

*Tindaro Bellinvia (Università degli Studi di Messina)*

# COMUNITÀ TERAPEUTICHE O PICCOLE ISTITUZIONI TOTALI? LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E LE SUE CONTRADDIZIONI

1. Oggetto e metodologia della ricerca. – 2. Stesso luogo e stessa autorità. – 3. Stesso trattamento e obbligo di fare le medesime cose. – 4. Le regole da rispettare e gli inserenti-sorveglianti. – 5. Le attività pianificate e lo scopo ufficiale dell’istituzione. – 6. Conclusioni.

## **1. Oggetto e metodologia della ricerca**

In questo articolo propongo, utilizzando una lettura critica, un’esperienza di osservazione partecipante in due comunità di riabilitazione psichiatrica ubicate in villaggi periferici della città di Messina. Erving Goffman con il suo ormai classico lavoro sociologico *Asylums* – scritto a seguito di un’osservazione partecipante coperta in un ospedale psichiatrico statunitense – e Michel Foucault, con i suoi studi fondamentali sulla follia e il potere psichiatrico, saranno i riferimenti fondamentali per cercare di cogliere le sfumature di un mondo sociale refrattario a farsi disvelare e interpretare. La trama di questo lavoro si svilupperà attorno a un tema tipicamente foucaltiano: l’esercizio del potere disciplinare; ovvero «un potere discreto, ripartito. (...) Un potere che funziona solo attraverso un reticolo di relazioni, e che diventa visibile solo mediante la docilità e la sottomissione di coloro sui quali, in silenzio, esso si esercita» (M. Foucault, 2010, 32). In questo breve saggio si cercherà, inoltre, di mostrare le piccole-grandi resistenze quotidianamente esercitate all’interno di queste strutture residenziali post-manicomiali per proteggere il sé, per affermare la propria singolarità e la propria percezione di libertà<sup>1</sup>. Come scrive Harrington (2003) per l’approccio etnografico diventa particolarmente utile la *self-presentation theory*, la quale pone alla base dell’analisi sociologica la capacità di acquisire, tramite la presenza sul campo, l’autorappresentazione degli individui e dei gruppi. Secondo questa prospettiva, capire come gli individui e i gruppi costruiscono e usano le loro risorse strategiche è la finalità più importante di un’etnografia.

<sup>1</sup> Nella prefazione ad *Asylums* scrive Dal Lago (2003, 17) sul lavoro di Goffman: «Il mondo delle istituzioni totali viene anche descritto dalla capacità degli internati o dei pazienti (e in generale dei “clienti” delle organizzazioni che pretendono di disciplinare la vita) di “resistere” alle mortificazioni e alle pratiche di spoliazione che vi sono abituali. Così, ritagliarsi degli spazi personali, escogitare canali di comunicazione alternativi a quelli ufficiali, creare delle reti di solidarietà, in breve mantenere in vita un altro tipo di socialità, è la risposta paziente, anche se sommersa, che gli internati danno alle pretese totalitarie dell’istituzione».

Questa ricerca si concentra in particolar modo su un periodo di lavoro (gennaio-luglio 2013)<sup>2</sup> come operatore sociale in una «comunità di riabilitazione psichiatrica» (una tipologia di struttura comunemente denominata semplicemente «comunità alloggio»<sup>3</sup>) e sui successivi due mesi di lavoro in una Struttura abilitativa riabilitativa (STAR). Nel primo caso si tratta di strutture di tipo socio-sanitario, le cui rette sono di norma pagate dai Comuni di residenza degli ospiti oppure dagli utenti stessi tramite familiari, tutori o amministratori di sostegno<sup>4</sup>. Nel secondo caso si tratta di strutture sanitarie direttamente sovvenzionate dall’Azienda sanitaria provinciale e soggette al vincolo limitativo di tre posti letto ogni diecimila abitanti, come previsto dalla Regione Sicilia (2012). Messina e la sua Provincia, dopo l’apertura nel maggio 2013 di una nuova Comunità terapeutica assistita (CTA) a gestione privata, che si aggiunge alle tre CTA già attive e a una Residenza sanitaria assistita (RSA) psichiatrica, contano attualmente cinque strutture per un totale di cento posti letto, a cui si aggiungono altri ottantaquattro posti letto delle quattordici STAR. Mentre le CTA e la RSA, come nel resto della Sicilia, hanno venti posti letto, le STAR costituiscono la peculiarità del Messinese con sei posti letto per struttura. Le STAR sono nate a fine anni Novanta come reazione allo scandalo scoppiato a seguito di una visita ispettiva di un deputato (con al seguito una troupe televisiva) che documentò uno stato di degrado e di non adeguata assistenza all’interno della CTA con quaranta posti letto, istituita a seguito della chiusura dell’Ospedale psichiatrico “Mandalari” di Messina. Il motivo dell’inadeguatezza dell’assistenza all’interno della struttura non era ricollegabile alla carenza del personale, il cui numero eguagliava quello degli assistiti, ma fu individuato nella concentrazione in un’unica residenza di un eccessivo numero di pazienti con patologie molto gravi, non solo psichiche ma anche fisiche. L’allora direttore generale dell’Azienda sanitaria locale – per

