziani, per molti SPDC, per certe comunità terapeutiche, per certi istituti assistenziali. In tutti questi casi, la base giuridica per la giustificazione dell'internamento non c'è. Questo almeno in Italia, perché, invece, in altri Paesi, nelle leggi psichiatriche, resta l'elemento della pericolosità per sé e per gli altri e il trattamento obbligatorio viene disposto da un magistrato.

Esposito

Potremmo quindi, schematicamente, assumere una prima differenziazione tra le forme di internamento che sono ancora fondate su un giudizio di pericolosità espresso da un giudice, e un'altra tipologia, che invece si sostanzia sul concetto di cura.

Giannichedda

Sì, di cura o di protezione, per l'anziano, la persona disabile, il minore.

Esposito

Nella realtà fattuale queste diverse forme di internamento coesistono e spesso si intrecciano e/o sovrappongono. Appare evidente che le forme di internamento curativo-assistenziali necessitino, comunque, di un sapere terzo, quello medico-scientifico o delle scienze sociali. E certamente, al di là di false retoriche, questi saperi presentano una forte componente discrezionale.

Giannichedda

In realtà, anche il giudice ha una sua discrezionalità, ma dovrebbe essere racchiusa nei limiti posti dall'interpretazione della legge. Un medico, un assistente sociale, uno psicologo, non interpretano leggi, ma applicano dei saperi. Quindi, in questo campo, evidentemente, la discrezionalità non

può che essere maggiore. Ronald Laing negli anni Sessanta affermava che esistono dei limiti a ciò che si può fare a un detenuto in carcere, mentre non ci sono limiti a ciò che si può fare a un malato di mente in manicomio.

Esposito

Pure a fronte delle sostanziali differenze, della distruzione o trasformazione del manicomio, questa considerazione di Laing si mantiene valida ancora oggi?

Giannichedda

Sì, ma questo è in un certo senso inevitabile, perché non si può pensare, come pure alcuni approcci propongono, che l'agire di un medico o di un insegnante debba essere ritmato da un'elencazione precisa, una scomposizione dettagliata tra ciò che si può fare e ciò che non si può fare. Per certi versi è un discorso simile a quello che si è affrontato quando, in Italia, si è discusso sul vietare o meno normativamente il ricorso all'elettroshock. Ho espresso e continuo a esprimere una posizione di totale disaccordo sull'ipotesi di un divieto normativo: l'elettroshock, come tutte le forme di trattamento sanitario che non rispondono alle caratteristiche dell'articolo 32 della Costituzione, devono essere battute sul piano politico, sul piano culturale e sul piano scientifico. Diversamente, si perseguirebbe la logica di prescrivere al medico cosa può fare e cosa non può fare. Certo, ci sono dei limiti, ma li ha già fissati l'articolo 32, determinando che non si possono realizzare trattamenti disumani e degradanti, che non si può sottoporre una persona a un trattamento contrario alla sua volontà e che non salvaguardi la sua dignità. Evidentemente, si apre lo spazio di un agire discrezionale, ma questo non può essere oggetto di una serie di prescrizioni normative che rischierebbero di essere infinite e fin troppo dettagliate nell'agire tecnico, piuttosto, si deve porre in essere un più ampio discorso inerente alla democratizzazione dei servizi, medici, assistenziali e didattici. Se c'è un potere discrezionale, e lo è anche quello dell'insegnante, la discrezionalità non si declina come arbitrio nella misura in cui è garantita la presenza di sguardi e poteri terzi e, soprattutto, la partecipazione attiva di chi riceve il trattamento o l'insegnamento.

Esposito

Non condivido l'idea che una prescrizione normativa non possa fissare la possibilità di ricorrere a strumenti che rischiano di ledere i principi costituzionali, soprattutto se, come nel caso dell'elettroshock, ma penso anche alla contenzione, il loro utilizzo sia oggetto di valutazioni scientifiche e politiche divergenti. Credo che una norma possa, invece, essere utile a definire, in determinati ambiti, il perimetro della liceità o illiceità a fronte dei principi costituzionali. Certo, hai ragione a porre il tema dell'eccessivo dettaglio della normazione e del rischio di definire ambiti di intervento che incidono sulla libertà della valutazione professionale, ma credo che in determinati casi debba prevalere un principio precauzionale e che il legislatore possa assumere la responsabilità di definire l'illegittimità di talune pratiche. Inoltre, il tema del controllo democratico sul potere discrezionale diventa difficilmente praticabile all'interno di luoghi chiusi.

