

Articoli/Articles

IO, IRINA E L'ISTITUZIONE¹
UN'OSSERVAZIONE ETNOGRAFICA

LUCA NEGROGNO

Dipartimento di Economia Società Politica,
Università degli Studi di Urbino, I

SUMMARY

IRINA, THE INSTITUTION AND ME

The purpose of this essay is to analyze the role of 'psy' knowledges in the changeover of mental health services. These welfare services are shifting into paradigm of 'community care' and reshaping the role of users' and professionals' knowledges, as we can see in the participation of mental health services users in providing relief and support. The first part of the essay concentrates on the case of Irina, a user of neuropsychiatric service for childhood and adolescence I work for in a high school as a 'tutor for social integration'. In the second part of the essay I will analyze this process with tools from the sociology of expertise and intervention. The ethnographic study of this case will show a deep contradiction between the declared 'opening' of community care services to user's knowledges and the real gap of power that yet regulates the structure and the meaning of social intervention.

'Quanto più la forma normale di relazioni nella società, e quindi le condizioni della classe dominante, sviluppano la loro opposizione contro le forze produttive progredite, quanto maggiore quindi è la scissione nella classe dominante stessa e con la classe dominata, tanto più falsa naturalmente diventa la coscienza originariamente corrispondente a

Key words: Mental Health Services - Community Care - Welfare - 'Psy'
Knowledge

Luca Negro

questa forma di relazioni, ossia essa cessa di essere la coscienza ad essa corrispondente, tanto più le precedenti rappresentazioni tradizionali di queste forme di relazioni, nelle quali gli interessi personali reali, ecc., sono enunciati come universali, si riducono al rango di frasi puramente idealizzanti, di illusione cosciente, di ipocrisia premeditata. Ma quanto più vengono smentite dalla vita, e quanto meno hanno valore per la coscienza stessa, con decisione tanto maggiore esse vengono affermate, tanto più ipocrita, moralistico e santo diventa il linguaggio di questa società normale'

C. Marx, F. Engels, 'L'ideologia tedesca'

Introduzione

Questo contributo, pur costituendo un saggio autonomo, si colloca all'interno di un lavoro di ricerca più ampio da me svolto nei servizi di salute mentale di Modena². La prima parte espone il caso di Irina, un'utente della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL di Modena; la seconda è dedicata alla formulazione degli strumenti teorici con cui è stata svolta l'etnografia dal settembre 2011 al giugno 2012. Ho avuto accesso quotidianamente alla scuola di Irina lavorando per la Cooperativa Sociale 'Gulliver' che fornisce 'Tutor per l'integrazione degli alunni disabili' al Comune di Modena in virtù di una convenzione. Il 'tutor' è una delle figure ibride e sperimentali del 'nuovo welfare' sviluppato nella Provincia di Modena³. Ideato come figura innovativa per migliorare la qualità della presa in carico e innervare l'istituzione di saperi e pratiche informali e amicali, il ruolo di tutor è stato formalizzato a livello provinciale e successivamente è andato incontro ad una forma di professionalizzazione. Partendo come 'figura amicale', spesso dotata di caratteristiche volontaristiche o simili, ha attraversato un processo di contrattualizzazione disomogeneo e frammentato. La domanda fondamentale della mia ricerca riguarda il senso delle pratiche di partecipazione nei servizi di salute mentale. Con parte-

cipazione intendiamo quel processo di apertura dei servizi di salute mentale ai 'saperi' dei non-tecnici e della società civile, elemento caratterizzante di una complessiva mutazione delle politiche pubbliche di assistenza e delle forme di presa in carico⁴. Come ho mostrato altrove⁵, l'apertura dei servizi di salute mentale alla collaborazione di utenti e familiari (in veste di 'collaboratori' dei servizi) lascia aperte diverse questioni critiche: il ruolo ambiguo che questi assumono nei servizi sembra convergere con un processo complessivo di destrutturazione delle istituzioni pubbliche. In questo lavoro etnografico si mostra l'ambiguità della figura del tutor come 'portatore di sapere informale' all'interno dell'istituzione. Se in parte questa nuova presenza permette di tematizzare aspetti relazionali che vengono solitamente tacitati dall'istituzione, nella sostanza il sapere 'informale' non può esercitare un'influenza significativa sui saperi 'ufficiali' che definiscono tecnicamente le modalità per affrontare il 'disagio'. Per mostrare questa asimmetria risulta particolarmente rilevante il ruolo della categorizzazione diagnostica prodotta dai tecnici e mai messa in discussione dai portatori di saperi informali. La formulazione della diagnosi nelle pratiche di 'nuovo welfare' mantiene intatto il suo potere definitorio e si arricchisce di ambiguità per via del funzionamento frammentario dell'istituzione. Nel nostro caso, per i 'portatori di saperi informali' che sono in contatto con la pratica di presa in carico resta intatto, seppure in maniera distorta e contraddittoria, l'aspetto di moralizzazione, stigmatizzazione ed invalidazione caratteristico di un possibile uso della diagnosi psichiatrica.

Il caso di Irina

Quando lavoravo come tutor in una scuola superiore di Modena il mio mandato prevedeva 'l'integrazione sociale degli alunni disabili'. La ragazza a cui ero affidato, Irina, era seguita dai servizi sociali del Comune per una decisione del Giudice che aveva presieduto alla causa di separazione tra i suoi genitori. Suo padre era tornato a vive-

re in Grecia mentre sua madre decideva di trasferirsi dal Kazakistan all'Italia, portando con se 'l'utente' e il suo fratello minore, Alexis. In quel momento Irina aveva otto anni e Alexis quattro. In Italia la mamma lavorava in un'azienda di traduzioni e la sera faceva le pulizie per una cooperativa sociale. I figli restavano soli a casa per la maggior parte del giorno, tranne per i due mesi all'anno che dal Kazakistan veniva a trovarli la nonna. Nessuno poteva seguire i ragazzi nello svolgimento dei compiti ed entrambi avevano difficoltà con gli aspetti più articolati e complessi della lingua, pur avendone una padronanza di base abbastanza salda. Iniziata una scuola superiore che l'assistente sociale giudicava 'troppo difficile', i servizi sociali avevano richiesto una perizia psichiatrica alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza del Dipartimento di Salute Mentale, segmento della AUSL di Modena. La neuropsichiatra infantile incaricata aveva scritto sulla perizia che Irina era affetta da un 'disturbo schizoaffettivo', che, pur avendo quattordici anni, il suo 'sviluppo psicoaffettivo' era 'fermo all'età di otto anni'. La diagnosi, firmata da un operatore del servizio pubblico, servì al Collegio Docenti della scuola superiore per chiedere all'Assessore all'Istruzione del Comune di Modena l'apertura di una linea di finanziamento per assumere un tutor assegnato alla ragazza. Fui assunto dalla cooperativa dopo colloquio con l'insegnante di sostegno e conseguente segnalazione. Avevo qualche esperienza nel rapporto con utenti psichiatrici adulti ma nessuna con minori. Chiesi dunque all'insegnante di sostegno, referente per i progetti educativi speciali destinati ai disabili dell'istituto, di poter visionare la diagnosi. La sua reazione fu di sorpresa. Mi disse chiaramente che lei non l'aveva mai letta, e che comunque non avrebbe avuto gli strumenti per capirla. Le chiesi allora come avveniva la costruzione di un progetto educativo individualizzato e soprattutto come avrei potuto lavorare all'integrazione sociale della mia utente senza avere una conoscenza 'tecnica' delle caratteristiche del suo comportamento e del suo 'modo di stare al mondo', determinate dalla 'patologia' che

giustificava il nostro intervento. L'insegnante di sostegno mi disse che in fondo si trattava solo di 'seguire Irina nello svolgimento dei compiti, di prendere gli appunti al suo posto in classe, di rispiegarle le lezioni quando non le capiva e di stare con lei e il gruppetto delle sue poche amiche, evitando che Irina fosse costretta a subire il contatto con la maggioranza del gruppo-classe'. La cosa mi appariva in netta contraddizione con il mio mandato, tuttavia ero alla mia prima esperienza di lavoro in quel campo e sentivo di non avere le conoscenze specifiche per mettere in discussione il compito che veniva declinato nei fatti dal mio diretto superiore. In primo luogo, il mio contratto non era quello di un educatore professionale. La scuola aveva appaltato il servizio di 'supporto all'integrazione degli alunni disabili' ad una grande cooperativa sociale che operava sul mio territorio. La cooperativa mi aveva assunto con l'inquadramento di 'animatore sociale', un livello 'inferiore', per competenza tecnica e responsabilità delle mansioni, a quello di educatore professionale. Il contratto prevedeva che io dovessi coordinare il mio intervento con il Collegio Docenti e la famiglia dell'utente, svolgendo compiti di 'animazione, integrazione sociale, mediazione tra le agenzie familiari, scolastiche e territoriali'. Non si faceva cenno a compiti educativi e didattici (che invece erano presenti nella mansione degli educatori) né, tanto meno a compiti di assistenza (che erano riservati alla figura professionale dell'Operatore Socio-assistenziale e dell'Operatore Socio-sanitario). Sentivo dunque che prendere appunti, aiutare Irina nei compiti, rispiegarle il contenuto delle lezioni usando parole semplici, erano mansioni che si discostavano dal mio mandato. Inoltre mi sembrava che ciò che mi veniva chiesto di fare non rispondesse all'obiettivo dell'integrazione sociale.