<sup>2</sup> Nel momento in cui sono impegnato nella revisione dell’articolo (marzo-aprile 2015) mi ritrovo di nuovo a lavorare nella comunità alloggio dove avevo prestato servizio nel 2013. Anche se nell’articolo continuo a fare riferimento principalmente al periodo precedente, nel revisionarlo evidentemente non posso non tenere conto della nuova esperienza di osservazione partecipante ancora in corso. Per la revisione di alcuni punti ho potuto utilizzare anche i contenuti di un colloquio informale avuto l’11 aprile del 2015, in occasione di un convegno presso l’OPG di Barcellona P. G., con il direttore del Dipartimento di salute mentale di Messina.

<sup>3</sup> La questione della nominazione delle istituzioni psichiatriche ha storicamente rappresentato un motivo di grandi dibattiti e scontri, per i significati e la valenza politico-scientifica di cui le denominazioni potevano essere portatrici. Un esempio è la denominazione di manicomio criminale che fu molto criticata nel II Congresso degli alienisti italiani a Reggio Emilia del 1877 da Gaspare Virgilio che propose di chiamarli “Asili di sicurezza e salute” (P. Martucci, R. Corsa, 2006, 79-80).

<sup>4</sup> Una proposta di inserimento in comunità alloggio, completa di progetto terapeutico, può essere avanzata (anche se succede raramente) da uno psichiatra che segue privatamente l’utente. Dal momento, però, che il paziente è regolarmente inserito in struttura il DSM dovrà farsene carico indicando uno psichiatra di riferimento.

rispondere immediatamente al clamore dello scandalo – decise, di concerto con il Dipartimento di salute mentale (DSM), di collocare questi soggetti particolarmente gravi e fortemente istituzionalizzati in piccole villette dislocate in seno alla Provincia, affidandosi per la gestione assistenziale delle strutture alle cooperative sociali nel frattempo nate sul territorio e già impegnate nella gestione di comunità alloggio. Altrove, soprattutto nel contesto catanese, si consolidò il modello delle grandi CTA a quaranta posti e a gestione totalmente privata. Negli ultimi anni i piani regionali della salute hanno imposto la riduzione a venti posti letto di tutte le vecchie strutture da quaranta posti, che, per adempiere formalmente a tale prescrizione, sono state spesso suddivise in due parti uguali. Nel 2014 a Messina un forte conflitto è sorto tra il direttore dell'ASP e i vertici del DSM per la volontà del primo di smantellare le piccole STAR a favore di CTA a gestione privata, come proposto insistentemente da società private catanesi, con la motivazione di una riduzione dei costi. Il dirigente del DSM, sulla base della constatazione di un pressoché uguale costo per paziente nelle due tipologie di strutture, ha respinto le pressioni lobbistiche volte all'eliminazione delle STAR da parte delle società interessate al business delle CTA.

