Antonello D'Elia

# L'INFINITO INTERNAMENTO

*Abstract:*
In Italy, the history of psychiatric internment did not end in 1978 with the 180 Psychiatric Act. The idea and practice of assuring to suffering people hospitalization and not allow treatment and support are still alive. The solutions usually have implemented to treat refugees whose major guilt appears to be the state of refugee itself while are concentrated in crowded and neglected sites. Similarities can have focused on the way of different populations, i.e. people suffering from mental health problems and refugees. This paper aims to describe the places of abandon and show how psychosocial remediation are similar if we think and practice coping strategies attempted to enforce people subjectivity and personal and interpersonal resources.

*Keywords:*
Asylum, Refugees, Internment.

> Una sciarpa rossa, risotto con funghi, l'orologio, funghi trifolati, polenta con seppie, un fiore, caviale, whisky, un burattino, una bambolina, una canzone, la Rosina vestita da regina, tanti nemici di Troia, una stella cometa, una macchinetta del caffè, una motocicletta, Loredana, la bicicletta […] (Scabia 2011, p. 13).

Un elenco, una teoria di oggetti, persone, cose assortite senza apparente criterio. Rappresentazione di quel che serve per riempire un vuoto (*Ibidem*).

È il febbraio del 1973 quando Marco Cavallo, il simbolo della liberazione dai manicomi, lascia l'ospedale psichiatrico di Trieste, al cui interno è stato costruito, e sfila per le vie della città. Un corteo bizzarro e festoso lo accompagna. Nella sua pancia sono custoditi centinaia di biglietti a cui i degenti hanno affidato i loro desideri.

Tutti stipati nel cavallo di cartapesta blu. Non chiedono oggetti simbolici i matti: quei pezzi di carta racchiudono i sogni di chi è stato per anni privato di tutto, un catalogo dei desideri, le immagini della libertà di chi può tornare a volere e potrebbe essere risarcito per quanto nessuno aveva prima mai neppure chiesto e, nell'assenza, aveva lasciato vuota anche la fantasia. Tutto quanto era stato soppresso, insieme ai diritti, come la realtà di un'esistenza sospesa negli stanzoni e nei viali del manicomio.

> Scarpe da tennis, borracce, bottiglie di plastica, tazze di ceramica, una bottiglia di latte di mandorla, confezioni monouso di marmellata, pacchetti di sigarette, cartine, pomate, compresse, spazzolini da denti, creme, rossetti, rasoi, una confezione di ketch-up, una Coca-Cola in lattina, la Bibbia, il Corano… (Enia 2017, p. 24).

Ecco un altro elenco, altre cose disparate e, combinate dal caso, in serie o in unico esemplare (*Ibidem*).

Sono alcuni degli oggetti esposti a Porto M., lo spazio allestito a Lampedusa da Askàvusa, il collettivo che ha raccolto in un luogo unico quanto è stato ritrovato in mare o a riva appartenuto ai migranti approdati sull'isola o lì giunti cadaveri.

Perché la loro memoria riconduca al dolore prima che vengano affidati alla più neutra storia.

Molti oggetti, è risaputo, sono arrivati dove i proprietari non sono riusciti perché dispersi, annegati in un mare che di amico, per loro, non ha avuto nulla. Simboli involontari di una deriva dell'umano, tracce di cosa accade ancora oggi a uomini violati da altri uomini, sfruttati, abbandonati, osteggiati, respinti. Cose intrise di insignificanza e, al tempo stesso, di eccesso di senso, che recano, solo per chi le guarda, l'alone drammatico e luttuoso di un desiderio fallito, di un sogno spesso andato a male, quello di una vita nuova, di un'esistenza degna, di pace e di futuro.

L'accostamento tra le due serie non è di certo rintracciabile in una sovrapposizione forzata tra i desideri degli esclusi senza diritti dei manicomi di un tempo e i resti materiali degli spiaggiati, respinti, o deceduti in mare nei pressi delle nostre coste, pur vigendo per tutti una simile sorte di esclusione. Neppure sono assimilabili i desideri segreti dei primi e gli oggetti o gli effetti personali perduti dai secondi, segnali di un tragico esito o di un risveglio brusco nella realtà dell'esodo.

L'intento è, piuttosto, di gettare uno sguardo all'indietro, cercando di cogliere, al di là della involontaria e tragica poeticità delle raccolte poc'anzi descritte, il dispositivo sociale e mentale che le riunisce in un comune destino, in una matrice condivisa di polizia sociale che, nella sua semplici-

tà, appare inevitabile soluzione a problemi che impattano con le comunità, con gli assetti mentali e culturali, con gli equilibri economici di intere collettività. Sto parlando dell'internamento, della sospensione dei diritti, della esclusione come difesa securitaria. Sto evocando, consapevolmente, il manicomio e le istituzioni totali di cui esso è espressione e matrice, precursore di soluzioni concentrazionarie di cui i migranti sono la popolazione elettiva nei nostri tempi, prima e dopo il loro arrivo nelle terre che abitiamo. E che non si tratti solo di derive, di deviazioni da una norma lo ricorda Hannah Arendt (1999), avvertendo che «la produzione e il rifiuto degli indesiderabili non è caratteristica del totalitarismo, bensì dello Stato-nazione che mira a normalizzare quella devianza e, là dove non riesce, consegna quei paria […] ai campi di internamento» (*Ivi*, p. 407).