La mia dissonanza cognitiva fu acuita dopo qualche settimana passata a scuola. Il gruppo di amiche di Irina era composto da cinque ragazze. Il resto della classe era composto da venti persone. Io arrivavo a sostituire la tutor precedente, una laureanda in psicologia, che

aveva seguito Irina e collaborato con la mia stessa insegnante di sostegno dalla prima alla quarta superiore. Io entravo in classe al quinto anno di un Istituto Artistico. Il ruolo del 'tutor' nella classe era in qualche modo già definito dall'esperienza che Giulia, la collega che sostituivo, aveva condotto nei quattro anni precedenti. L'insegnante di sostegno, il primo giorno, mi indicò un posto vuoto nel banco di Irina e mi disse: 'siediti qui e prendi appunti'. Non avevo avuto modo di incontrare precedentemente Irina, di confrontarmi con lei su ciò di cui avesse bisogno; né avevo potuto conoscere il gruppo-classe e il corpo insegnante. Le ricreazioni e i cambi ora dei mesi successivi furono da me impegnati in questo: volevo capire come gli altri vedevano il mio ruolo in quel contesto, quali richieste mi formulavano, a quali compiti credevano che io dovessi assolvere. Queste discussioni mi chiarirono le caratteristiche del gruppo delle cinque amiche di cui faceva parte Irina. Secondo la maggioranza del restante gruppo-classe due delle amiche di Irina erano ragazze 'che non uscivano la sera, che non facevano le cose con gli altri, che erano sempre preparate durante i compiti e le interrogazioni'. L'insegnante di sostegno le definiva semplicemente 'ragazze serie', 'brave ragazze'. Le altre due erano seguite dall'insegnante di sostegno perchè avevano anche loro una diagnosi, meno invadente di quella di Irina. Si trattava di 'Disturbi Specifici dell'Apprendimento'. Come capii dalle informazioni che frequentemente ricercavo parlando con l'insegnante di sostegno, la formazione del gruppo era stata 'facilitata', 'stimolata', 'favorita' da lei, in accordo con alcuni membri del corpo docente, per ottimizzare i tempi di lavoro. Si pensava infatti che, favorendo la nascita e lo sviluppo di una relazione amicale tra due 'brave ragazze' e tre 'ragazze con problemi' si sarebbe potuto affiancare all'intervento dell'insegnante di sostegno una forma di 'supporto tra pari'. C'è da dire che l'insegnante di sostegno aveva in quella classe solo otto ore settimanali, da dedicare principalmente a Irina. Le due ragazze definite 'DSA' (si tratta di un'abitudine radicata nella scuola: definire le

persone con le loro 'etichette diagnostiche') avrebbero dovuto avere una serie di strumenti 'dispensativi e compensativi' per partecipare alla vita didattica, però questi strumenti non c'erano e non c'erano neanche educatori assegnati al loro caso. L'insegnante di sostegno, dunque, doveva dedicare il suo tempo a Irina ma doveva anche, nel frattempo, dedicare attenzione a Anna e Maria, come chiameremo le due 'DSA' per evitare di definirle con la loro diagnosi.

Una parte del mio 'mandato operativo' – chiamo così il mandato che era stato declinato nei fatti dall'insegnante di sostegno, per distinguerlo dal mio 'mandato teorico' che invece nel contratto – era, come ho già detto, integrarmi in questo piccolo gruppo, come la mia collega Giulia aveva fatto per quattro anni prima di me, ed evitare per quanto possibile ogni altro contatto con il restante gruppo-classe di venti ragazzi e ragazze. L'insegnante di sostegno mi aveva spiegato che Irina vedeva molto male i compagni di classe estranei a quella 'piccola cerchia'⁶. Era 'infastidita dalla loro presenza, dai loro commenti, dal loro modo di partecipare alla vita di classe'. L'insegnante di sostegno, di fronte ad una mia richiesta di descrivere queste difficoltà relazionali, ricondusse questi fenomeni ad aspetti particolari del carattere di Irina: la sua 'immaturità emotiva', le sue 'difficoltà relazionali'; dovevano essere 'una conseguenza del suo disturbo'. Chiesi allora all'insegnante di sostegno di dirmi qualcosa in più sul gruppo dei venti compagni di classe esclusi dalla 'piccola cerchia'. L'insegnante di sostegno mi disse che si trattava di un gruppo di 'ragazzi superficiali, poco sensibili agli altri; tendenzialmente egoisti e poco interessati a imparare qualcosa'. Sandra dichiarava di voler 'proteggere' Irina. Pensavo che favorire il suo isolamento non fosse il modo migliore per proteggerla dal pregiudizio e dalla stigmatizzazione, ma Sandra vedeva che Irina stava male con gli altri, quindi pensava che 'fare gruppo a parte' fosse il modo migliore per evitare questo malessere. È fondamentale, per capire questa vicenda, tratteggiare meglio la figura dell'insegnante di sostegno, Sandra. Sandra

non aveva alcuna formazione specifica sul ‘disturbo’ di Irina. Le sue venticinque ore settimanali erano divise fra quattro classi. Aveva cercato come poteva di capire il contesto familiare di Irina, parlando molto con lei. Sandra cercava di darle indicazioni su come comportarsi con il padre ‘rivendicativo’, che spesso tornava dalla Grecia minacciando di portarsi via suo fratello; con suo fratello stesso, che ‘ne combinava ogni giorno una nuova a scuola e aveva già fatto fuggire tre educatori’. Come me, Sandra aveva visto la capacità di intuizione e l’abilità pratica di Irina. Spesso, in contraddizione con la valutazione della neuropsichiatra, Sandra parlava dei modi ‘adulti’ di Irina, del ruolo centrale che aveva assunto in famiglia, cucinando e badando al fratello mentre sua madre era al lavoro, assicurando la mamma ogni volta che lei rincasava preoccupata perché l’ex marito era tornato minacciosamente a farsi sentire. Nulla di questo però traspariva nell’ambiente scolastico, anche per via del ‘modello di presa in carico’ adottato da Sandra. Direi che le azioni di Sandra sono leggibili secondo quella che Wundt aveva definito ‘eterogenesi dei fini’⁷. Questo mi fu chiaro parlando con il resto del gruppo classe durante le ricreazioni e i cambi ora. Nessuno di loro sapeva perché Irina avesse un’insegnante di sostegno. La cosa mi sconvolse. Alcuni dissero che Sandra aveva spiegato la sua presenza in classe dicendo che Irina era straniera, ma questo contrastava nettamente con il fatto che, come ho detto, le competenze linguistiche di Irina erano più che adeguate per la maggior parte degli scambi sociali. Alcuni dicevano, non in pubblico ma in conversazioni ‘private’, che Irina ‘aveva dei problemi’, ‘non era normale’, ‘era handicappata’. Io chiedevo loro di descrivermi questi problemi: le risposte erano relative al fatto che ‘non faceva le cose con gli altri, se ne stava isolata, non parlava quasi mai e se lo faceva era per dire che nessuno della classe le piaceva o le interessava’. Questa situazione di perfetta ‘schismogenesi’⁸ era interrotta solo durante le ore di chimica. L’insegnante di chimica era molto giovane, il suo metodo di insegnamento era radicalmente di-

verso da quello di tutti gli altri insegnanti della classe di Irina. Il suo modo di spiegare e valutare contemporaneamente, il costante ricorso ad esperienze pratiche, il livello di parità che instaurava tra lei e gli alunni, la dimensione cooperativa dell'apprendimento che riusciva a sviluppare creavano un clima molto diverso rispetto a quello delle altre ore. Durante le ore di chimica Irina partecipava alla vita di classe in modo adeguato e competente, non aveva paura di giudizi e conflitti, usciva dalla 'piccola cerchia' per interagire con la classe, che diventava una vera classe da venticinque persone. Irina aveva buoni voti in chimica, come quasi tutti gli altri, a momenti alterni. A proposito dei voti, succedeva una cosa strana con l'insegnante di chimica: mentre in tutte le altre materie le valutazioni degli alunni tendevano ad uniformarsi le valutazioni in chimica erano molto discontinue. Allo stesso alunno poteva accadere di prendere un ottimo voto o un voto mediocre, a seconda di circostanze evidentemente diverse da quelle che informavano le valutazioni degli altri docenti. Una delle conseguenze di questo fu che il gruppo delle 'ragazze serie' e delle problematiche durante quell'ora si smembrava. I ruoli e le 'gerarchie interne' del gruppo classe si riformulavano costantemente, in piena fluidità. Il mio ruolo in quelle ore era radicalmente diverso dal solito. Mi sedevo lontano da Irina, spesso in prima fila: cercavo di capire anch'io gli affascinanti concetti della chimica e mi sembrava di poter partecipare all'apprendimento collettivo. Sandra era sempre assente durante le ore di chimica: sapeva che durante quelle ore 'Irina capiva la materia, forse perché le piaceva', e lei poteva dedicarsi ad una delle altre tre classi che doveva seguire. Non ho mai chiesto all'insegnante di chimica se lei si rendesse conto di queste dinamiche, se le provocasse volontariamente o se rispondessero a una precisa scelta pedagogica. Aveva molte classi e poche ore, quindi a fine lezione correva verso un'altra scuola o verso la macchina, se era la quinta o la sesta ora. Nei mesi successivi, la relazione tra l'eterogeneità dei fini di Sandra e la schismogeneità tra gruppo-classe e piccola cerchia

mi si chiarì. Nessuno aveva parlato alla classe del ‘disturbo schizoaffettivo’ di Irina. Nessuno, infatti, capiva precisamente a cosa la neuropsichiatra volesse riferirsi usando quella espressione. Quando ho iniziato a fare ricerca nel Dipartimento di Salute Mentale di Modena, una neuropsichiatra infantile mi ha detto che

con ragazzini che arrivano da situazioni socioeconomiche molto problematiche, considerando anche la scarsa disponibilità di risorse educative messe a disposizione dai comuni, tendiamo a utilizzare nelle relazioni per la scuola diagnosi nette e pesanti, anche quando queste richiederebbero un’attenzione longitudinale più appropriata, un’osservazione e un’interazione più costante. Ma d’altra parte incontriamo i ragazzi due volte all’anno e il collegio docenti solo una volta per parlare del caso specifico. Per il resto, ci arrivano solo carte da firmare. Bisogna ottenere la certificazione H per avere i sostegni. Utilizzare diagnosi forti è l’unica cosa da fare quando il collegio docenti ci fa capire che ha bisogno di rinforzare la richiesta di figure assistenziali al comune. (Intervista)