Come per altre ricerche recenti (A. Sbraccia, 2011), l'immersione in questa realtà sociale è nata innanzitutto come un'opportunità di lavoro e successivamente si è trasformata anche in un'interessante occasione di ricerca socio-etnografica. Tuttavia il tipo di approccio al campo è stato, per esempio, molto più simile a quello di Perrotta (2011) tra gli edili rumeni a Bologna, poiché nonostante dirigenti, operatori e pazienti conoscessero le mie attività in ambito universitario non ho mai espresso l'intenzione di svolgere una ricerca sulla comunità. Decidere se svolgere un'indagine sociale scoperta oppure sotto copertura è una decisione non facile. In questo caso ho pensato che l'agire senza scoprire le proprie intenzioni avrebbe garantito migliori risultati, poiché i comportamenti e i discorsi dei soggetti coinvolti si sarebbero sviluppati senza artifici aggiuntivi rispetto a quelli già presenti nella messa in scena quotidiana<sup>5</sup>. D'altronde anche la scelta di Goffman di rimanere per diverso tempo all'ospedale St. Elizabeths del National Institute of Mental Health a Bethesda, in incognito – ufficialmente nei ruoli di inseriente di reparto e portiere –, si può leggere in tal senso (G. Stramiero, 2004, 26). E, analogamente, nel suo intervento del 1974 a un seminario della Pa-

<sup>5</sup> Anche il lavoro sul campo riserva sempre sorprese come scrive Marzano (2006, 75): «Studiate di nascosto, le persone dovrebbero comportarsi in modo più spontaneo e genuino rispetto a quando costituiscono un chiaro oggetto di studio. Ma, come avviene tanto spesso nelle ricerche etnografiche, quello che succede sul campo supera l'immaginazione dei ricercatori e talvolta il metodo pensato come il più neutrale e discreto può rivelarsi il più invadente».

cific Sociological Association in merito al lavoro sul campo dell’etnografo, Goffman prese in considerazione per la sua discussione solo l’osservazione partecipante coperta. A suo dire la presenza sul campo di un sociologo è molto simile a quella di un poliziotto, sono ambedue «spioni», ma a essere profondamente diverse sono le finalità dell’investigazione. L’osservazione partecipante per Goffman (2006, 109): «È una tecnica che (...) prevede la raccolta dati sottoponendo se stessi, il proprio corpo, la propria personalità e la propria situazione sociale, all’insieme delle contingenze che insistono su un insieme di individui, così che si può fisicamente ed ecologicamente penetrare il loro spettro di risposta alla loro situazione sociale, lavorativa, etnica, e quant’altro – o in altri termini, così da esser loro vicini mentre rispondono a quello che la vita fa loro».

Oggetto di questa ricerca sono quindi i rapporti di potere e le dinamiche conflittuali tra degenti e psichiatra, tra degenti e operatori, tra gli stessi degenti e tra gli stessi operatori. Gettare uno sguardo sociologico su questo mondo mi sembra opportuno a tanti anni di distanza dalla cosiddetta “legge Basaglia”, anche per capire cosa sia sopravvissuto dell’istituzione manicomiale. Lo stesso Franco Basaglia, ancor prima dell’approvazione della tanto agognata legge 13 maggio 1978, n. 180, denunciava il rischio di chiudere un’istituzione per poi recuperare le sue pratiche o creare un rapporto di suditanza-dipendenza tra medico e paziente psichiatrico. Basaglia temeva che l’apertura delle porte dei manicomi italiani divenisse nelle conseguenze molto simile a quella scena tante volte evocata da Foucault, forse più mitologica che reale<sup>6</sup>, in cui Pinel liberava dalle catene che li legavano alle pareti i matti di Bicêtre per poi soggettivizzarli attraverso un potere disciplinare lontano dalla coercizione fisica, ma ancora più manipolativo e penetrante nei suoi effetti neutralizzanti (G. Campesi, 2011, 64). Già nell’agosto del 1964 – nella sua relazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale svoltosi a Londra – Basaglia (2005, 24-5) sottolineava:

<sup>6</sup> Ecco cosa Foucault (2010, 29) sottolinea in apertura della lezione al Collège de France del 14 novembre 1973: «Voi tutti conoscete di certo molto bene quella che viene comunemente considerata come la grande scena fondatrice della psichiatria moderna – e dunque della psichiatria in quanto tale – che viene inaugurata all’inizio del XIX secolo. Si tratta della celebre scena di Pinel che a Bicêtre, in quello che non era ancora propriamente un manicomio, libera i pazzi furiosi dalle catene che li tenevano imprigionati alla parete delle loro celle; e questi pazzi furiosi, così definiti per via del timore che, lasciati liberi, potessero dare sfogo alla loro rabbia distruttiva, non appena scolti dai lacci che li tenevano prigionieri, esprimono la loro riconoscenza a Pinel, incamminandosi così, proprio grazie a tale liberazione, sulla via della guarigione. È questa dunque quella che viene considerata come la scena iniziale, fondatrice, della psichiatria». Ancora all’inizio del Novecento in Italia sono emerse situazioni come quelle di San Servolo a Venezia dove i «malati tenuti colle catene e con ceppi e balze di ferro alle mani e ai piedi, sulle nude carni contuse, intormentite e sanguinose, per settimane, per mesi, per anni, senza alcuna vigilanza medica» (V. Babini, 2009, 12).

Lo scioglimento delle contenzioni fisiche ha attualmente liberato il malato dal suo stato di soggezione alla “forza” cui, comunque, riusciva deliberatamente e personalmente a ribellarsi – come contro un’azione arbitraria e profondamente mortificante – attraverso i suoi “eccessi”. La libertà donatagli dal medico e dal nuovo clima ospedaliero può produrre ora in lui uno stato di soggezione ancora più alienante, perché frammisto a sentimenti di dedizione e di riconoscenza che lo legano al medico in un rapporto ancora più stretto, più infrangibile, più profondamente mortificante e distruttivo di qualsiasi contenzione fisica: un rapporto di assoluta soggezione e dedizione al “buono” che si dedica a lui, che si china – dalla sua altezza – ad ascoltarlo e non dice mai di no. Ciò non potrà che accelerare il processo regressivo che lo spingerà gradualmente in un morbido indolore annientamento totale che chiamerei una sorta di istituzionalizzazione molle.

In tal senso Giannichedda evidenzia come Basaglia, interpretando il manicomio come «abitazione forzata» e «luogo di perpetua istituzionalizzazione», ci consenta «oggi di riconoscere la natura di molte istituzioni nate, soprattutto nei paesi occidentali, dal processo di contrazione degli ospedali psichiatrici, che si è spesso convertito in una colossale re-istituzionalizzazione in contenitori più piccoli, a gestione privata e di stampo più assistenziale che sanitario, abitazione forzata e spesso definitiva per categorie diverse di persone, tra cui i malati di mente, che sono fuori o ai margini del mondo produttivo e del contratto sociale» (M. G. Giannichedda, 2005, XII-XIII). Un avanzare del processo di reistituzionalizzazione, con un parallelo incremento del settore privato, denunciato in molti paesi europei a partire dal Regno Unito (S. Priebe, T. Turner, 2003).

Ma è così? Si può parlare di una «colossale re-istituzionalizzazione in contenitori più piccoli»? Chiusa la grande istituzione totale, sono sorte tante piccole istituzioni totali? Goffman scriveva in *Asylums* (2003, 42): «L’istituzione totale è un ibrido sociale, in parte comunità residenziale, in parte organizzazione formale; qui sta appunto il suo particolare interesse sociologico». E più avanti aggiungeva: «Nella nostra società esse sono luoghi in cui si forzano alcune persone a diventare diverse: si tratta di un esperimento naturale su ciò che può essere fatto del sé». Detto in termini foucaultiani, si tratta di luoghi di disciplinamento e di soggettivizzazione. Luoghi come un carcere, un manicomio, sono appunto luoghi in cui l’obiettivo di fondo è «soggettivizzare»: trasformare un soggetto disobbediente, recalcitrante alle regole, che non accetta la realtà socialmente costruita e riconosciuta dai più attorno a lui. Si tratta, dunque, di soggetti in alcuni casi inutili e in altri casi addirittura pericolosi per la società e per questo assolutamente da «ricostituire».