Giannichedda

Il punto è che i luoghi chiusi non devono esistere, non deve esistere l'internamento. L'unico controllo democratico che si può realizzare sull'internamento è la lotta per abolirlo. Sia chiaro che sto parlando dell'internamento non come metafora, ma nelle modalità con le quali lo abbiamo definito in precedenza, quindi come privazione della libertà in nome della protezione e realizzato senza disposizione di un magistrato. Bisogna anche ribadire che noi, le donne e gli uomini che hanno dedicato il proprio impegno politico al superamento dei manicomi, abbiamo combattuto contro l'internamento, e che oggi, nel nostro ordinamento, grazie a quella lotta non ci sono forme di internamento sanitario. Con l'abrogazione della Legge 36 del 1904 è finito l'internamento sanitario. L'internamento sanitario, come quello assistenziale, non è legittimo nell'ordinamento italiano.

Esposito

Il superamento dell'internamento sanitario rappresenta uno dei portati della 180 che evade l'ambito psichiatrico per farsi vettore dell'azione politico-sociale e patrimonio del più complessivo patrimonio storico-culturale del nostro Paese. Come abbiamo chiarito, però, pure a fronte della sulla illegittimità, l'in-

ternamento resta un dispositivo biopolitico di governo dei viventi (Foucault 2005a; 2005b; 2014). Quale funzione continua a svolgere?

Giannichedda

L'internamento, in un certo senso, ha sempre la stessa funzione. Immaginiamo l'internamento nella sua "Età dell'oro" (Castel 1980) come un enorme specchio, e il processo di critica che inizia nel secondo Dopoguerra come un'azione che lo frantuma. Nel momento in cui lo specchio è in mille pezzi, ciascuno di questi continua comunque a svolgere la sua funzione di riflettere: non si ha più il grande specchio, ci sono tanti piccoli specchietti, certo la situazione cambia, però la loro funzione resta quella.

Così, l'internamento *prêt-à-porter* di cui abbiamo parlato conserva la vecchia funzione di sospensione della libertà e di minaccia: prima era una funzione che voleva essere visibile ed esplicita, oggi, tende a essere più sfumato l'aspetto di minaccia, espresso piuttosto nei termini di "Per il tuo bene". L'unica eccezione, forse, è rappresentata dal caso dei migranti, che sono stati costituiti come il solo vero nemico: per essi l'internamento, l'allontanamento, la repressione, l'esclusione non solo sono legittimati, ma addirittura messi in scena. I migranti "devono" essere espulsi, per questo l'internamento dei migranti ha continuato a cercare forme di legittimazione giuridica, fino a quando è stato inventato il reato di ingresso clandestino. In tutti gli altri casi, invece, a fronte dell'assenza di legittimità giuridica dell'internamento nell'ordinamento italiano, il senso di minaccia non viene reso pubblico, è piuttosto presentato attraverso un messaggio di tipo paternalistico e fatalistico. L'internamento, inoltre, continua ad avere una connotazione (che anche l'internamento manicomiale possedeva) di convenienza economica: mettere insieme tante persone che hanno bisogno di assistenza rende necessario un numero ridotto di assistenti e infermieri. Lasciare le persone nel loro contesto familiare o organizzare piccoli gruppi appartamento, invece, richiede un numero di operatori molto più alto. Ammassare per categorie le persone bisognose di assistenza, sia sanitaria che sociale, quindi, risponde a un obiettivo di economicità. Brutalmente, l'internamento presenta anche questo fine di risparmio. Certo, i costi delle RSA (residenze sanitarie assistenziali) dimostrano che l'obiettivo di riduzione della spesa, poi, non è effettivamente realizzato, ma viene comunque presentato come tale, e l'internamento conserva anche questo scopo: rinchiudere massivamente le persone e far sì che si comportino come serve all'istituzione per realizzare dei risparmi economici (che poi, in realtà, si traducono in massimizzazione del profitto per gli

imprenditori dell'assistenza). Se quindi ci interroghiamo sulle ragioni che portano, in questi luoghi, a cenare alle cinque anche d'estate, a legare gli anziani al letto o a tenerli seduti nelle sedie con la comodina, scopriremo che le motivazioni sono anche economiche: agire così è più semplice e si ha bisogno di un numero minore di assistenti. D'altro canto, queste sono le stesse ragioni che hanno reso estremamente difficile la chiusura dei manicomi privati e rendono tutt'ora complesso combattere la cultura del posto letto in funzione, invece, per esempio, dei budget di salute: dai budget di salute, fondati su una grande quantità di lavoro umano, non si possono trarre i profitti che, invece, generano i posti letto. Viceversa, l'internamento è fondato su una bassa quantità (e qualità) di lavoro umano perché il personale è ridotto a una condizione di sorveglianti, più o meno pagati.