All’epoca non conoscevo questo meccanismo. Semplicemente, trovavo la diagnosi infondata e aleatoria ma non avevo nessuno con cui discuterne: non erano infatti previsti, da contratto, incontri definitivi del progetto educativo personalizzato tra me e la neuropsichiatra. Quello su cui potevo basarmi per capire la situazione erano i dialoghi rubati in ricreazione con gli altri alunni. Dopo un po’ risultò chiaro che la classe vedeva con occhi molto cattivi Sandra. Sandra veniva infatti percepita come ‘una che passava i risultati dei compiti a Irina e alle sue amiche’. Paradossalmente, la piccola cerchia riassumeva in sé tratti di stigmatizzazione e di privilegio agli occhi del gruppo classe. Incredibilmente, cominciando a modificare il mio modo di svolgere il ruolo del tutor, iniziai anche a vedere che le caratteristiche del comportamento di Irina che venivano identificate come conseguenze del suo disturbo erano una reazione alle dinamiche di gruppo che si sviluppavano nell’ambiente scolastico. Smisi di stare seduto accanto al lei nel banco, ma iniziai a girare per la classe durante le spiegazio-

ni. Cercavo un modo diverso di fare quella 'integrazione sociale' che era scritta nel mio mandato. Lo feci in maniera scomposta e ingenua, utilizzando maggiormente i miei valori e le mie intuizioni piuttosto che una disposizione tecnica o una progettualità precisa. In pratica, interrompevo i docenti quando usavano espressioni troppo difficili oppure utilizzavano metodi di valutazione che, invece di stimolare gli alunni a mettersi in gioco, li spingevano a riconfermare il ruolo che avevano assunto nella classe. Cercavo di capire i ragazzi, le loro esperienze e i motivi del loro comportamento. Mi sembrava che gli insegnanti facessero quella cosa, colpevole e maldestra, di 'fare parti uguali tra diseguali'⁹. Cercavo di 'socializzare il problema' e di guadagnarmi spazi, all'interno delle lezioni, in cui discutere questi fenomeni. Arrivai a parlare della diagnosi di Irina, e a discuterne con lei, isolatamente e in gruppo. Poi Irina contestò apertamente e violentemente un docente, strappando un compito e buttandogli addosso i frammenti sbriciolati. Il docente, oltre a valutare il suo compito con il voto che le metteva tutte le volte da cinque anni, aveva scritto la sua firma arzigogolata con una penna rossa proprio sulla tavola che Irina aveva tanto attentamente provveduto a non sporcare. Quel gesto le era apparso andare oltre la valutazione, ma essere piuttosto una brutale e meccanica ripetizione di un atteggiamento di svalutazione umana, come dopo mi confermò utilizzando altri termini. Tutti furono sconvolti: la ragazza problematica, che non parlava con nessuno e di solito cercava di 'scompare' dalla vita di classe, era divenuta per un attimo la personificazione di ciò che tutti avrebbero voluto da sempre fare. A nessuno era chiaro quello che stavo facendo, e, come ho detto, non lo era neanche a me: la ribellione non mediata, non collettiva, non costruita 'politicamente' poteva risolversi in uno di quei meccanismi espulsivi che caratterizzano certe dinamiche del 'capro espiatorio'¹⁰. Sandra parlò con Irina dicendole che quell'atteggiamento 'rivendicativo' era sbagliato e non avrebbe portato a niente, a me disse che avrei dovuto 'imparare a controllarmi', tuttavia la

violenza mi sembrava il primo, necessario, passo per l'emergere di una soggettività, di una capacità di affermazione e di lotta. In seguito, leggendo i testi di Franco Basaglia avrei trovato conferma rispetto a questa intuizione e avrei capito che quello che mancava in quel contesto era un'opera di 'distruzione dell'istituzione', che lasciasse emergere il disagio, il bisogno, la vita che fino a quel momento erano nascosti dietro il 'volto istituzionale della malattia'¹¹. Un'occasione insperata, anche se problematica, di socializzare la questione venne dal fatto che Eva, una compagna di classe di Irina, non della 'piccola cerchia', iniziò verso aprile ad avere degli attacchi di panico in classe. Si rivolse ad uno specialista privato che la curò con ansiolitici e psicoterapia una volta alla settimana. Eva veniva da un ambiente molto diverso da quello di Irina: la sua famiglia, molto presente, le faceva costanti pressioni sulla sua 'riuscita' scolastica e il suo futuro lavorativo. Era infatti tra le più brave, ma, a differenza delle 'ragazze serie' manipolate da Sandra, aveva una vita sociale articolata e un ruolo di piena integrazione nel 'gruppo-classe'. Io proposi a lei di parlare in classe della sua esperienza di malessere, anche con Irina e qualche docente presente. Emerse che i ritmi della classe, il livello di competitività stimolato dai docenti, lo stress dell'ultimo anno di superiori e le difficili decisioni per il futuro erano problemi avvertiti da tutti, di cui non si parlava mai. Mi sembrava quello un buon tentativo di invertire la rotta rispetto ad una 'medicalizzazione del disagio' i cui effetti erano stati per me così negativi nell'esperienza di Irina. Parte della classe fu felice di affrontare questi temi. Si iniziarono a mettere collettivamente in discussione alcuni aspetti dell'organizzazione scolastica. Mostrai alla classe, con la favorevole adesione dell'insegnante di italiano, un documentario su Don Milani prodotto dalla televisione svizzera negli anni '70. Gli alunni guardarono con attenzione. In particolare gli alunni stranieri dissero poi che vedevano numerose corrispondenze tra la loro condizione nella scuola italiana e quella dei figli della classe operaia emigrata al nord

negli anni '60. A maggio l'attesa per gli esami crebbe e la necessità di ritornare produttivi per la scadenza della 'maturità' fece ritornare un po' tutti nei ranghi, e finì quel momento di elaborazione. Irina ed Eva fecero un buon esame, avevano iniziato anche qualche volta a parlare tra loro in ricreazione e nei cambi ora.

I saperi informali e la presa in carico comunitaria

Analizzare un percorso di presa in carico psichiatrica a scuola permette di cogliere *in vivo* alcune tendenze che attraversano il campo del sapere e dell'intervento psichiatrico. Parallelamente al suo diffondersi in una molteplicità sempre più vasta di circostanze sociali 'di interesse genericamente psichiatrico o psicologico'¹² la psichiatria è attraversata da una profonda riformulazione interna, che per alcuni corrisponde ad una crisi dello statuto epistemologico¹³. Un'assistente sociale che definisce un utente dei servizi comunali come 'inadatto' a percepire il sussidio, un operatore di questura che giudica 'manipolatoria' la richiesta di asilo politico di uno straniero senza permesso di soggiorno, un medico che definisce 'senza causa organica' un dolore lamentato da un paziente: questi tre operatori fanno riferimento ad un sapere diffuso e capillare, di tipo 'psy', che viene utilizzato per categorizzare situazioni, spiegare fenomeni, orientare le scelte di tecnici di altre discipline. I saperi di tipo 'psy' assumono dunque una rilevanza fondamentale nella formulazione istituzionale delle risposte ad un gran numero di bisogni sociali. Anche laddove non esiste uno specifico tecnico 'psy', i saperi psicologici e psichiatrici innervano una molteplicità di situazioni, organizzazioni, istituzioni, mediando passaggi di vita difficili o potenzialmente conflittuali. La prima domanda da formulare rispetto al campo delle politiche e delle pratiche di salute mentale risulta dunque: che tipo di fenomeni, situazioni, traiettorie esistenziali, vengono toccati dell'oggettivazione psicologica e psichiatrica e perchè? Una serie di strumenti teorici per svolgere questo tema ci viene dal-

le ricerche che hanno tematizzato i processi secondo cui un certo sapere si coniuga a un certo gruppo di intellettuali e attraverso essi produce un certo modo di connettere specifiche forme di intervento tecnico a particolari problematiche. Il filone di ricerca della *sociologia dell'expertise e degli interventi*, per come è stato impostato da Gil Eyal sulla base dell'evoluzione degli studi sulla scienza¹⁴ e della *sociologia delle professioni*, si propone appunto come programma quello di fare una 'storia dei compiti e dei problemi', ricollegando questi ultimi alle specifiche conoscenze esperte. Alla luce di questo approccio si può studiare il campo di intervento tecnico dei professionisti della salute mentale come un 'actor-network', 'una rete che unisce oggetti, attori, tecniche, strumenti, concetti e configurazioni spaziali e istituzionali'¹⁵. Nell'ambito di una teoria influenzata dalle nozioni di 'campo' di Bourdieu, di 'dispositivo' di Foucault e di 'actor-network' di Latour, ci si propone qui di osservare i processi attraverso cui emerge una certa categoria di 'tecnici' dotati della titolarità a rispondere a certi problemi. Questo processo va analizzato alla luce delle condizioni istituzionali e materiali: le teorie in quest'ottica risultano un effetto della complessa interazione di attori e interessi sociali, strumenti tecnici e discorsi¹⁶.