Parliamo ora di un altro elenco, quello dei luoghi attuali dell'internamento che, se non riproducono fisicamente i vasti spazi manicomiali, ne rispecchiano fini e stili. La psichiatria ha attualmente un'offerta residenziale che va dai reparti psichiatrici ospedalieri (SPDC) per le situazioni di acuzie e i ricoveri involontari, a una vasta gamma di posti letto a convenzione (ovvero di un privato che offre posti letto al servizio pubblico, ma da esso viene remunerato attingendo al medesimo capitolo di spesa), suddivisi, secondo la creatività onomastica delle singole regioni, in posti per acuzie, a lunga e media degenza. Sono quelle che un tempo erano definite cliniche private e comunità terapeutiche e che hanno ora denominazioni poco fantasiose ma eloquenti: STPIT (Strutture per Trattamenti Psichiatrici Intensivi Territoriali); SRTR i./e. (Strutture Residenziali Terapeutico Riabilitative intensive/estensive), SRSR (Strutture Socio Riabilitative a Intensità Assistenziale elevata – 24 ore – o media, 12 ore).

Ad esse si unisce l'offerta di un cospicuo numero di case supportate, case famiglia, appartamenti protetti, in cui sono ospitati pazienti con maggiori risorse autonome, che non sono rubricati come strutture sanitarie; nel complesso, configurano la cosiddetta "residenzialità leggera". Oltre la passione nomenclatoria di ministeriali e amministratori locali, che ha cercato di dare coordinate burocraticamente controllabili al ricco mercato dei posti letto in psichiatria, rimane evidente come l'impegno vada nel senso di organizzare la quantità senza alcun riferimento alla qualità, ovvero alle scelte culturali e operative del lavoro di salute mentale, un approccio globale che andrebbe ben oltre quello specialistico e disciplinare psichiatrico. La quantità, ricordiamo, vuol dire spesa, gestire e orientare il già sottodimensionato *budget*, privilegiando le soluzioni di ricovero su quelle territoriali, avallare implicitamente un lavoro di smistamento e collocazione fisica di persone in costosi posti letto e non quello di costruzione di relazioni, di percorsi

clinici, terapeutici e riabilitativi, tutte pratiche che richiedono esperienza e cultura specialistica, investimento in risorse di personale e di formazione.

Sorvolando sulla effettiva differenza qualitativa dell'offerta residenziale, frutto più di scelte e tradizioni operative locali che di adesione ai criteri di accreditamento ministeriali e regionali, in termini numerici parliamo di circa 50.000 pazienti (Starace 2018). Al computo vanno aggiunti i circa 700 posti letto delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, le strutture che avrebbero dovuto integrare l'offerta terapeutica destinata ai pazienti psichiatrici autori di reato, modificando lo sbocco unicamente reclusivo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. La soluzione della degenza non si ferma a quella strettamente dedicata ai pazienti psichiatrici e raggiunge cifre enormi se sommiamo la rete di strutture pubbliche e private (in gran parte in convenzione) che ospitano la popolazione di anziani e vecchi, quasi sempre dotate di un numero cospicuo di posti letto: in un paese con età media molto elevata come il nostro, sono censiti, per difetto, più di 200.000 letti in circa 7000 Residenze Sanitarie Assistite o altre tipologie, ma anche di queste il numero è incerto (Montemurro 2016).

Al netto dell'offerta per i minori, quindi, le persone in questo momento inserite in strutture che offrono degenza sulle 24 ore e che usufruiscono di una residenzialità "pesante", quindi in strutture di dimensioni medie e grandi per 24 ore e per periodi medio/lunghi, sono un numero superiore a quello dei ricoverati nei manicomi italiani all'inizio del processo di deistituzionalizzazione. Pur senza voler indulgere nella rappresentazione di un altro "grande internamento" (Foucault 1979), è certo che l'indirizzo prevalente vada nel senso di grandi contenitori, luoghi dell'accudimento passivo a lungo termine e della inevitabile sproporzione tra personale e ospiti/degenti. Nel maggio 1978, data di approvazione della legge 180, i ricoverati degli ospedali psichiatrici provinciali italiani erano all'incirca 80.000: i numeri citati, pur in assenza di una lettura analitica, hanno l'unico scopo di evidenziare come l'opzione di un trattamento che veda al centro il ricovero e l'allontanamento dal luogo e, spesso, dal territorio di appartenenza di vaste ed eterogenee categorie di persone non sia mai realmente diminuita, tenendo conto che il contenitore aspecifico manicomiale concentrava tipologie di disturbi psichiatrici e neurologici e fasce d'età che andavano dai bambini ai vecchi, tutti in gran parte accomunati dall'appartenenza a classi sociali svantaggiate, non in grado di accedere a cure private o a ricoveri in cliniche a pagamento. Periodi di espansione e investimento nella rete dei servizi (di personale, di competenze cliniche, di organizzazioni coerenti a un progetto di cura e trasformazione) hanno comportato la diminuzione del ricorso a strutture residenziali almeno quanto, al contrario, la contrazione

del personale e l'indebolimento di una cultura della presa in carico globale, come quello a cui assistiamo oggi, si tramutano, quasi meccanicamente, in un aumento dei ricoveri (Babini 2009).

Le mura del manicomio sono state abbattute con una legge dello stato. Prima che se ne decretasse la chiusura, le immagini provenienti dal loro interno avevano mostrato quel che era destinato a rimanervi segreto, spazio accessibile solo agli sventurati che vi erano ammessi e al personale che vi lavorava, vere e proprie cittadelle della follia, aziende in grado di impiegare e ricoverare diverse centinaia di persone. Le foto dei bambini legati ai letti (Gaino 2017), quelle del dolore, dell'incuria, della violenza, contribuirono a plasmare uno sdegno collettivo per l'orrore manicomiale che aiutò a creare le condizioni perché la legge 180 venisse approvata. In quelle fotografie, nei filmati girati dentro quelle mura, si percepiva il puzzo, il fumo di sigarette scadenti, la cappa oppressiva che trasudava da pareti spesso scrostate e da cortili popolati di anime morte che vi si aggiravano inermi.