Le caratteristiche delle istituzioni totali indicate da Goffman sono quattro: 1. i vari aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa

autorità; 2. le attività giornaliere si dipanano a contatto con un gran numero di persone, con lo stesso trattamento e l’obbligo di fare le stesse cose; 3. un insieme di regole esplicite vengono fatte rispettare da un corpo di addetti; 4. tutte le attività si svolgono secondo un piano razionale appositamente ideato per adempiere allo scopo ufficiale dell’istituzione. Queste caratteristiche effettivamente non sembrano inconciliabili con le attuali strutture post-manicomiali. Il problema è allora comprendere quanto le attuali comunità terapeutiche si allontanino o si avvicinino alle caratteristiche delle istituzioni totali individuate da Goffman.

## **2. Stesso luogo e stessa autorità**

«Tutti gli aspetti della vita si svolgono nello stesso luogo e sotto la stessa, unica autorità» (E. Goffman, 1961-2001, 35). La prima caratteristica delle istituzioni totali per grandi linee si adatta perfettamente alle piccole comunità post-manicomio, poiché esse si caratterizzano per una vita condotta appunto nello stesso luogo e sotto un’unica autorità. Spesso in queste comunità si svolgono (come succedeva negli ospedali psichiatrici) gran parte delle attività lavorative, formative o ricreative, in genere esse stesse considerate il cuore dell’attività terapeutica e riabilitativa. Succede naturalmente che alcuni utenti vengano inseriti in corsi esterni o in piccole attività lavorative o *stage*, ma il numero di giorni impegnato in attività esterne è sempre abbastanza limitato anche nel migliore dei casi.

Naturalmente tra le due tipologie di strutture studiate ci sono differenze da mettere già in conto. Nelle STAR, dove la permanenza è equiparata a tutti gli effetti ad un ricovero ospedaliero, i colloqui e le riunioni con lo psichiatra-direttore e il tecnico della riabilitazione si svolgono all’interno delle stesse residenze; solo di tanto in tanto i degeniti vengono accompagnati negli ambulatori di salute mentale territoriali per monitorare, anche all’esterno della struttura, il loro comportamento. In queste strutture ancora lo psichiatra-direttore è un’autorità importante e riconosciuta, anche se la gestione dell’ordinario da parte della cooperativa sociale tende a ridurre e contenere il suo ruolo. I pazienti, avendo tutti un unico psichiatra di riferimento, tendono a parlare spesso di lui ed egli, essendo anche il direttore della struttura, viene chiamato in soccorso telefonico ogni qual volta emerge un problema di qualche tipo direttamente riferibile ad un degenite. Le telefonate possono riguardare questioni inerenti le uscite dei degeniti o aspetti di salute degli stessi. Nei due mesi che ho prestato servizio presso la struttura STAR, lo psichiatra veniva per lo più contattato telefonicamente per due persone: una ragazza giovane, che chiameremo convenzionalmente Linda, che chiedeva spesso di andare a casa il fine settimana o in occasioni particolari e un altro degenite, meno gio-

vane, Giovanni – altro nome di fantasia –, che non amava andare dai parenti ma gradiva uscire con qualche amico<sup>7</sup>. Erano gli stessi che si lamentavano spesso della vita all'interno della struttura, ritenuta noiosa e scarsamente stimolante. Gli stessi che chiedevano stabilmente di abbandonare la struttura: Linda, nella speranza di essere riaccolta a casa dai genitori<sup>8</sup>, Giovanni – privo ormai dei genitori e rifiutato dalla sorella sposata e lontana da Messina – sempre in cerca di soluzioni alternative mai minimamente definite. Gli stessi si intrattenevano a lungo durante l'appuntamento settimanale con il medico, chiedendo per lo più un'immediata libertà. Il medico li ascoltava, li interrogava e li invitava ad avere ancora pazienza, spiegando loro come non avessero fatto progressi sufficienti per passare ad una fase successiva di dimissioni e reinserimento.

Tornando alle struttura osservata, la sua collocazione extra-urbana certamente non favorisce la libertà di movimento dei degenti: in genere, avendo a disposizione un pulmino almeno una volta a settimana, gli stessi vengono accompagnati dagli operatori a prendere un gelato o altro in centro città; qualcuno di loro esce più spesso, o perché accompagnato da qualche amico o perché assume l'iniziativa di recarsi a piedi fino alla piazza della frazione collinare, al cui margine la STAR è ubicata.