Le pratiche di partecipazione vanno quindi considerate come una riorganizzazione dell'*actor network* che si attiva intorno a gruppi sempre più vasti di problematiche sociali, a cui corrisponde una nuova formulazione della teoria e della pratica psichiatrica, orientata verso la 'presa in carico comunitaria'. In un movimento che può apparire paradossale, oggi alcuni gruppi di tecnici della psichiatria riformulano la scientificità della disciplina nella misura in cui proclamano la sua attraversabilità da saperi altri, i saperi della comunità su cui essa opera: si tratti dei saperi degli psichiatrizzati, dei portatori di bisogno, degli altri soggetti che abitano il territorio in cui la psichiatria deve svolgere le sue funzioni, in vari segmenti istituzionali alcuni gruppi di tecnici difendono la propria legittimità aprendosi agli

esperti per esperienza, persone che vivono o hanno vissuto la presa in carico psichiatrica, su di sé o sui propri congiunti. Questo movimento è parallelo all'altro, di ordine burocratico amministrativo, secondo cui si afferma che il welfare, inteso come risposta pubblica ai problemi, deve fare affidamento sulle capacità di auto-organizzazione della 'società civile'¹⁷. In pratica, a livello generale si afferma che il sapere tecnico non può essere il solo impegnato nella presa in carico del bisogno sociale; si fa dunque appello ad una 'comunità' in cui convergono legami primari, relazioni informali, lavoro di cura non produttivo; ma anche mercato, vendita di servizi alla persona, competizione per abbattere i costi delle prestazioni assistenziali¹⁸. A fianco di ciò si agitano pratiche settoriali di *advocacy* e rivendicazione: questo brulicare indifferenziato di fenomeni viene unificato dietro il concetto di 'legame comunitario', 'società civile', ecc. Ne risulta una prima ambiguità, che sarà utile tematizzare nell'analisi: la buona comunità è quella in cui armonicamente queste funzioni vengono svolte, senza che esse siano demandate all'assistenzialismo statalista o generino microconflitti locali di ordine familistico o comunitaristico. In definitiva tutta la strutturazione del corpo sociale viene innervata di sapere tecnico, nella misura in cui la 'società civile' può essere definita come una 'comunità buona' in virtù del suo livello di 'salute mentale': una misura impalpabile la cui definizione, però, spetta in ultima analisi ad un corpus di sapere tecnico-professionale. La 'partecipazione' viene elevata a mantra dalle nuove formulazioni delle politiche sociali tuttavia, secondo vari filoni di studi critici, essa sembra avere un

basso potenziale trasformativo sia delle relazioni di potere sia dei contenuti delle politiche pubbliche (...). Anzichè assumere acriticamente che lo sviluppo di pratiche partecipative sia immediatamente un segno di democratizzazione delle scelte pubbliche, appare maggiormente utile riflettere su chi si ritiene debba essere sottoposto a processi di empowerment, in quali contesti di azione, su quali specifiche issues, e, complessivamente,

*che legame hanno queste scelte con le più ampie strategie transcolari di riconfigurazione congiunta dei sistemi pubblici di azione e dei modelli di produzione economica o, più semplicemente, della ristrutturazione scalare delle relazioni tra il sistema politico e quello economico*¹⁹.

Il destino puntuale ed evenemenziale delle forme di innovazione dotate di carattere emancipatorio nel sistema di governance italiano, con una perdurante difficoltà del momento ‘istituente’²⁰, spinge a considerare attentamente le tendenze contrastanti nelle politiche di salute mentale e a notare come nello stesso ambito istituzionale possano definirsi alcuni segmenti (relativamente pochi) proiettati verso dinamiche di innovazione e altri (la maggior parte) ricacciati nel fondo delle politiche residuali. La mia ipotesi è che questi processi di trasformazione, compatibili con le dinamiche più generali di ristrutturazione dei modelli di stato sociale verso l’orizzonte del ‘welfare mix’, facciano perno sulla ‘partecipazione della comunità’ producendo l’effetto di differenziare *alcune* forme di presa in carico da *altre*, scavando fossati tra quelle su cui può concentrarsi un processo di valorizzazione capitalista e quelle demandate a circuiti di scarico o dismissione, secondo le formule proprie del ‘nuovo welfare’. L’ambito scolastico presenta oggi un campo di osservazione paradigmatico per questo tipo di ipotesi: si tratta infatti di un’istituzione percorsa da un processo di destrutturazione interna. Abolita nei fatti ogni funzione emancipatoria²¹, le singole scuole competono tra loro per accaparrarsi studenti e offerta formativa, in base ai quali i presidi-manager riproducono un piccolo potere; a seconda della composizione sociale dei quartieri si differenziano le offerte: nei contesti urbani in cui si concentrano disagio e marginalità cresce la richiesta di etichettamento diagnostico ma diminuisce l’offerta di strumenti di assistenza di tipo emancipativo, secondo quella ‘inverse care law’ definita dall’epidemiologo inglese Tudor Hart nel 1971²². Tutti gli altisonanti progetti di ‘innovazione sociale’ (integrazione scolastica, bisogni educativi speciali, piano individualizzato, ecc.) si declina-

no nei contesti degradati come strumenti per accaparrarsi figure di tappabuchi per sostituire gli insegnanti di sostegno carenti, magari citando protocolli elaborati 'in collaborazione con le associazioni di familiari' nella speranza di ridurre conflitti e momenti rivendicativi, inevitabili vista la scarsa copertura dei mezzi dispensativi e compensativi previsti dalle leggi. Attraverso questi processi 'partecipativi' si rinforza l'innervamento del sapere 'psy' in più larghi contesti sociali. In generale, il 'sapere altro' che viene introdotto nelle forme di presa in carico (quello di famiglie e utenti stessi, per esempio) non viene valorizzato come alternativo rispetto a quello del tecnico ma ne risulta un'escrenza, in piena continuità e subalternità²³. I sistemi di welfare-mix e i modelli di governance neo-liberale in essi dominanti producono infatti un tendenziale spostamento delle prestazioni di protezione sociale dal modello universalistico dei diritti sociali verso concettualizzazioni residualiste e prassi neo-istituzionali. In pratica accade che da una parte si sviluppano servizi 'innovativi' che intercettano utenza con alto potere contrattuale, dall'altro lato si moltiplicano le forme di istituzionalizzazione diffusa. Come ogni sistema sottoposto al principio regolatore del mercato, anche quello della presa in carico psichiatrica si segmenta e si differenzia, diventa campo di investimento e competizione, produce 'prodotti di qualità' e 'sottoprodotti'. Il campo dei sottoprodotti è ampio e articolato, ma può esserne tratteggiata una parziale unificazione sotto il concetto di 'carcerizzazione delle politiche sociali'²⁴. Il neo paternalismo che sempre più pervade l'ambito dei 'sottoprodotti' istituzionali si esprime compiutamente nei servizi articolati secondo modelli di mercato (o quasi-mercato) e nello slittamento delle politiche sociali verso modelli tendenti al *workfare*. Restando però il sistema della presa in carico complessivamente sottoposto ad una pressione crescente, il paradigma di riferimento del sapere 'psy' diviene lo strumento attraverso cui in ogni segmento di istituzione si gestisce la possibilità di espellere l'utenza 'non meritevole' di assistenza e di definire quella

meritevole²⁵. Ogni osservazione, verifica, classificazione dell'utenza, in ogni segmento dell'istituzione in via di destrutturazione, risente di questo conato tecnico (quindi specifico) al superamento impossibile di una contraddizione sistemica. Le categorizzazioni, le valutazioni, finanche le diagnosi rispondono alla necessità, da parte del corpo tecnico-professionale, di definire gli utenti in modo tale da 'scaricarli' verso istituzioni più contenitive oppure di controllare un progetto di riconsegna all'utente della responsabilità del suo fallimento (ciò che nel gergo degli operatori viene definita 'autogestione', 'attivazione', 'responsabilizzazione', ecc.). Nei servizi che erogano 'sotto-prodotti' infatti la formulazione di una diagnosi e la sua collocazione su un segmento incrementale che va da una minima a una massima gravità è condizionato da molteplici fattori. Nella scuola la gravità delle diagnosi è un segno della particolare 'intrattabilità' dell'utenza; parallelamente la formulazione generalizzata di 'Bisogni educativi speciali' mostra la tendenza verso una diffusione dell'attenzione psy per l'intero contesto. Un paziente che in un Centro di Salute mentale Territoriale viene definito 'gravemente schizofrenico con delirio florido', per il quale viene fatta immediata richiesta di ricovero coatto, nel Reparto di Diagnosi e Cura a porte chiuse potrà essere definito 'un tipo tranquillo' nella misura in cui vi ha trovato un luogo adatto alla sua gestione. Allo stesso modo, una disoccupata di lungo corso con figli, con poche capacità di verbalizzazione perché straniera, con una scarsa rete sociale perché di immigrazione relativamente recente potrà essere assistita solo se darà mostra di essere 'gravemente depressa' e suo marito potrà essere ricoverato più facilmente se trovato in stato di 'stupor catatonico'. Come gli scrofolosi e gli storpi di cui parla Castel, i bisognosi di assistenza tendono ad essere diagnosticati con un notevole incremento di espressività nella diagnosi: il 'meritarsi' l'assistenza, come all'epoca degli istituti parrocchiali per la carità, deve implicare una condizione di dolore, turpitudine o abbruttimento che possono essere descritte solo con modelli diagnostici

gravemente oggettivanti, focalizzati sulla presenza di sintomi sorprendenti, che non lascino alcuno spazio a possibili capacità o potenzialità trasformative della condizione dell'utente, che non facciano alcun riferimento alle dinamiche sociali che ne hanno prodotto o favorito il malessere ma solo all'immutabilità della sua condizione. Nel frattempo, ai vertici della piramide dell'utenza, i nuovi progetti di inclusione sociale su cui investono la Fondazione e la comunità europea rivelano una declinazione totalmente diversa del momento diagnostico: esso fa riferimento a visioni trasformative, epistemologie contestuali e approcci biopsicosociali: l'utenza che riuscirà a guadagnarsi quella posizione sarà tacitamente accolta come 'meritevole' finché riesce a mantenerla. Dopo una serie di cedimenti sarà bollata come 'rivendicativa', 'inadatta', 'non compliant', 'abituata a prestazioni di tipo assistenzialistico', 'regredita', e verrà ricacciata in basso, in uno degli infiniti circuiti paralleli in cui si nascondono e si criminalizzano i bisogni.

La mia tesi fondamentale è che, nei servizi sottoposti a dinamiche di abbandono e dismissione, il corpus dei saperi e delle pratiche 'psy' assume un ruolo di metaorganizzatore della distinzione tra 'meritevoli' e 'non meritevoli' di assistenza. Ciascun segmento delle istituzioni, infatti, sottoposto a una pressione eccessiva dalla dinamica complessiva di destrutturazione della 'proprietà pubblica', deve ricostruire le sue linee d'azione riadattando modelli teorici astratti ad una realtà materiale percorsa da contraddizioni sociali impossibili da prendere complessivamente in carico. I modelli di 'presa in carico comunitaria', di innovazione sociale, di *workfare* futuribili, ai piani alti devono inevitabilmente selezionare 'categorie' di utenza come 'inadatte' alla loro prestazione e sviarle verso le altre traiettorie esistenziali possibili. La pressione istituzionale complessiva non può essere letta dai singoli operatori né dalle strutture organizzative interne a un singolo servizio: c'è dunque bisogno di una metacategoria di classificazione dei comportamenti, della personalità, delle

propensioni e della condotta dell'utenza, che permetta di spiegare la 'mancata adesione al progetto', la *non-compliance*, il 'fallimento' della prestazione assistenziale, evitando di sollevare dubbi sulla disfunzionalità complessiva del modello di presa in carico a cui quel singolo pezzo di istituzione si aggrappa per sopravvivere. Questa metacategoria, per quanto informata da un criterio moralistico, deve presentarsi come una 'tecnica'.