Niente di tutto questo è visibile dietro i muri delle nuove strutture.

Certo, il lungo percorso per la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari, terminato nel 2017, si è avvalso di un analogo armamentario iconografico per additarne l'arretratezza e l'abbandono. Ma un racconto ostensibile dei nuovi luoghi dell'internamento morbido (come è stato chiamato quello post manicomiale contemporaneo) non è disponibile. Strutture pulite (la maggior parte), concentramenti fisici meno opprimenti (anche se si arriva facilmente a un paio di centinaio di letti suddivisi per le varie tipologie di strutture accreditate ma, di fatto, sottoposte a identico regime e trattamento), compresenza di persone con esigenze diverse (magari pazienti psichiatrici e anziani non autosufficienti), separate da un cortile o da un vialetto alberato. Tempi di degenza non indefiniti come quelli del manicomio, ma la cui lunghezza non è determinata da nuovi e migliori progetti di vita, esito di percorsi riabilitativi efficaci, bensì da una diaspora da un tipo di struttura a un'altra, rispettando alla lettera i dettati normativi, ma non aggiungendo una virgola al sostanziale atteggiamento di controllo e all'assenza di reale prospettiva evolutiva per i degenti. Luoghi periferici, sovente lontani dai centri abitati, a volte francamente isolati, qualcuno in parte riscattato da collocazioni amene e da progetti di intervento con qualche nota di sofisticazione.

Non ci sono immagini che mostrino il provocatorio paradosso di stanze attigue differenziate, talora, solo da una targa sulla porta che riporta la tipologia di ricovero, esaurendo in quella la supposta diversità di trattamento; o altre che descrivano la finalità ultima di puro intrattenimento di *atelier*, laboratori, gruppi popolati da pazienti meno abbandonati a sé rispetto al

manicomio ma ugualmente privati di reale futuro (Saraceno 1995). Si tratta di posti difficili da descrivere o da rappresentare, a cui la valenza sanitaria offre un volto rassicurante, ordinato, silenzioso. Sono i luoghi della riforma psichiatrica incompiuta, contenitori che in molte regioni hanno rappresentato lo sfiatatoio indicibile di una psichiatria territoriale che ha continuato ad avvalersi di contenitori di degenti, raccoglitori di situazioni bloccate e cronificate, nuove frontiere dell'abbandono. Non è andata così dovunque e non nella stessa quantità beninteso, visto che in alcune regioni il numero di queste strutture è minimo o addirittura inesistente, ma questo non fa che indicare l'ingiustizia di un paese in cui l'equità e la qualità delle risposte alla domanda di salute mentale può variare, sostanzialmente, in assenza di un indirizzo univoco almeno nei princìpi costitutivi.

È a motivo di questa invisibilità, per l'opacità dei luoghi dove in molte parti del paese si continua a fare psichiatria ospedaliera o ospedalizzata, che vale la pena tracciarne una mappa, con la consapevolezza che questa non vada intesa «come mera rappresentazione e pura costruzione, eliminando quindi del tutto il territorio. Le mappe non rappresentano solo il mondo, ma lo manipolano, lo ricreano, lo distorcono, lo re-immaginano […]» (Italiano 2018, p. 142).

Lo scopo è evidenziare come i dispositivi che segnano la sorte di tanti individui si alimentano alla stessa fonte dell'immaginario manicomiale e arrivano, inesorabilmente, alle stesse soluzioni materiali che, si badi, non riguardano solo la convergenza in luoghi di reclusione e separazione, ma processi decisionali, atteggiamenti mentali, soluzioni giuridiche sostenute dal ruolo ancillare custodialistico della psichiatria, organizzazioni sociali realizzate per rendere concrete le pratiche di concentramento. Consapevole di oscillare, con qualche licenza, tra topografia e cartografia, tra l'attenzione ai luoghi e quella ai percorsi complessi che ne sanciscono l'esistenza e ne regolano i flussi, ritengo utile focalizzare su di essi l'attenzione.

In ogni caso, a rendere possibile l'orientamento rimane l'accezione foucaultiana di dispositivo, ripresa da Agamben (2006):

> Ciò che io cerco di localizzare con questo nome è, innanzitutto, un insieme del tutto eterogeneo che coinvolge discorsi, istituzioni, strutture architettoniche, decisioni regolative, leggi, misure amministrative, enunciati scientifici, proposizioni filosofiche, morali e filantropiche […] il dispositivo è la rete stessa che si stabilisce fra questi elementi […] una specie di formazione che in un determinato momento storico ha avuto la funzione essenziale di rispondere a un'urgenza (Foucault 1994, p. 299).

In altri termini, il manicomio, non è più il luogo oggettivo della reclusione, della repressione e della esclusione della follia ma una parte del discorso, elemento del dispositivo con implicazioni di ordine politico, sociale, metaforico e materiale di esercizio del potere. In quanto luogo mentale, consuetudinario, simbolico, organizzativo, operativo, la persistenza manicomiale continua a insistere nella testa di chi lavora e nella gente comune come luogo dell'archiviazione del perturbamento della follia. E non è una legge a garantirne la scomparsa: il processo di deistituzionalizzazione non appare affatto terminato e non lo sarà fino a che non saranno intaccate le idee portanti che sorreggono le pratiche dell'esclusione, della catalogazione diagnostica usata come distanziamento, della violenza istituzionale, della cronicità accettata come stato e non come esito di evoluzioni mancate. Il rischio che venga assimilato a solo spazio simbolico operativo va a sua volta sventato perché esiste una cruda materialità del posto, fatto di olfatto e vista, di sensi vivi che riproducono l'esperienza fisica della concentrazione e della promiscuità, sempre la stessa a tutte le latitudini, con gli stessi effetti di negazione della persona. E, parimenti, giocano un ruolo essenziale le politiche sanitarie e le scelte economiche che lo rendono reale, concreto. Lo spazio manicomiale come soluzione di controllo e negazione di qualsiasi progetto emancipativo, cioè di cura della persona e delle relazioni.