Esposito

Insieme a questa funzione prettamente economica, l'internamento continua ad avere anche una funzione di rassicurazione sociale. Penso, per esempio, a quelle forme di internamento che si mantengono "manifeste", come abbiamo detto destinate innanzitutto ai migranti, che si strutturano a partire dalla costruzione di un nemico e di un clima politico e culturale dominato dalla paura.

Giannichedda

Certo, e si mantiene sempre una funzione di rassicurazione sociale anche nelle altre forme di internamento, servendo spesso anche come giustificazione benevola. Molti, per esempio, pensano ancora che sia una cosa auspicabile mettere il vecchietto tra i vecchietti e tenerli tutti insieme assembrati in attesa della morte. Pure per le persone con disturbi mentali, spesso, funziona ancora questa logica. Così, seppure la legge ci impedisce di dire che le persone sono in TSO perché pericolose, in realtà, è proprio con questa motivazione di pericolosità che vengono rinchiuse in un SPDC.

Esposito

La realtà che descrivi emerge con evidenza recuperando moduli e procedure amministrative di ricovero psichiatrico: nel linguaggio utilizzato

questa categoria di pericolosità persiste seppure sostanzialmente priva di qualsiasi supporto normativo.

Giannichedda

Persiste non solo nel linguaggio, ma anche e soprattutto nella prassi di tanti servizi.

Esposito

Questa persistenza sembra mettere in discussione uno dei pilastri concettuali del processo di deistituzionalizzazione realizzato a partire dalle prime esperienze degli anni Sessanta del secolo scorso e culminato nella rivoluzione determinata dalla Legge 180: il superamento, non solo normativo, ma anche scientifico e culturale, dell'equazione tra malattia mentale e pericolosità personale e sociale (Basaglia, Giannichedda 1982). Come è possibile che il concetto di pericolosità sia sopravvissuto a questo processo, alla legge stessa, restando, ancora oggi, un architrave delle persistenti forme di internamento psichiatrico?

Giannichedda

La grande riforma italiana (che non chiamerei rivoluzione per il valore enfatico di questa parola) si è scontrata con i poteri che sono comunque chiamati a gestire questo settore, il potere medico psichiatrico da un lato e l'amministrazione della salute dall'altro. Dovendo tradurre in pratica il cambio di paradigma che la legge ha richiesto, questi poteri hanno di fatto lavorato per adattare la nuova cultura e le nuove disposizioni normative ai propri interessi di corporazione e ai rapporti di potere esistenti a livello nazionale e locale. Anche in tanti altri settori, cambiamenti pure profondi hanno dovuto confrontarsi e scontrarsi con poteri che si sono adoperati per assorbirli e neutralizzarli. Un esempio chiarissimo viene dalla vita delle donne in rapporto al patriarcato: come è possibile che, ancora nel terzo millennio, esista il patriarcato? Eppure, tuttora, si può parlare di patriarcato, laddove i poteri maschili che lo incarnano hanno agito nel solco del gattopardismo, adoperandosi sì che tutto cambi perché nulla cambi. Relativamente da poco, con il femminismo, il patriarcato ha subito colpi molto