Robert Castel²⁶ ha provato a inscrivere queste microdinamiche in una grande descrizione sociologica, spiegando l'ultima metamorfosi della questione sociale: cresce il gruppo dei 'sovranumerari', strutturalmente espulsi dalle garanzie della condizione salariale, nel frattempo le politiche sociali si strutturano in modo che questi 'esclusi' siano chiamati ad aderire attivamente a progetti di assistenza 'tendenzialmente' impossibili, nella misura in cui richiedono l'elaborazione di un 'progetto di vita' a cui non viene offerta alcuna possibilità concreta di realizzazione. Sostanzialmente si tratta di utenti 'presi in carico' che, attraverso l'azione performativa delle politiche pubbliche, si vedono scaricare addosso la gran parte della responsabilità per la propria condizione. Si tratta ancora di una forma, seppur paradossale, di 'inclusione'. La nuova società del capitale 'umano' vuole essere tutto: gli inclusi sopporteranno la forma di inclusione che si meritano. Viene dunque riesumata l'antica distinzione tra 'poveri abili al lavoro' (da punire se non lavorano e da assistere se si sottomettono) e 'handicappati', a cui l'inclusione nella cittadinanza si presenta sotto forma di un paternalismo caritatevole, ricattatorio e fortemente assoggettante.

Conclusioni

L'eterogenesi dei fini pervade tutta la storia di Irina e della sua presa in carico. La psichiatra che ha formulato la diagnosi lo ha fatto per fornire ad Irina degli strumenti di assistenza, Sandra la ha stigmatizzata per difenderla, io l'ho resa rivendicativa per emanciparla. A

ciascuno dei livelli di servizio, la formulazione delle diagnosi risponde a una molteplicità di interessi: coincidere con una determinata pressione sociale, assolvere a un mandato implicito espresso dal contesto, collocare l'utente in un posto-letto già pronto e già pagato dalla AUSL, indirizzarlo verso un posto 'migliore'. Ma la diagnosi è solo un elemento: il lavoro etnografico permette di scorgere un complesso sistema classificatorio dell'utenza, le cui tensioni interne vanno addensandosi lungo una serie frammentata di polarità. Da una parte stanno i giudizi riservati al 'problematico', 'rivendicativo', 'inadeguato', 'manipolatorio', 'poco motivato', spesso 'aggressivo', tendenzialmente 'delinquente'; dall'altra si addensano quelli per cui una risposta c'è ma devono essere 'responsabili', 'consapevoli', 'partecipativi', 'collaborativi'. In mezzo infinite 'zone grigie', 'drop out', 'perdite del legame terapeutico', ecc. Per esserci, per avere una risposta, devi comunque essere 'grave' (considerati i carichi di lavoro e la cronica carenza di personale e investimenti). Le condizioni materiali determinano gran parte di questo meccanismo, ma i tecnici sono impegnati a costruire risposte settoriali per difendersi dal rischio di guardare problemi politici, cercando comunque di mandare avanti l'istituzione. Questo viene definito 'siamo tutti sulla stessa barca'. Per rilanciare, alcuni segmenti dell'istituzione provano la carta dell'investimento sull'innovazione sociale: incroci di saperi e partecipazione comunitaria, ma nella maggior parte dei casi si tratta di *ideologie di ricambio* che non mutano le condizioni strutturali. Anzi, forniscono un più sottile strumento di categorizzazione moralistico dell'utenza ('non partecipa, non si responsabilizza, non è rivolto al cambiamento'). Come ha ben argomentato Franco Basaglia, il modello di gestione dei sistemi assistenziali determina la 'condizione problematica' a propria immagine:

in epoche successive la malattia e i suoi sintomi sono sempre stati influenzati e condizionati dai nuovi orientamenti terapeutici [...], noi produciamo

una sintomatologia – il modo di esprimersi della malattia – a seconda del modo col quale pensiamo di gestirla, perchè la malattia si costruisce e si esprime sempre a immagine delle misure che si adottano per affrontarla²⁷.

Da ciò deriva che un primo passo per osservare la definizione diagnostica con approccio etnografico richiede di dedicare una specifica attenzione ai meccanismi, interni alle istituzioni, di segmentazione dei percorsi di presa in carico. Come scrive ancora Franco Basaglia nel 1975, quello che si osserva nella psichiatria delle società ‘post-manicomiali’ è una sostanziale differenziazione degli apparati, con zone liminali tra malattia e devianza, zone di distanziamento e zone di sovrapposizione, a causa dell’allentamento (ma non affatto risoluzione) della saldatura tra malattia e controllo sociale. Il meccanismo che Basaglia illumina spietatamente è quello che conduce alla creazione di zone di ‘massimo’ e di ‘minimo’ investimento nella sanità. Quelle di minimo investimento riguardano le popolazioni strutturalmente espulse dalla produzione mentre quelle di massimo investimento riguardano i soggetti ‘integrabili’ nell’ordine della produzione e del consumo. Si tratta di ambiti in cui emergono le figure di nuovi tecnici specifici, con l’apparenza della neutralità e dell’indipendenza dalle vecchie istituzioni manicomiali, ma che nei fatti agiscono come nuovi funzionari del consenso. La moderna presa in carico dei problemi sociali nei sistemi di *welfare community* ricalca esattamente la descrizione di Basaglia: secondo l’ideologia che in essi domina, i bisogni rappresentano il *sintomo* di una scarsa attivazione di capitale umano; la loro inadeguata o mancata soddisfazione tecnica rappresenta una *perdita di produttività*, se non un *rischio per la coesione sociale*; le innumerevoli modalità di scarso o disfunzionale investimento della persona sul suo potenziale adattivo e creativo, sulla sua autonomia e imprenditorialità vanno *diagnosticate e risolte tecnicamente*, attraverso un *intervento professionale, scientifico*. Chi, rispetto a questa nuova prateria aperta all’investimento

capitalista, rappresenta una resistenza, un oltraggio, un paziente intrattabile, subisce un declassamento di investimento. Il suo *capitale umano* verrà altrimenti valorizzato²⁸. Sotto la parvenza *tecnicistica* di questo processo si cerca di realizzare un grande progetto di sterilizzazione moralistica di ogni possibile discorso degli oppressi, di pacificazione del conflitto, di anestetizzazione della contraddizione. L'umanità e la capacità di organizzazione che ancora covano sotto queste istituzioni, incenerite dalla devastazione del capitale, possono scegliere se riaccendersi, chi vi opera può scegliere se contrastare questa devastazione o continuare a supportarla come *utile idiota*.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. La struttura triadica di questo titolo richiama il testo fondamentale di DE LEONARDIS O., *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*. Milano, Feltrinelli, 1990.
2. L'obiettivo più generale della mia ricerca è stato quello di costruire una mappatura di tipo etnografico di un servizio di salute mentale. L'interesse complessivo della mia interrogazione su questi temi ha dovuto tenere conto di una profonda debolezza iniziale: sono del tutto assenti oggi programmi di ricerca che, a partire dalle pratiche dei servizi di salute mentale, si propongano di studiare il fenomeno psichiatrico 'mettendo tra parentesi' l'oggettivazione diagnostica. I modelli di ricerca che si sono sviluppati nel periodo della costruzione dei servizi di salute mentale territoriale in senso anti-istituzionale costituiscono un'esperienza temporalmente limitata e confinata nella breve effervescenza di quella storia di trasformazione, dotata di una forte caratterizzazione politica. Ad oggi mancano nella ricerca scientifica programmi di epidemiologia critica dotati di una medesima forza esplicativa, calati in una pratica di trasformazione dell'esistente e rivolti ad analizzare l'oggettivazione psichiatrica non come 'dato' ma come il prodotto di un certo tipo di organizzazione istituzionale, nella sua interazione con le dinamiche di produzione e di riproduzione sociale. L'epidemiologia psichiatrica critica è quella che ha accompagnato il lungo lavoro di deistituzionalizzazione portato avanti dal movimento negli anni '60 e '70; il contributo degli operatori di Arezzo fornito nel 1976 al progetto di Medicina Preventiva del CNR chiarisce il

metodo dell'epidemiologia sociale: 'L'oggetto della ricerca non può essere la 'malattia mentale' così come è stata codificata. Partire dalla malattia mentale diagnosticata incanalerebbe la ricerca sul binario obbligato della correlazione con le variabili sociali, secondo lo schema delle ricerche note del tipo 'classi sociali e malattie mentali'. La ricerca deve identificare un altro oggetto da mettere in relazione con la situazione sociale: la ricerca di questo nuovo oggetto, (cosa sta dietro o prima della malattia mentale) fa sì che la ricerca non sia più solo l'epidemiologia della malattia mentale, ma investa necessariamente il problema della sua natura'. L'oggettivazione della ricerca si sposta dunque verso il disagio, che è 'il primo incontro tra la mancata soddisfazione di un bisogno (tra cui la mancata soddisfazione del bisogno di salute fisica) e la denominazione di questa carenza: se disagio vuol dire soffrire di bisogni insoddisfatti, in quanto atto di coscienza, è subito denominare anche in una prima approssimazione questa carenza. Tra bisogno insoddisfatto e diagnosi psichiatrica vi è un territorio molto esteso, il disagio, in cui le distanze tra un estremo e l'altro (l'avvertire di soffrire o anche il puro e semplice soffrire e l'essere denominato affetto da sindrome depressiva e reattiva) sono riempite da una serie di denominazioni successive, ciascuna delle quali può essere un modello (uno schema, una indicazione) di risposta al bisogno e di repressione-razionalizzazione; ciascuna denominazione può essere percentualmente più l'una o l'altra cosa (e può essere giudicata più l'una o l'altra cosa a seconda che tenda verso il cogliere l'essenza intersoggettiva di ogni insoddisfazione di un bisogno o tenda ad isolare nel soggetto, nel suo corpo o nella sua psiche, le ragioni della sofferenza)'.
3.