Cambiamo scena. Al centro mettiamo ora altri luoghi di concentramento di essere umani, nuovi contenitori che il mondo più ricco ha approntato per rispondere alla pressione umana proveniente da quello più povero che si accalca ai suoi bordi. È la sorte assegnata alle centinaia di migliaia di uomini, donne e bambini che in fuga da guerra, miseria, persecuzione, mancanza di speranza, affrontano estenuanti viaggi migratori per arrivare da noi. La geografia delle frontiere superate, la tempistica di percorsi lunghi e insidiosissimi, non fa parte neppure più della loro storia, è annullata dalla nuova condizione che li trasforma tutti in migranti, a prescindere dai mesi impiegati, dalle violenze viste e subìte, dai pericoli scampati per chi ce l'ha fatta, lasciando spesso sul cammino compagni di avventura meno fortunati (D'Elia 2019). Come pure non conta più la provenienza, l'appartenenza originaria, familiare, tribale, linguistica, etnica.

Il punto d'arrivo è il medesimo, che siano Lampedusa, Lesbos, la sponda del fiume Evros o la Jungle di Calais, le soluzioni non sono molto diverse da Stato a Stato, se non per crudeltà ed efferatezza dei luoghi e della loro gestione, ma l'ubiquitarietà geografica e la loro trasversalità storica suggeriscono l'origine antropologica, prepolitica, della proiezione sull'altro diverso del trattamento dell'estraneo straniero. Anche qui muri e mura per separare un dentro da un fuori, in una distribuzione delle parti tale che il

dentro serve a rendere difficile, se non impossibile, a chi vi è rinchiuso, uno sconfinamento stabile, un riconoscimento di esistenza e di legittimità individuale, un accesso a quel fuori dove altri vivono per destino e per storia. Anche qui incontriamo un susseguirsi di sigle e acronimi che conferiscono realtà materiale a campi, alloggiamenti, siti di raggruppamento, in cui il tempo e i diritti umani basilari sono sospesi, spesso francamente violati. Nell'ultima declinazione italiana dei contenitori allestiti per i migranti dal decreto sicurezza tuttora vigente (il termine *refugees*, rifugiati, più aderente alla realtà della loro condizione, non ha da noi avuto fortuna) abbiamo gli Hotspot, punti di arrivo e identificazione, i CPA (Centri di Prima Accoglienza), i CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), i CPR (Centri di Permanenza e Rimpatrio). A ognuno di questi luoghi corrisponde una stazione di una singolare *via crucis*, cui vengono sottoposte le persone che giungono sul nostro territorio. Sovraintende a tutto il sistema SIPROIMI, Sistema di Protezione per titolari di Protezione Internazionale e per Minori stranieri non accompagnati che ha sostituito lo SPRAR (il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati, gestito dal Ministero dell'Interno con l'ANCI e le organizzazioni non governative).

Come nel caso della psichiatria, il dispositivo, a forte valenza securitaria, vede implicate leggi, regolamenti, istituzioni, luoghi, personale, prassi operative, istanze sociali, assistenziali e altro ancora. La gestione dei flussi migratori comporta prese di posizione nazionali e internazionali, scelte di politica interna ed estera, dosaggio composito di spirito umanitario e attenzione ai diritti e alla loro legittima esigibilità, anche, e non è secondario, riferimenti etici e filosofici che sostanziano le possibili scelte (Di Cesare 2017). Inevitabile che il concentramento di migliaia di persone per periodi lunghi o addirittura indefiniti ponga ulteriori sfide lanciate a chi ha già vissuto la separazione dai luoghi di provenienza, la durezza di viaggi migratori quasi sempre affrontati in solitudine, le torture, le violenze subìte e assistite, lo shock culturale.

Inseguire i numeri, le cifre, lo sappiamo, può condurre a saturarsene senza poterli realmente maneggiare in assenza di un'adeguata interpretazione, a piegarli a ragioni che si avvalgono strumentalmente della quantità per spacciare verità di comodo, a distorcere il rigore statistico in argomenti retorici.

Tuttavia, qualche dato può suggerire l'entità del fenomeno. Il sistema SPRAR/SIPROIMI in vigore dalla fine del 2018 offre circa 41.000 posti (al 2018), a fronte di 136.000 persone in accoglienza, tra cui si contano circa 71.000 diventate irregolari (tecnicamente clandestini), anche in conseguenza dell'abolizione del permesso umanitario che ha gonfiato il già enorme numero di persone inserite *sine die* nel circuito della prima accoglienza

(Caritas-Migrantes 2019), visto che «i richiedenti asilo non possono *più* accedere al sistema dei Comuni… mentre per i titolari di un permesso di soggiorno per motivi umanitari […] non è prevista *alcuna tipologia di accoglienza*» (Srapr/Siproimi 2019, p. 11; il corsivo è mio).