duri, ai quali, però, ha reagito con i femminicidi. Qualcosa del genere è accaduta con quello che Foucault (2004) ha chiamato il potere psichiatrico: anche una riforma come la nostra ha comunque affidato al potere psichiatrico il problema della follia come problema medico-sanitario. Anche la 180 ha fatto questo, chiedendo però agli psichiatri di cambiare, di rapportarsi con la libertà della persona, di non reprimere la sua aggressività, di trasformarsi in un potere democratico. Certo, alcuni di questi obiettivi sono stati parzialmente raggiunti, ma, complessivamente, è accaduta un'altra cosa: il potere psichiatrico ha preso la nuova cultura portata dalla 180 e l'ha adattata a sé stesso, alle proprie esigenze disciplinari, agli interessi del corpo professionale che gestisce questo potere. Una forte evidenza di questo discorso si ha nel campo della formazione: la storia di quanto è accaduto nella critica al manicomio non fa parte della formazione degli psichiatri. Gli psichiatri, come corpo professionale, non hanno mai chiesto perdono per aver amministrato per due secoli i manicomi, compiendo tutte le nefandezze che ben conosciamo. In fondo, come afferma Cristiano Castelfranchi, gli psichiatri si sarebbero dovuti comportare come gli antropologi, che hanno chiesto perdono per essersi costituiti attraverso il colonialismo, per essere stati un tutt'uno con il colonialismo. Certamente, la psichiatria non è solo il manicomio, ma è stata un tutt'uno con il manicomio, eppure non ha mai fatto una vera autocritica sul problema dell'internamento. Per questo, nella formazione degli psichiatri, nel particolare potere psichiatrico, negli interessi che la corporazione degli psichiatri difende, permangono elementi che rendono l'internamento interessante, conveniente, comodo.

Esposito

Oggi il tema della follia è presentato, sempre più spesso, nei termini, *politically correct*, di salute mentale. Sappiamo bene, però, che le parole non sono mai neutre, che un discorso sulla salute mentale è sempre, anche, un discorso di normalizzazione sociale volto a estendere ulteriormente gli spazi di intervento dei diversi poteri psi. In tanti hanno denunciato, in questi anni, il rischio di una medicalizzazione, se non di una vera e propria psichiatrizzazione, della vita quotidiana, a partire dalla più tenera età e fino alla vecchiaia[1].

1 Per un primo approfondimento, anche bibliografico, su questo tema sia consentito il rimando a Esposito 2019, in particolare Capitolo 11 e Conclusioni.

Contemporaneamente, la salute mentale è diventata un tema iperspecialistico, competenza esclusiva dei vari saperi "psi", perdendo quella centralità politica che invece è stata determinante nel processo italiano di deistituzionalizzazione. Inoltre, paradossalmente, i saperi "psi" hanno pure fagocitato ambiti propri della politica.

Giannichedda

È sicuramente vero che la psichiatria, continuando a monopolizzare la follia come "malattie mentali", nell'utilizzare l'espressione "salute mentale", amplia la propria competenza sulla vita degli umani, sulla loro esistenza. Partiamo però da un dato di realtà: la follia spesso è un problema, non solo per le persone che la vivono, che ne sono attraversate, ma anche per chi sta loro intorno. É innegabile, quindi, che la follia ponga domande di aiuto, aiuto a capire e aiuto a vivere, a sopportare. Del resto, ci sono sempre state, in ogni tempo e in ogni cultura, figure sociali che aiutavano a denominare la follia e a gestirla, e, lo sappiamo, non sempre benevolmente. Il problema, quindi, non è costituito dal bisogno di trovare parole e luoghi per riconoscere, narrare e gestire la follia. Il nodo non è rappresentato dalla presenza di una figura sociale o di un luogo che tematizzi la follia. La questione su cui dobbiamo interrogarci oggi è costituita dalla specifica tipologia del potere psichiatrico, un potere che, fornendo parole per tematizzare la follia e luoghi per gestirla, in realtà, la sottrae, sostanzialmente, alla persona che sta male, inserendola in un altro ordine discorsivo, che non è quello dell'esistenza. Questo potere istituisce la persona come malata di mente, come paziente in analisi, come malato cronico. Questo ordine discorsivo, da un lato, pone la persona che soffre in uno stato di inferiorità rispetto a un terapeuta, dall'altro, data la natura così diseguale di questo rapporto, la consegna a una solitudine senza rimedio. Questa solitudine è diventata ancora più drammatica da quando la politica ha iniziato via via a ritrarsi, rimpicciolirsi, rinsecchirsi, cedendo terreno, da un lato, all'economia e dall'altro proprio ai saperi "psi". Per un verso, sembra che le decisioni assunte dalla politica debbano essere necessariamente dettate dalla razionalità economica e non, piuttosto, ad esempio, da ragioni di giustizia sociale, dalla necessità di ridurre le disuguaglianze etc. Dall'altro verso, poi, la politica, ritrattasi in favore dello psicologico, non denomina più le relazioni tra gli uomini con parole proprie, ma prende in prestito le parole dei saperi psi. È particolarmente interessante, in questo senso, che, sempre più spesso, siano esperti "psi" a dare parole alla cultura politica, a tematiz-