- Dal sito della Cooperativa Sociale Gulliver: 'Il Tutor è un giovane tra i diciotto e i venticinque anni dalla forte carica motivazionale che si prende cura di una persona quasi coetanea in difficoltà per aiutarla e motivarla attraverso la costituzione di rapporti amicali. Interviene per migliorare l'integrazione scolastica e sociale degli studenti certificati ai sensi della Legge 104 e di studenti segnalati con disturbi dell'apprendimento, emozionali e in situazioni di disagio sociale, con particolare riferimento all'acquisizione delle autonomie personali. L'intervento del Tutor è un intervento ponte che prevede alcune ore di affiancamento nell'attività scolastica, e alcune ore di condivisione nella vita extrascolastica, con il fine di poter mantenere un filo di continuità tra le due realtà'. 'L'Accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica di allievi con disabilità nelle scuole di ogni ordine e grado definisce gli impegni che l'Azienda Sanitaria Locale, l'USRER Ufficio XII - Ambito Territoriale per la provincia di Modena, i Comuni/Unioni di Comuni, le Istituzioni

Scolastiche e la Provincia assumono per l'integrazione scolastica di allievi con disabilità nelle scuole statali e paritarie di ogni ordine e grado. In questo documento sono definiti i compiti del Personale Educativo Assistenziale e dei Tutor'. Nel documento dell'Accordo di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità (legge n. 104 del 5/02/1992), rinnovato 'il 12 dicembre 2012 con l'adesione delle Associazioni delle famiglie' si legge: 'Per facilitare l'integrazione scolastica degli studenti disabili, la Provincia ed eventualmente i Comuni, anche in forma associata, assicurano la presenza di studenti tutor, figure di tipo amicale, che affiancano i ragazzi diversamente abili in alcuni momenti della giornata. Il tutor si prende cura dello studente, svolge compiti di integrazione sociale nei contesti extrascolastici, di facilitazione nell'apprendimento, nello studio, a scuola, a casa e nelle attività di laboratorio. Le sue funzioni all'interno dell'istituzione scolastica sono assunte dal Consiglio di classe nella progettazione e realizzazione del PEI. Il tutor non può svolgere funzioni sostitutive degli operatori assegnati dal Ministero e/o dagli Enti Locali. È compito del dirigente scolastico promuovere le condizioni per la piena valorizzazione di questa figura e individuare i giovani che possono ricoprire tale funzione. La Provincia garantirà le risorse economiche a sostegno del progetto'. Sul sito internet della Provincia di Modena gli ultimi dati disponibili rispetto all'utenza dei progetti di integrazione risalgono al 2009. In un comunicato si legge: 'Sono 1.826 (282 in più rispetto allo scorso anno scolastico) gli alunni con handicap che frequentano le scuole della provincia di Modena: 223 nelle scuole d'infanzia (-10 rispetto all'anno scorso), 683 alle elementari (+169), 453 alle medie (+112) e 467 (+11) alle superiori'.

4. Si tratta di un cambiamento di larga portata, che è utile indagare per costruire una prima approssimazione del campo in cui andiamo a svolgere la nostra interrogazione. Una prima evidenza della metamorfosi della relazione tra amministratori, operatori e utenti dei servizi di salute mentale è data dall'orientamento specifico che negli ultimi anni hanno assunto le politiche di salute mentale comunitaria, sempre più attente a ricollocare la tutela e la promozione della salute mentale secondo linee guida orientate alla promozione dell'autonomia e della soggettività degli utenti, all'inclusione sociale e al recovery (cfr. FERRANNINI L., *La Psichiatria ed i suoi paradigmi: continuità e discontinuità*. Rivista Sperimentale Di Freniatria 2007; 3: 61-77; TANSELLA M., *Psichiatria Epidemiologica. Teorie, metodi e pratiche*. Roma, Il pensiero scientifico editore, 2012; WHO, *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*). Inoltre, la tendenziale trasformazione del

ruolo degli utenti dei servizi di salute mentale è fenomeno emergente in vari filoni di indagine scientifica in campo psichiatrico, psicologico e sociologico, oltre a una crescita esponenziale di una letteratura 'non professionale' sull'argomento, costituita da produzioni a carattere esperienziale e narrativo. (cfr. DEEGAN P., *Recovery as a journey of the heart*. Psychiatric Rehabilitation Journal 1996; 19: 91-97; COLEMAN R., *Guarire dal male mentale*. Roma, Manifestolibri, 2001). Temi come 'empowerment', 'partecipazione', 'capitale sociale' sono sempre più spesso indicati come componenti di salute mentale nei documenti di programmazione a vari livelli di governance (cfr. VAN WESTERHOUT E., CAVAGNINI E., *Incrocio di saperi. Empowerment e servizio sociale*. Milano, Centro Studi Erickson, 2009).

5. Due articoli 'Cambiare i servizi di salute mentale?' e 'L'inclusione è terapeutica?' scritti con Riccardo Ierna e consultabili sulla rivista *Lavoroculturale.org*.
6. La piccola cerchia più significativa della letteratura è certamente quella che si raccoglie attorno ai coniugi Verdurin ne 'La ricerca del tempo perduto' di Marcel Proust. Questa piccola cerchia riassume in modo mirabile i tratti di rancorosa autoesclusione e snobistica alterigia di un gruppo sociale orientato all'autodifesa, schiacciato dalle contraddittorie tensioni di una società in un contesto di destrutturazione istituzionale e in crisi di riconoscimento.
7. 'Il rapporto tra gli effetti e il fine rappresentato qui si presenta in modo che nei primi effetti sono sempre dati ancora effetti secondari i quali, se non erano concepiti nelle precedenti rappresentazioni del fine, entrano tuttavia in nuove serie di motivi e in tal modo o modificano i fini precedenti oppure ad essi ne aggiungono di nuovi. Il principio dell'eterogenesi dei fini, nel suo più generale significato sorregge tutti i processi psichici, ma nella particolare accezione teleologica che ad essa ha conferito il nome si trova innanzi tutto nel campo dei processi del volere perché in questi le rappresentazioni del fine accompagnate da motivi sentimentali sono di fondamentale importanza. Nei settori della psicologia applicata l'etica è appunto quella per la quale tale principio possiede il maggior valore'. Da WILHELM W., *Lineamenti di psicologia*. Torino, UTET, 2006, pp. 393-409.
8. La schismogenesi è un processo di differenziazione nelle norme del comportamento individuale risultante da interazione cumulativa tra individui, come scrisse Gregory Bateson nel 1936.
9. L'espressione è ripresa da Don Lorenzo Milani: 'Non c'è nulla che sia più ingiusto quanto far parti uguali fra disuguali' da 'Lettera a una professoressa' nel 1967.

10. René Girard, nel 'Il capro espiatorio' del 1982, scrive: 'Non è mai la loro differenza specifica che si rimprovera alle minoranze religiose, etniche o nazionali; si rimprovera loro di non differenziarsi in modo opportuno, al limite di non differenziarsi affatto'.
11. Così scrivevano Franco Basaglia e Giovanna Gallio in 'La chiusura dell'ospedale psichiatrico', Testo elaborato nel quadro del Subprogetto Prevenzione Malattie Mentali del C.N.R. - Unità Operativa di Trieste, 1976. 'Abbiamo del resto confermato ancora una volta come siamo artificialmente immessi in un ruolo di causalità, dei fattori che non hanno tra loro relazione e connessione alcuna, se non nel fornire una logica credibile del controllo sociale, relativamente ad una fascia estesa di persone che la sofferenza espelle dai processi di produzione-consumo, o che, emarginate di fatto da questi processi per precarietà e debolezza, ricadono sull'organizzazione medico-assistenziale. La distruzione del manicomio, punto centrale di transizione verso nuove contraddizioni nel rapporto tra organizzazione medica e organizzazione sociale-generale, potrebbe significare, finalmente, l'uscita dell'assistenza psichiatrica dalle sue tradizionali aporie di apparato giuridico-repressivo, mescolato di intenzioni mediche. Ci si può chiedere perché questa riconversione medica non possa investire l'ospedale stesso, una volta depurato di tutte le incrostazioni e reso efficiente. In nessun momento abbiamo nutrito l'illusione di trasformare lo spazio dell'internamento, in uno spazio 'clinico' o 'multidisciplinare', per la consapevolezza profonda di due ordini di problemi: da un lato la 'malattia' si costituisce nel sociale come processo di sanzioni, di restrizioni, di scambi, di resistenze accumulate, che rafforzano il germe; dall'altra l'Ospedale Psichiatrico non è stato mai altro che la sanzione definitiva dell'esistenza del contagio, il luogo che, con la sua esistenza, determinava e organizzava la presenza minacciosa dei germi e l'inevitabilità, a certe condizioni, di andarli a depositare. Per quanto riaggiornato, umanizzato, medicalizzato, l'Ospedale Psichiatrico, continuando ad esistere, induce e sanziona anche, relativamente ai bisogni vecchi e nuovi di assistenza psichiatrica, dei gironi concentrici di contagio, corrispondenti ad altrettante fasce selettive della domanda: gironi che si devono praticamente ignorare l'un l'altro, nel rischioso processo di contaminazione reciproca e di caduta verso il punto più basso, l'ultimo. Si sa in anticipo, in questo viaggio pericoloso, chi cadrà ruzzolando verso l'ultimo gradino'.
12. In questa dinamica si agitano poste in gioco economiche, sociali e politiche. Una molteplicità di attori, soggetti, istituzioni, sono chiamati in causa nella formalizzazione delle risposte al 'bisogno sociale' in termini psicologici o