Anche in questo caso ci troviamo di fronte a un profluvio di sigle, a un incrocio singolare e micidiale di organizzazione logistica, istanze biopolitiche di controllo, sorveglianza, identificazione, sciatteria umana e perversione istituzionale. Solo così possiamo spiegarci perché in un centro di accoglienza (poco conta sotto il tetto di quale acronimo questo avvenga se non per le differenze nella quantità di persone che vi sono stipate) siano presenti cimici nei materassi che non vengono debellate e coloro che lo segnalano trasferiti in altri istituti, oppure che le docce non eroghino acqua calda e siano collocate in modo tale che alcuni "ospiti", vittime di tortura e da quelle resi disabili, non possano utilizzarle perché non in grado di fare le scale necessarie ad accedervi.

Due esempi minimi (e neppure i più crudeli) di come il mercato dei corpi migrati venga trattato, appaltato a agenzie di un Terzo Settore che in troppi casi tradisce nell'affarismo la sua missione, lucrando sulle diarie, già scarse, con cui il sistema gestisce le persone che arrivano sul nostro territorio. Quelle stesse che, secondo una lettura sapientemente terroristica, dopo aver aumentato a dismisura e per legge il numero di coloro che sono senza titolo di soggiorno, vengono rappresentate come una moltitudine, un'orda che preme sui confini patrii.

Cosa c'entra la psichiatria con questo scenario?

Di certo non solo per le pratiche di deportazione, privazione dei diritti, della soggettività, della storia personale, maturate nei decenni di manicomialità.

L'analogia tra migrante e portatore di disturbo psicologico o anche psichiatrico è frutto di una deformazione disciplinare e di soluzioni di politica sociale a cui, purtroppo, i professionisti della salute mentale appaiono prestarsi con colpevole automatismo, contraddicendo la semplice constatazione che «diventare *rifugiato* non è di per sé un fenomeno psicologico» (Papadopoulos 2007, p. 301). Le circostanze storiche che portano una persona a partire dalla sua terra d'origine non appiattiscono le diversità culturali e individuali, né la gamma dei bisogni multidimensionali a cui si tenta di dare risposta con la migrazione. In un certo senso, il rischioso e faticoso viaggio migratorio tende a sollecitare risorse ed evidenziare capacità di resilienza; eppure è sempre incombente il pericolo di considerare i migranti come un gruppo omogeneo di persone, come se appartenessero a una categoria diagnostica psicologica o psicopatologica

definita. Un esempio, e non certo dei peggiori, di questa passione classificatoria, è quello della suddivisione in tipologie di reazione psicologico-comportamentale alla condizione di vita nei campi per richiedenti asilo, in cui emergono le figure degli sbandati (*Drifter*), degli ibernati (*Hibernator*), dei combattenti (*Fighter*) e degli esploratori (*Explorer*) (Kramer, Bala 2004, p. 36).

A questo rischio di psichiatrizzazione indebita, d'altro canto, fa da contraltare il rischio opposto, quello di diluire nelle diverse forme di diseguaglianza sociale la condizione dei migranti, che risulta uno dei diversi fenomeni di vulnerabilità, esclusione e assenza di diritti che contraddistinguono la nostra società e le sue contraddizioni, con l'emergenza di disoccupazione, miseria, mancanza di istruzione e competenza sociale, violenza, mixità e ghettizzazione (Saraceno 2017, pp. 158 sgg.). Un'eventualità, questa, che non smentisce, in ogni caso, il rischio della sanitarizzazione e della criminalizzazione dei problemi sociali (Colmegna, Landra 2011, p. 10).

È per questa strada che si è ricreato un aspecifico calderone di devianza, le cui figure sono accomunate dalla propensione ad ammalare, a sviluppare condizioni di sofferenza intima e comportamentale il cui rimedio, sempre disponibile, è nella catalogazione, nella separazione e nell'espulsione, territoriale, giuridica, economica (Nail 2018, p. 171) e uno dei suoi strumenti, anch'esso replicabile, è quello della psichiatria.

Ci si ritrova, così, a confrontarsi con il paradosso che i trattamenti psichiatrici restano spesso inaccessibili, ma, quando diventano accessibili, sono altrettanto o, spesso, più nocivi e disumanizzanti della loro assenza.

Qual è la psichiatria evocata e sollecitata dalle strutture reclusive per i migranti?

Di certo, quella concentrazionaria finalizzata a contenere comportamenti e spegnere eventuali sintomi, che la condizione stessa costrittiva ha generato in combinazione con il percorso migratorio e il suo carico di violenza e abbandono (come non rievocare la sindrome da istituzionalizzazione ben messa a fuoco nei degenti dei manicomi).

Una dimensione, quest'ultima, silenziata anch'essa, denegata, destoricizzata. Se non c'è incontro, se manca l'ascolto, il passato non conta, se non c'è racconto, le vicende che precedono l'internamento sono mute, sfondo privo di senso e di peso, neutro succedersi di eventi il cui nesso con l'attualità è insignificante o marginale. Né causa né concausa, solo circostanze a cui l'individuo ha reagito in un modo piuttosto che in un altro. Le pratiche storicamente consolidate deputate al controllo degli esiti appartengono alla disciplina più adatta a maneggiare gli scarti, a

contenere gli esiti mentali e, soprattutto, comportamentali di un passato genericamente difficile, mal sopportato, senza considerare che "forse già prima c'era qualcosa che non andava…": il principio riconosciuto nelle nosografie psichiatriche del disturbo latente, della predisposizione ad ammalare, dell'affiorare di un male già presente in condizioni di vita sfavorevoli.

In questo, il dispositivo in azione è lo stesso, per matti e migranti: non solo nell'esito, ma nei passaggi necessitati che a esso conducono, nei procedimenti esplicativi e negli atti che ne derivano, ovvero separare, isolare, contenere, recludere, sopire, silenziare, spegnere, fermare il tempo.