zare un lessico civile. Non è stato sempre così. Pensiamo, per esempio, a quando le società operaie promuovevano lo studio e la cultura, realizzavano scuole per gli analfabeti, le donne discutevano sulla propria condizione, e tutto questo riempiva, politicamente, lo spazio in cui si denominano le relazioni tra gli umani, tra gli uomini e le donne, tra i giovani e i vecchi. Ancora negli anni Settanta, siamo stati capaci di denominare con parole politiche l'esperienza umana, l'essere uomini e donne, la follia e la ragione: abbiamo detto, per esempio, «gli internati dei manicomi sono esclusi», o ancora «mettiamo tra parentesi la malattia», abbiamo cercato modalità e parole per riconoscerci nella esperienza delle persone internate. Possiamo dire che negli anni Novanta si è conclusa questa politicizzazione della follia e, contemporaneamente, si è reso evidente questo ritrarsi della politica che, come detto, ha lasciato terreno, da un lato, all'economia, dall'altro, ai saperi psi, per cui, oggi, per parlare delle relazioni tra gli umani, non si hanno più parole politiche.

Esposito

In questa ricostruzione che hai tracciato sembra emergere una interessante coincidenza: con la chiusura dei manicomi, che si completa al finire degli anni Novanta, inizia una sorta di colonizzazione del paradigma "psi" di quello che era il terreno proprio della politica. È come se, liberato dal problema dell'istituzione totale, quel paradigma abbia potuto poi circolare nelle maglie della società fino a prendere possesso anche del politico.

Giannichedda

Sì, le date coincidono: sul finire degli anni Novanta la psichiatria, liberata dal problema dal manicomio, è come se fosse diventata improvvisamente "buona", acquisendo una sorta di lasciapassare per dilagare ovunque. Va sottolineato, però, come sia stato il potere psichiatrico a dilagare nella società, non il paradigma asilare. Oggi, pur in assenza del manicomio, resta il potere psichiatrico, che mantiene il suo dominio sul problema della follia. Solo nel tempo della lotta al manicomio, in Italia, il problema della follia è uscito dall'ambito prettamente psichiatrico, interessando direttamente la società e la politica.

Esposito

Se quindi torniamo alla domanda da cui siamo partiti, "cosa resta del manicomio?", possiamo giungere alla conclusone che, da un lato, resiste l'internamento, pur nelle forme di una sostanziale illegittimità, e, dall'altro, si realizza questa forma di colonizzazione del potere psichiatrico su altri terreni, poteri e linguaggi, innanzitutto quello politico.

Giannichedda

Sì, la fotografia dell'attualità ci restituisce questa immagine, ma dobbiamo rimarcare che non c'è stato un conflitto tra poteri, con il potere psichiatrico che ha conquistato il politico. Piuttosto, il ritrarsi del politico ha lasciato libero un terreno che, non essendo possibile nella società il vuoto, è stato riempito dal discorso "psi", psichiatrico, psicoanalitico, psicologico.

Esposito

Per concludere questo dialogo, proverei a portare i nostri discorsi sul periodo pandemico del Covid-19. I dati hanno mostrato, in tutt'Europa e anche in Italia, una correlazione molto forte tra diffusione e mortalità del virus da un lato e, dall'altro, presenza delle strutture residenziali, innanzitutto quelle per anziani, ma anche per persone con disabilità psichica e fisica. Come già ricordato nell'editoriale di questo numero di "Cartografie sociali", nel nostro Paese, le prime quattro regioni per numero di contagiati e decessi, sono le stesse a primeggiare per numero di strutture residenziali e posti letto (Ministero della Salute 2019). È evidente che non si possano fare semplicistiche equazioni e che, per comprendere la diffusione della pandemia, almeno nella sua prima fase, vadano considerati tanti altri fattori (cfr. *infra* editoriale), tuttavia, appare evidente come la questione della residenzialità ponga delle problematiche non più rinviabili, correlate ai temi che abbiamo affrontato. Prima ancora del virus, sono stati il permanere del paradigma dell'internamento, il ritrarsi della politica con il sopravanzare di logiche economicistiche e di poteri decisionali non democratici, a determinare la mancata effettività dei diritti alla cura, alla salute e alla dignità della persona. Credi che questo periodo pandemico possa lasciare un insegnamento in questo senso? E quali sono le azioni da mettere in campo per restituire centralità politica al tema della salute mentale?