psichiatrici. Si tratta oggi di una modalità di formulazione onnipervasiva: la invadente penetrazione dei saperi di tipo 'psy' nelle politiche pubbliche a tutti i livelli costituisce per alcuni autori una cifra specifica dell'epoca contemporanea. Al processo di 'deistituzionalizzazione' e alla chiusura dei contesti manicomiali, infatti, non è seguita una rifondazione della psichiatria su basi politiche rinnovate ma piuttosto si è andata sostituendo una complessa stratificazione di pratiche e saperi, alcuni ancora dal forte impianto manicomiale, convergenti in un corpus vasto ed eterogeneo di connessioni tra discipline (psichiatria, psicologia, tecniche del servizio sociale, sociologia, ecc.). Questo corpus complesso di saperi è andato a coprire un territorio articolato e frammentario di pratiche, nel quale convivono tendenze francamente neoistituzionali e variegati 'nuovi modelli' (la cui novità è più che altro il frutto di un ciclico ritorno) ispirati a svariate forme di riformismo tecnicista. Modelli presi a prestito dalla psicologia, sociale o del profondo, dalle teorie dell'empowerment personale, dalle ricerche sociologiche sulle reti, la cooperazione e la coesione comunitaria, oggi convergono nella pratica psichiatrica insieme a modelli di contenzione arcaici e brutali. In questo modo un sistema ampio di 'saperi psy' copre e innerva di sé una molteplicità di situazioni sociali: dai servizi educativi a quelli assistenziali, dalle istituzioni sanitarie alle carceri, fino a qualsiasi struttura di reclusione per ogni tipo di 'marginali'. Si veda a proposito l'articolo di Riccardo Ierna 'Il secolo psicologico: prodromi di una socialità senza sociale', uscito sulla rivista online Lavoro Culturale, disponibile all'indirizzo <http://www.lavoroculturale.org/reparto-agitati-9/>. Nel testo Ierna cita uno scritto di Robert Castel: 'Non c'è soltanto nella società contemporanea, un sempre più di psicologia in 'sempre più' luoghi inediti; ma è un altro statuto dell'elemento psicologico che si comincia a delineare, ancora molto confusamente per la verità. Secondo questa prospettiva, la psicologia non è più soltanto una batteria di tecniche per riparare lo psichismo (psicologia clinica); né soltanto un insieme di strumenti al servizio delle istituzioni per migliorarne il funzionamento o soccorrerne la crisi (psico-pedagogia, psicologia industriale, psicologia militare, ecc.). Non è nemmeno la ricerca 'disinteressata' delle leggi di funzionamento della psiche umana (psicologia 'generale' universitaria), e neppure l'esplorazione in profondità di un'altra scena psichica (psicoanalisi). O meglio, la psicologia è tutto questo contemporaneamente, ma sta diventando anche un'altra cosa: una cultura psicologica di massa, caratterizzata da una preponderanza dei codici individualizzanti in quanto griglie d'interpretazione della realtà, delle tecniche di azione psicologica come strumenti della sua trasformazione, e dei modelli di sviluppo

personale come ideali sulla riuscita dei quali l'uomo mette in gioco il senso globale della sua esistenza', da CASTEL R., *Verso una società relazionale. Il fenomeno 'psy' in Francia*. Milano, Feltrinelli, 1982, p. 44.

13. Si veda in proposito l'articolo di Angelo Barbato, 'Si accettano scommesse sulla sopravvivenza della psichiatria nel prossimo futuro', disponibile su http://www.souqonline.it/home2_2.asp?idtesto=778&idpadre=698#.VC1m1fl_v2g. Riportiamo uno stralcio del documento per mostrare la rilevanza di questa 'autocritica', che viene direttamente dal cuore delle professioni psichiatriche. 'Le sfide di oggi non sono rivolte soltanto alla psichiatria come professione ma ai suoi stessi fondamenti concettuali e ai suoi strumenti operativi. Con una differenza assai rilevante rispetto alle contestazioni degli anni '60 e '70: quello che viene messo in questione non è il ruolo sociale della psichiatria o le sue funzioni repressive, anche se questi aspetti conservano la sua importanza, ma il suo statuto scientifico all'interno del paradigma della medicina basata sulle evidenze. L'abbraccio con il modello biomedico compiuto a partire da trent'anni fa si sta rivelando un abbraccio mortale, in quanto è proprio l'applicazione ai costrutti e alle pratiche psichiatriche delle più sofisticate metodologie di ricerca, particolarmente per quanto riguarda l'epidemiologia e la ricerca clinica, a metterne in luce la fragilità. Il primo aspetto critico riguarda proprio la diagnosi, cioè l'impalcatura creata dal DSM-III per garantire la correttezza scientifica dell'identificazione delle varie sindromi come base per la formulazione dei trattamenti. Studi di popolazione compiuti in varie parti del mondo con metodiche epidemiologicamente corrette hanno mostrato in primo luogo che la suddivisione dei disturbi mentali in categorie diagnostiche ben distinte è artificiosa e non rispecchia la distribuzione nella popolazione dei sintomi di disagio psichico, che vengono sperimentati lungo una dimensione continua, per cui vi è un'ampia sovrapposizione tra le categorie e la differenza tra normalità e malattia è un problema quantitativo che rimanda alla scelta di una soglia e non un problema qualitativo. In secondo luogo, cosa più sorprendente, è emerso che fenomeni psicopatologici ritenuti indicatori di diagnosi gravi, come le allucinazioni e i disturbi del pensiero, possono essere presenti in sottogruppi non trascurabili della popolazione generale, senza essere necessariamente associati a disagio soggettivo o a compromissione del funzionamento sociale. La sola definizione clinica, cioè, non è sufficiente a spiegare la malattia e tanto meno la disabilità, il cui sviluppo richiede l'ingresso in gioco di altri fattori contestuali o soggettivi. L'importanza dei fattori soggettivi fa emergere prepotentemente il ruolo degli utenti e del loro sapere, alimentando le richieste che da essi vengono

di mettere in questione le modalità e l'uso del procedimento diagnostico'. Riutilizzando le analisi di Michel Foucault, Robert Castel e Franco Basaglia, ci si rende conto che questa 'crisi dello statuto epistemico' non è affatto un fenomeno nuovo nella psichiatria. La psichiatria, per la intima connessione di cura e controllo sociale su cui ha fondato la sua specificità tecnica, ha sempre avuto uno statuto epistemico strutturalmente residuale. Le pagine di Franco Basaglia su 'Il problema della gestione' sono chiarissime a questo proposito. La psichiatria, come ideologia scientifica delegata al controllo, alla custodia e alla gestione della devianza, non può che fondare la sua sussistenza sulla norma sociale che definisce il comportamento 'deviante' e sulla sanzione che sottopone all'internamento la persona autrice di quel comportamento. Ideologia scientifica, norma sociale e sanzione sono in un rapporto di reciproco rinforzo e reciproca mistificazione. L'opera di Robert Castel più utile a capire la situazione dei servizi di salute mentale italiani post-riforma è 'La société psychiatrique avancée. Le modèle américain', scritto con Anne Lowell e Françoise Castel, incredibilmente mai tradotto integralmente in Italia.

14. LATOUR B., *Science in action: how to follow scientist and engineers through society*. Cambridge, Harvard University Press, 1987; EYAL G. et al., *The autism matrix. The social origins of autism epidemic*. Cambridge, Polity Press, 2010.
15. EYAL G., *For a sociology of expertise: the social origins of autism epidemic*. *American Journal of Sociology* 2013; 118(4): 863-907, in part. p. 864.
16. Davide Caselli in un recente lavoro ha richiamato lo studio di Eyal sulla crescita esponenziale delle diagnosi di autismo: 'dal punto di vista della sociologia dell'expertise, la terapia deve essere analizzata come un insieme di meccanismi con lo scopo di tradurre interessi, assicurandosi la cooperazione e manipolando le performance dei pazienti al fine di stabilizzare un network di expertise'. Ispirandosi a questo approccio, ha proposto di analizzare 'il movimento attraverso cui la conoscenza e l'expertise sono mobilitati per informare un intervento (...) nella sfera pubblica' (cfr. EYAL G., BUCHHOLZ L., *From the sociology of intellectuals to the sociology of interventions*. *The Annual Review of Sociology* 2013; 36: 117-137). Di conseguenza la sua proposta si concentra su 'chi, come e dove interviene da esperto' nella sfera pubblica. Dal punto di vista del 'chi', si considera il campo intellettuale come uno spazio di relazioni tra attori e si analizzano i principali elementi che strutturano il campo intellettuale – in particolare il grado di capitale simbolico, il grado di indipendenza dalla domanda esterna, il grado di specializzazione (cfr. SAPIRO G., *Modèles d'intervention politique des intellectuels: le*

cas français. Actes Recherche en Sciences Sociales 2009; 176-177: 8-31). Inoltre, nel novero degli attori non figurano solo esseri umani e istituzioni, come tradizionalmente nelle scienze umane, ma anche concetti, tecnologie, strumenti tecnici. Davide Caselli fornisce un altro utile contributo rifiutando 'l'idea di un'opinione pubblica data una volta per sempre' ma ricercando piuttosto le 'strategie e le alleanze tra diversi attori finalizzate alla costruzione di nuovi pubblici e alla diffusione della conoscenza' (CASELLI D., *Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni*. Università degli Studi di Torino, 18-20 Settembre 2014 e CASELLI D., *Che cosa è sociale? Cooperazione, impresa e finanza nella ristrutturazione del welfare italiano*. Disponibile su <http://www.espanet-italia.net/programma-conferenza/giovedi-18-settembre/38-conferenza-2014/sessioni/266-sessione-14.html>).