Non una psichiatria della relazione, che pure esiste, ma una della contenzione, non una psichiatria dell'evoluzione, ma delle regole di mantenimento. Il meccanismo evoca e conferma un ruolo del potere disciplinare diagnostico e repressivo, se va bene medicale, che non si misura con altre tradizioni, altre pratiche, altre posizioni che aprano inevitabilmente al relazionale, al sociale, al politico.

Medicina senza storia, polizia sociale senza domani.

Un impreciso parallelismo nel contatto istituzionale tra i pazienti dei vecchi manicomi e delle nuove forme di internamento e i migranti, inseriti nel sistema della cosiddetta accoglienza, vede all'opera:

– l'espropriazione della storia, che richiederebbe invece ascolto attivo e una relazione al cui interno essere raccontata;
– la vittimizzazione, che tende all'oggettivazione e all'isolamento in configurazioni diagnostiche fondate su sintomi decontestualizzati, trattati con presidi focali – generalmente i soli farmaci – mirati al contenimento dell'emergenza che è in prevalenza comportamentale e sociale;
– il processo sociale di invalidazione e di patologizzazione;
– la configurazione di una patologia relazionale che è rinforzata dai vantaggi secondari della condizione di vittima/paziente, una dimensione che, una volta internalizzata, costituisce un limite vitale decisivo attraverso la strutturazione di una sorta di falso Sé che intacca la dimensione identitaria (Winnicott 1983);
– l'indifferenza per le competenze personali pregresse.

Il sistema istituzionale di governo del flusso migratorio oscilla tra spietato respingimento e accoglienza difforme, quest'ultima organizzata attorno a grandi contenitori il cui scopo è trattenere in un limbo precarizzato coloro che attendono il riconoscimento della loro stessa esistenza

in vita, macchiati della colpa di essere migranti. Oppure concentra in luoghi di anomia, riconosciuta per legge, quelli a cui è destinato un ipotetico rimpatrio punitivo o che sostano senza domani nei campi, luoghi dell'istituzionalizzazione della clandestinità; altri ancora affrontano questa condizione opaca aggirandosi alla ricerca di rifugi provvisori, lavori irregolari, scampoli di sanità che aiutino ad aspettare l'eventuale balzo verso l'altra Europa. Inevitabile che questa configurazione non produca che conseguenze nefaste per le persone, seguendo le preoccupanti vie prima descritte.

Certo, a questo stato di cose si oppone un'intera galassia di organizzazioni che fin dal tentativo di approdo via mare offrono soccorso, sostegno e sollievo (anche se la via che passa per il ricatto e la tortura in terra libica non è certo la sola per arrivare in Italia). Sono presenti istituzioni sovranazionali come l'UNHCR delle Nazioni Unite; la sanità pubblica in qualche caso ha predisposto servizi dedicati, come avviene per il SaMiFo (Salute Migranti Forzati) dell'Asl Roma1, che in rete con agenzie esterne (il Jesuit Refugee Service) risponde con attenzione ed efficacia ai bisogni multipli della popolazione composita dei richiedenti asilo, ma non per coloro finiti nella dimensione giuridica della clandestinità. Sono attive numerose associazioni multiprofessionali che, su base volontaria o di Terzo Settore, conducono progetti di supporto rispettosi delle persone e del loro stato (sempre a Roma, tra le tante, ETNA: Etno Psicologia Analitica); associazioni di legali che assicurano tutela e orientamento per affrontare le commissioni territoriali per il riconoscimento dell'asilo, come A Buon Diritto (che realizza anche una più complessiva azione di ricerca e promozione di questi temi); agenzie confessionali o laiche che provvedono a soddisfare bisogni primari (e non solo) dei migranti qualunque sia il loro status; sono presenti, infine, ONG internazionali come Medici Senza Frontiere che intervengono in vari contesti emergenziali dell'accoglienza, ma anche con progetti a più lunga scadenza come quello del VOT (Victims of Torture) che ha operato in alcune città del Mediterraneo, tra cui Roma, offrendo supporto di elevata qualità, sanitario, psicologico, psichiatrico e legale alle vittime di torture orribili e quasi sempre neglette o negate. Quest'ultimo programma, va detto, è stato inspiegabilmente chiuso di recente per la modifica delle strategie dell'organizzazione, quasi a confermare che la dimensione aziendale, qualunque veste abbia, finisce per trattare i problemi delle persone, in questo caso di minoranze escluse, emarginate o private dei diritti, come un costo, e come tale soggetto a leggi di mercato.

L'elenco potrebbe continuare a lungo, per fortuna, ma rimane la sproporzione tra le posizioni governative e la capacità di intervento di queste composite risorse che, se non messa a sistema, rischiano di scivolare nella filantropia e nella carità, anche qui riproducendo un percorso non lontano da quanto avvenuto alla ormai minoritaria psichiatria di comunità italiana.

Eppure, le risposte efficaci alla sofferenza, laddove si manifesta e in grado anche di prevenirla, rimandano alle pratiche consolidate che, fin dall'uscita dei degenti dai manicomi e, in seguito, nella realtà dei territori, hanno posto al centro la persona, la restituzione di senso e storia alle espressioni, anche le più sintomatiche, di disagio. Tutte le volte che processi psichici, relazionali e sociali abbiano eroso i confini identitari dei soggetti, sia che i percorsi dell'esclusione abbiano avuto partenza in un ambiente familiare sofferente, sia che si siano determinati in un processo di progressiva stigmatizzazione ed emarginazione, o che risultino l'esito del confinamento istituzionalizzato dei migranti, i percorsi riparativi non possono prescindere da una collocazione abitativa decorosa, da una restituzione di senso al tempo quotidiano, dalla possibilità di lavorare e guadagnare conquistando una tendenziale autonomia economica, dall'inserimento in reti relazionali di appartenenza e di mediazione, da un incremento della capacità di partecipazione e contrattualità negli scambi materiali, simbolici e affettivi.