Giannichedda

Certamente, bisogna aprire una grande vertenza sul problema dell'internamento. Mentre lottavamo per chiudere tutti gli ospedali psichiatrici pubblici e privati, abbiamo assistito al moltiplicarsi di nuovi istituti di internamento per persone anziane e per persone disabili variamente definite (la nozione di disabilità resta tra le più sfuggenti). Nel caso di queste istituzioni, l'internamento si presenta nella sua forma più "classica", di lungo periodo, è, quasi sempre, vera e propria istituzionalizzazione, soprattutto nel caso delle persone anziane. Certo, mentre nasceva questa costellazione di istituti, si formavano e si diffondevano anche le alternative (l'abitare assistito, i gruppi appartamento etc.), ma, e qui ritorniamo alla atrofia della politica, queste due forme non venivano messe in tensione. Assistiamo così al blando convivere da un lato di mostri come il "Pio Albergo Trivulzio", e dall'altro all'abitare di persone, anche gravemente disabili, in piccole convivenze assistite. Credo che qui vada riaperta la battaglia.

In Italia, sono ancora funzionanti, resistenti ai tagli e alle ideologie liberiste, modelli di servizio e sistemi locali, sociali e sanitari, che dimostrano, dati e costi alla mano, che un'abitazione piccola per cinque, sei persone funziona meglio che una RSA, anche per un anziano non autosufficiente; che una rete di presidi sanitari territoriali fa funzionare meglio un ospedale e salvaguarda i suoi successi; che il servizio pubblico ha bisogno della comunità di cui fa parte, dei suoi utenti, dei cittadini organizzati e non solo dei professionisti e degli enti che erogano regole e risorse. Certo, resta il problema del profitto, su cui le strutture sono imbattibili, e anche su questo bisognerà ricominciare a ragionare.

Riferimenti bibliografici

Arendt H., 1996, *Le origini del totalitarismo*, Milano, Edizioni di Comunità (ed. or. 1951).

Basaglia F., 1965, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, in Basaglia F. 2005, *L'utopia della realtà*, a cura di Ongaro Basaglia F., Torino, Einaudi, pp. 17-26.

Id., *Il fascino discreto del manicomio*, 1979, in «La Repubblica», domenica 16, lunedì 17 settembre, p. 6.

Basaglia F., Giannichedda M. G., 1982, *Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico*, in F. Basaglia, *Scritti*, Torino, Einaudi, vol. II.

Canosa R., 1979, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli.

Castel R., 1975, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, Torino, Einaudi (ed. or. 1973).
Castel R., Castel F., Lovell A., 1979, *La société psychiatrique avancée*, Paris, Grasset.
Castel R., 1980, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 1976).
De Peri F., 1984, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico tra Otto e Novecento*, in F. Della Peruta, a cura di, *Storia d'Italia. Annali: 7. Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, pp. 1060-1144.
Doerner K., 1975, *Il borghese e il folle*, Bari-Roma, Laterza (ed. or. 1969).
Esposito A., 2019, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Napoli, ad est dell'equatore.
Foucault M., 1976, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano (ed. or. 1961).
Id., 1998, *La follia e la società*, in *Archivio Foucault: interventi, colloqui, interviste*, a cura di A. Pandolfi, Feltrinelli, Milano, vol. III, pp. 64-84 (ed. or. 1978).
Id., 2004, *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2003).
Id., 2005a, *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977-78)*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2004).
Id., 2005b, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-79)*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2004).
Id., 2014, *Del governo dei viventi. Corso al Collège de France (1979-80)*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2012).
Giannichedda M. G., 2005, *La democrazia vista dal manicomio*, in «Animazione Sociale», n. 4, pp. 18-30.
Girard R., 1987, *Il capro espiatorio*, Milano, Adelphi (ed. or. 1987).
Goffman E., 1968, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi (ed. or. 1961).
Ministero della Salute, 2019, *Annuario statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2017*.
Rothman D. J., 1971, *The Discovery of the Asylum*, Boston, Little, Brown and Company.
Scull A., 1977, *Decarceration*, Englewood Cliff, Prentice Hall International.