17. Neanche questo è un fenomeno nuovo. Michel Foucault, in 'Storia della follia nell'età classica' parla diffusamente della crisi dell'internamento che in Inghilterra coincide con l'ascesa dell'ideologia e della politica economica liberale. Ripercorrendo per grandi linee l'argomentazione di Foucault, con lo sviluppo dell'industrializzazione, le masse di poveri iniziano ad essere considerate un fattore produttivo la cui mobilità non doveva essere più bloccata dall'internamento. Il vecchio spazio di ospedalizzazione, nel quale venivano a convergere i malati e gli oziosi, venne dunque messo in crisi dalla nuova ideologia dominante: ne conseguì una mutazione per la 'geografia della malattia' in rapporto alle forze che definivano la nuova figura del 'malato meritevole di assistenza'. Secondo i pensatori di fine '700, 'il luogo naturale della guarigione non è l'ospedale; è la famiglia, o per lo meno l'ambiente in cui vive il malato. E come la povertà deve riassorbirsi nella libera circolazione della manodopera, così la malattia deve scomparire nelle cure che l'ambiente naturale dell'uomo può apportargli spontaneamente'. (cfr. FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*. Milano, Rizzoli, 2011, p. 351).
18. Recenti contributi sulle ambiguità del capitale sociale sono venuti da studi antropologici: Herzfeld (HERZFELD M., *Evicted from Eternity. The restructuring of modern Rome*. Chicago, The University of Chicago Press, 2009.) nel suo studio sui processi di gentrificazione dei quartieri romani, ha mostrato come le retoriche e le programmazioni politiche facenti leva sul capitale sociale si accompagnano a fenomeni di segmentazione della qualità dell'ambiente e processi espulsivi. Parallelamente va considerata la tendenza delle politiche della sussidiarietà a 'mettere al lavoro la morale' in senso neoliberale. Come ha mostrato Andrea Muhehelebach la moralizzazione

delle relazioni è uno strumento indispensabile delle trasformazioni capitalistiche nella misura in cui lo stato mobilita il volontarismo nella destrutturazione dei programmi di assistenza. La riformulazione delle categorie che informano oggi le politiche sociali va dunque analizzata in tutta la sua ampiezza per potere collocare con precisione le questioni relative ai nuovi 'incroci di saperi' e alle nuove relazioni tra tecnici e utenti che si verificano nei servizi di salute mentale. Lavina Bifulco ha analizzato alcuni nodi critici delle nuove politiche sociali, che possono arricchire la costellazione di strumenti disponibili per analizzare le forme di partecipazione. In primo luogo Bifulco riconosce che uno dei principali vettori di 'partecipazione' riguarda la mobilitazione di attori privati nella governance. Secondo Bifulco questo provoca una sempre maggiore permeabilità delle amministrazioni pubbliche rispetto agli interessi privati e orienta i servizi ad un generale residualismo per cui si perde la dimensione del 'cittadino portatore di diritto' e si afferma un principio di 'investimento' che rischia di essere determinato da pratiche clientelari. Rispetto agli esiti delle definizioni legislative della nuova *governance* (L. 328/2000) alcune analisi hanno mostrato la sostanziale assenza di innovazione nei panieri dell'offerta dei servizi sociali (cfr. CARRERA E., *Città e pratiche di integrazione dell'offerta sociale*. RPS Rivista Italiana delle Politiche Sociali 2005: 2) e si è constatato che la forza di penetrazione del 'principio di attivazione' nelle politiche 'è direttamente proporzionale alla plasticità di cui dà prova nell'assorbire prospettive e orientamenti anche assai dissimili' (cfr. VAN BERKEL R., BORGHI V., *The Governance of Activation*. Social Policy & Society 2008; 7(3): 393-402; disponibile su http://www.resqresearch.org/uploaded_files/publications/rik2.pdf). L'orientamento delle politiche sociali e assistenziali al principio di individualizzazione e attivazione può avere infatti esiti divergenti (cfr. VAN BERKEL R., VALKENBURG B., *Making it personal: individualising activation services in the EU*. Bristol, Policy Pr, 2007, pp. 3-24), anche molto lontani dal principio sbandierato del 'venire incontro al bisogno particolare dell'utente'. Tra gli esiti maggiormente rilevati da Valkenburg troviamo piuttosto l'aumento degli interventi basati sull'erogazione di cash, l'accentuazione della responsabilità individuale rispetto all'assenza di lavoro e alla disoccupazione, l'ingiunzione alla elaborazione di un progetto di vita autonomo, l'enfasi sulla commercializzazione dei servizi e la libertà di scelta del consumatore-cliente.

19. MOINI G., *Teoria critica della partecipazione. Un approccio sociologico*. Milano, Franco Angeli, 2011.

20. La differenziazione territoriale delle politiche pubbliche e la difficile 'generalizzabilità' di modelli innovativi è stata analizzata in KAZEPOV Y., BARBERIS E., *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa: alcune riflessioni sui processi di rescaling e governance*. Rivista delle Politiche Sociali 2008; 3: 51-75.
21. La più vivida argomentazione di questa affermazione viene dall'articolo 'Il disincanto degli studenti' di Marco Lodoli, disponibile sulla rivista online Doppiozero.com.
22. 'The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This ... operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced', TUDOR HART J., *The Inverse Care Law*. The Lancet 1971; 297: 405-412.
23. Stessa ambiguità si può cogliere nel concetto di 'lotta allo stigma', parte fondamentale dei discorsi attorno ai servizi di Salute Mentale. La crescente tendenza alla medicalizzazione di aree sempre maggiori di disagio e fragilità rischia di svuotare del suo originario contenuto inclusivo il concetto di lotta allo stigma, facendone uno strumento di penetrazione sempre più pervasiva della 'ragione diagnostica'. La diffusione delle diagnosi, più che concorrere all'inclusione sociale di chi soffre di disagio psichico, produce una lettura naturalizzante e totalmente spolticizzata delle contraddizioni sociali che stanno alla base del malessere, oltre ad essere funzionale alla creazione di nuovi target per il mercato capitalista della cura del benessere. Su questi temi io e Riccardo Ierna abbiamo svolto una lunga interrogazione, presente nella sezione 'Reparto Agitati' della rivista online lavoroculturale.org.
24. MARGARA A., *Sorvegliare e punire. Storia di 50 anni di carcere*. Quest. giust. 2009; 55: 89-110.
25. Questa elaborazione è debitrice del lavoro di Robert Castel, principalmente quello contenuto in: CASTEL R., *La metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato*. Avellino, Sellino, 2007. Nel libro Castel introduce il tema della 'handicappologia' per descrivere il corpus di classificazione delle condizioni di inabilità al lavoro contemplate nelle leggi, nei regolamenti e nelle indicazioni tecniche prodotte per chi si occupa di 'assistenza ai bisognosi'. Questo complesso di condizioni 'aprirebbe le porte' alle svariate forme di assistenza fin dall'Ancient Regime: case per poveri, istituti, parrocchie, luoghi di carità. Laddove non poteva esercitarsi direttamente l'interamento penale e la condanna al lavoro forzato si sviluppava l'assistenza, riservata ai 'vecchi, poveri, orfanelli, storpi di ogni tipo, ciechi, paralitici,

scrofolosi, idioti, un quadro di Bosch in cui passa la frontiera tra capacità e incapacità di lavoro'. Secondo Castel esiste un legame tra le forme di presa in carico dei 'bisognosi' e l'allargamento o la restrizione delle aree di garanzia, tutela e contrattualità nell'intero corpo sociale. Oggi, a fronte della destrutturazione della tutela dei salariati, la frontiera tra abilità e inabilità al lavoro ridiventa mobile e porosa, i criteri che 'handicappano' rispetto alla possibilità di lavorare si estendono sempre più. Con l'obsolescenza sempre più rapida delle competenze e la progressiva espulsione del salariato dal novero delle condizioni garantite 'l'impiegabilità', l'assumibilità sembrano diventare una 'prestazione' che l'individuo singolo deve svolgere accumulando esperienze, attitudini, propensioni, comportamenti. Il sapere 'psy' diventa dunque la metacategoria attraverso cui si può valutare e progettare quest'opera di 'proprietà del sè' cui l'individuo è chiamato nella condizione post-salariale. Quando i concetti di 'attivazione', 'partecipazione', 'autodeterminazione' divengono dominanti anche nel discorso sulla presa in carico delle condizioni di bisogno, l'assistito è chiamato ad attivarsi per costruire una parallela capacità di 'autogestione' della presa in carico.

26. CASTEL R., *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?* Torino, Einaudi, 2001.
27. BASAGLIA F., *Ideologia e pratica in tema di salute mentale*. In: ONGARO BASAGLIA F., *Scritti. II 1968-1980*. Torino, Einaudi, 1982.
28. Come ha recentemente mostrato la ricerca (CURCIO R. (a cura di), *La rivolta del riso. Le frontiere del lavoro nelle imprese sociali tra pratiche di controllo e conflitti biopolitici*. Roma, Ed. Sensibili alle foglie, 2014), è in corso un processo di dismissione delle grandi strutture pubbliche di internamento, le cui funzioni vengono sempre più parcellizzate e demandate a cooperative sociali, centri di assistenza, microistituzioni diffuse sul territorio che, per sopravvivere a quello che nei fatti si presenta come un grande processo di concentrazione capitalistica, sono costrette ad adeguare la propria prassi ad una impronta custodialistica. Questa riflessione costituisce il necessario contraltare agli atteggiamenti trionfalistici con cui una parte di ceto politico 'socialdemocratico', che si autodefinisce erede dell'ortodossia basagliana, saluta oggi la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Più che corrispondere ad un 'progresso democratico', come ci si affrettava ad affermare in certi contesti, questa dinamica appare più un processo di 'deistituzionalizzazione all'americana', destinato a creare altri circuiti di sottoprodotto psichiatrico-assistenziali e aprire una nuova fetta di mercato per gli *investors* del terzo settore. È inoltre della massima importanza riportare quello

Un'osservazione etnografica

che ha segnalato Alvisè Sbraccia in un recente intervento presso l'Ex Deposito Carcerario Autogestito di Modena: la riduzione relativa del peso delle politiche di internamento penale va compresa mettendola in relazione con il cambiamento della legislazione sul lavoro: un sistema di gestione della forza lavoro che espelle garanzie e manodopera e rende 'privilegi' i diritti tendenzialmente non abbisogna di sistemi carcerari sovraccarichi (che inoltre sono troppo onerosi dal punto di vista delle finanze pubbliche). In qualche modo, la recente politica di decongestionamento delle istituzioni penali può essere letta come conseguenza del fatto che una forma di penalità, controllo, dominio più aspra ha ormai innervato le politiche del lavoro nel loro complesso.

Corrispondence should be addressed to:

e-mail: luca.negrognolo@gmail.com