È per queste strade che l'abbattimento dei muri dell'esclusione sociale trova, nelle varie forme di sofferenza, un ambito di applicazione trasversale che, nel caso dei migranti, comporta la collocazione in ambienti di accoglienza a misura d'uomo; l'ascolto sistematico e individualizzato, dedicato non solo alla gestione del mondo esterno ma anche a quello interno; la creazione/ricostruzione di reti di appartenenza in cui muoversi; l'apprendimento linguistico; l'uso consapevole del farmaco, se necessario, inteso come mezzo di relazione e di contatto e non solo come modalità di interferenza biologica a fini di contenimento e modulazione dei sintomi; lo sbocco lavorativo capacitante come modalità di riconquista dell'autonomia personale; l'uso sapiente e sistematico della mediazione culturale.

Anche le categorie usate e la terminologia adottata possono veicolare contenuti stigmatizzanti o prospettare una visione evolutiva e non riduttivista: gli esempi più appariscenti sono nell'abuso della categoria del *trauma* e del PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) per descriverne gli effetti sintomatologici perduranti, e nel ricorso alla *resilienza* per spiegare le reazioni positive alle ingiurie traumatiche.

Nel primo caso il rifiuto di ricorrere all'abbinamento Trauma/PTSD intende perseguire il fine di non chiudere in un circuito aspecifico di azione e reazione la complessità delle storie individuali e delle reazioni personali alle ferite fisiche e psicologiche subìte, in primo luogo le torture a cui molti rifugiati sono stati sottoposti nei loro stati di provenienza o nei campi di ricatto e prigionia libici (Sironi 2001; Spissu, De Maio *et al.* 2018; Womersley, Kloetzer *et al.* 2018).

Rispetto alla resilienza (Walsh 2008) altre categorie interpretative e concetti operativi sono possibili, che non si limitino al superamento degli eventi traumatici, ma possano anche orientare lo sguardo degli operatori verso la personalizzazione, il recupero e la valorizzazione delle storie individuali: è quanto vale per il concetto di PTG (Post-Traumatic Growth; cfr. Tedeschi 1998) e, ancora più efficace, in quanto inserito in una visione multidimensionale e sistemica, l'AAD (Adversity-Activated Development; cfr. Papadopoulos 2015). Il punto è che queste premesse e condizioni di approccio non rientrano realmente nel sistema dell'accoglienza e sono patrimonio di gruppi minoritari, motivati, in forzata conflittualità, spesso, con gli interlocutori istituzionali. D'altronde, di testimonianze di quanto risulti decisivo essere in possesso di uno strumentario coerente e della capacità di costruire reti d'azione efficaci, chi lavora a contatto con questa realtà è più che consapevole. Vicende che, oltretutto, ne richiamano alla mente altre, a noi prossime per cultura e storia, come quelle dell'emigrazione italiana e dei suoi scacchi (Frigessi Castelnuovo, Risso 1982).

Ecco, se dobbiamo riflettere sul perché discutere e prendere posizione sugli stranieri e la psichiatria, non si può prescindere dalla traiettoria di uno slittamento progressivo della povertà, dei percorsi di inclusione e di emarginazione che portano dagli emigranti ai migranti passando per i matti. E riassume la fatica della convivenza, del contatto con la diversità, con l'Altro le cui facce non sono intercambiabili ma si avvicendano, si sommano e sovrappongono con i processi economici, i fenomeni di spostamento di popolazioni, le politiche di sussidiarietà, la comparsa di soggetti sociali, isolati come individui o aggregati per destino comune; dinamiche che hanno una ricaduta per così dire "di mercato", creano e inducono fenomeni complessi di impatto e di convivenza, di sfruttamento e contatto i cui percorsi non possono né devono essere lasciati al caso.

Al tempo della lotta al manicomio e a confronto con la disumanità violenta e impotente della soluzione reclusoria, appariva più che mai necessaria la "messa tra parentesi" della malattia mentale, schiacciata, deformata, amplificata da condizioni di vita intollerabili, da un radicale abbandono da parte di una disciplina medica presuntuosa che mascherava

il controllo e il potere dietro cure inutili o dannose e forme di sfruttamento paternalistiche. La questione sociale, quella politica, quella etica sopravanzavano di gran lunga le istanze tecniche o gli specialismi del trattamento e della cura. Più di quarant'anni di storia e di psichiatria riformata hanno modificato idee e cultura, le hanno arricchite e permesso di spostare l'asse di intervento e di impegno su altri terreni. Anche qui niente è superato per sempre e tanto c'è ancora da fare per non tornare indietro, dove rischia di riportarci una politica disattenta ai processi di cura, salute ed emancipazione sociale, ma molto invadente sul piano del controllo e della sicurezza.

C'è ancora bisogno di impegno e di mobilitazione contro l'ideologia della reclusione e dell'alienazione dell'altro: questioni che prima riguardavano il rapporto tra società e diversità a partire dal binomio ragione/follia, si sono allargate alle nuove declinazioni dell'alterità. Le frontiere sono collassate e si sono trasferite nelle nostre città inaugurando la stagione del razzismo italiano, del confronto forzato e necessitato tra culture, abitudini, religioni e, prima di tutto, tra persone: come ben sa chi si è impegnato sul fronte della lotta al pregiudizio, il passaggio che consente di contrastare il pericolo della generalizzazione per arrivare alle persone, appunto, è quello più faticoso, quello che richiede più sforzi e impegno. Restituire alla dimensione del confronto umano con la diversità, che non è sempre sofferenza, un potenziale di risorsa, è un'impresa che non si è arrestata con l'apertura delle mura ospedaliere. In questo, è possibile rintracciare una similitudine tra il procedimento di etichettatura diagnostica della psichiatria nosografica e quello di designazione etnico-religiosa che assimila i soggetti alle loro appartenenze, di cui peraltro nulla è veramente conosciuto. Così come tra paternalismo e colonialismo, due dimensioni relazionali, sociali e politiche che sono inevitabilmente imparentate.

Il patrimonio di pratiche ed esperienze della psichiatria riformata italiana appare ancora ricco di sviluppi, non solo nel campo più direttamente disciplinare ma, come già avvenuto in passato, nel contatto con i tanti luoghi e i mille contesti dell'emarginazione e dell'esclusione. Quella lezione, non ancora esaurita, trova nuova forza in una società in trasformazione che, di fronte alla pluralità di culture, appare fin troppo sprovveduta e poco attrezzata. Per esempio, aver imparato a decostruire le scorciatoie del pensiero di cui si nutre il pregiudizio, aver insegnato a saldare processi sociali, economici e sofferenza, evidenziando le articolazioni che portano ad ammalare in contesti sfavorevoli, è un patrimonio di sapere pratico che va messo a frutto anche nel contatto con il fenomeno delle migrazioni.

Imparare a scindere tra fenomeni legati al pregiudizio razziale, culturale, religioso e le conseguenze dei flussi migratori specifici, dei percorsi di impoverimento, delle sofferenze collettive legate alla deprivazione di mezzi e risorse materiali e umane, appare un'estensione del discorso sulla diversità e la malattia a cui eticamente e politicamente non dobbiamo sottrarci.

*Riferimenti bibliografici*

Agamben G., 2006, *Che cos'è un dispositivo*, Roma, Nottetempo.
Arendt H., 1999, *Le origini del totalitarismo*, Torino, Edizioni di Comunità (ed. or. 1951).
Atlante SRAPR/SIPROIMI 2018, 2019, *Rapporto Annuale*, ANCI e Ministero dell'Interno.
Babini V. P., 2009, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino.
Caritas-Migrantes, 2019, *Non si tratta solo di migranti. XXVIII Rapporto Immigrazione 2018-2019*, Roma, RICM.
Colmegna V., Landra S., 2011, «Introduzione» a *Resistenze urbane*, in M. Ravazzini e B. Saraceno, a cura di, *SOUQ*, *Annuario 2011*, Milano, Il Saggiatore.
D'Elia A., 2019, *La realtà non è per tutti*, Catania, Villaggio Maori.
Di Cesare D., 2017, *Stranieri residenti*, Torino, Bollati Boringhieri.
Enia D., 2017, *Appunti per un naufragio*, Palermo, Sellerio.
Italiano F., 2018, *Cartografia e Claustrofilia*, in «Polemos», v. XI, n. 2, pp. 141-158.
Foucault M., 1979, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli (ed. or. 1972).
Id., 1994, *Dits et Écrits, 1976-1979* tome III, Paris, Gallimard.
Frigessi Castelnuovo D., Risso M., 1982, *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia e malattia mentale,* Torino, Einaudi.
Gaino A., 2017, *Il manicomio dei bambini,* Torino, Edizioni Gruppo Abele.
Kramer S., Bala, J., 2004, *Managing uncertainty; coping styles of refugees in western countries*, in «Intervention», v. 2, n. 1, pp. 33-42.
Montemurro F., a cura di, 2016, *Le case di riposo in Italia, Prima Ricerca Nazionale Auser sulle case di Riposo*, Auser Nazionale, 7.
Nail T., 2018, *Confini mobili*, in «Polemos», v. XI, n. 2, pp. 161- 173.
Papadopoulos R. K., 2007, *Refugees, Trauma and Adversity-Activated Development*, in «European Journal of Psychotherapy and Counselling», v. 9, n. 3, pp. 301-312.
Id., 2015, *Failure and Success in Forms of Involuntary Dislocation: Trauma, Resilience, and Adversity-Activated Development*, in Wirtz U., Wirth E., Egger D., Remark K. (eds.) *The Crucible of Failure*, New Orleans, Spring Journal, pp. 25-49.

Saraceno B., 1995, *La fine dell'intrattenimento*, Milano, Etaslibri.
Id., 2017, *Sulla povertà della psichiatria*, Roma, Derive&Approdi.
Scabia G., 2011, *Marco Cavallo*, Merano, Alphabeta Verlag.
Sironi F., 2001, *Persecutori e Vittime*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 1999).
Starace F., 2018, *Analisi dei Sistemi Regionali per la Salute Mentale*, in «Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica», n. 3, al link: https://siep.it/wp-content/uploads/2019/05/Analisi-dei-Sistemi-Regionali-per-la-Salute-Mentale-SIEP-03-2018.pdf
Spissu C., De Maio G. *et al.*, 2018, *"It never happened to me, so I don't know if there are procedures". Identification and case management of torture survivors in the reception and public health system of Rome Italy*, in «Torture», v. 28, n. 2, pp. 38-55.
Walsh F., 2008, *La resilienza familiare*, Milano, Raffaello Cortina (ed. or. 2006).
Winnicott D. W., 1983, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando (ed. or. 1960).
Womersley G., Kloetzer L. *et al.*, 2018, *"My mind is not like before": Psychosocialrehabiliationof victims of torture in Athens*, in «Torture», v. 28, n. 2, pp. 72-84.