Nell'altra struttura, ovvero la comunità alloggio, non c'è lo psichiatra-direttore che segue tutti gli «ospiti», ma c'è comunque uno psichiatra referente del DSM territorialmente competente della comunità che periodicamente si riunisce con lo staff della struttura. In questa occasione, di solito, lo psichiatra dovrebbe discutere con gli operatori dei progressi o regressi di tutti i pazienti senza alcuna distinzione. Nei fatti, avendone in carico una parte, la sua attenzione si concentra su questi e tende a trascurare gli altri<sup>9</sup>. Nei sette mesi di osservazione del 2013 la presenza di psichiatri in struttura era davvero rada. Alcuni aspetti del rapporto medico-paziente – osservabili solo raramente nella STAR – qui si mostravano in tutta la loro rilevanza: si veniva

<sup>7</sup> Queste uscite erano motivo di frizione con lo psichiatra che chiedeva di essere preventivamente avvisato e poteva approvare o disapprovare l'uscita del degente. La questione dirimente era la maggiore o minore fiducia verso il soggetto disposto ad accompagnarla per un giro in centro città. Infatti, se l'amico non godeva di buona reputazione era scartato dall'elenco dei possibili accompagnatori.

<sup>8</sup> La ragazza in questione, per la storia personale di cui si fa portatrice, mi sembra rappresenti un'attualizzazione di quella categoria di giovani “indisciplinati” per la cui correzione sono nate le prime esperienze carcerarie moderne in Italia già sul finire del Seicento (D. Melossi, M. Pavarini, 1977, 102).

<sup>9</sup> In altri casi i DSM per evitare questo rischio distinguono nettamente le due figure di psichiatra. Gli “ospiti” vengono affidati a diversi psichiatri e allo psichiatra referente di tutta la struttura non viene assegnano alcun paziente in modo che possa prendersi in carico la comunità nel suo insieme.

a creare, infatti, una sorta di rapporto a tre, che fa venire in mente questo passo di *Asylums*: «Benché un certo grado di comunicazione fra i ricoverati e lo staff che li sorveglia sia necessario, una delle funzioni del sorvegliante è il controllo del rapporto tra i ricoverati e lo staff più qualificato» (E. Goffman, 1961-2001, 38). Infatti, il paziente, soprattutto se fortemente istituzionalizzato e dunque recalcitrante a recarsi fuori dalla struttura, tende a demandare a un responsabile o a un membro dello staff particolarmente presente nelle attività quotidiane i rapporti con lo psichiatra. Nasce così una figura particolare: una sorta di mediatore psichiatrico tra il paziente e il medico. Il «mediatore» riferisce allo psichiatra curante ciò che il paziente manda a dire, ma soprattutto fonda la propria attività su quanto riferito dai vari operatori che, a ogni cambio turno, lasciano – particolarmente nei casi più delicati – tracce scritte del comportamento del degente in un diario di bordo<sup>10</sup>.

Questa situazione può portare a un rapporto medico-paziente molto complesso: appare in tale senso esemplificativo di dinamiche interazionali ricorrenti il caso di Anna, in cui ho potuto notare che la degente, molto riluttante all'assunzione della terapia prescritta dallo psichiatra, con scuse fornite all'ultimo momento finiva per non recarsi agli appuntamenti con il terapeuta. Il mancato incontro – da leggersi sia come una forma di resistenza non violenta alla terapia, vissuta come un'imposizione, sia come una forma di protesta avverso l'inserimento in comunità, percepito dalla medesima come un vero e proprio internamento contrario alla sua volontà, secondo un'interpretazione condivisa dallo stesso psichiatra – finiva per indebolire l'autorità di quest'ultimo (che, come spiega Foucault, è fondamentale in questa relazione) e metteva in difficoltà lo staff che, da parte propria, confidava nella capacità persuasiva del medico affinché la degente accettasse di assumere regolarmente la terapia.

Anna, dopo aver ottenuto in modo indiretto – grazie al mancato incontro con il terapeuta e all'intermediazione degli operatori – una riduzione del dosaggio farmacologico, continuava la sua incruenta battaglia con l'operatore di turno, cercando di piegarlo alla sua volontà per sfinimento, in modo da ottenere una posticipazione dell'orario di somministrazione dei farmaci, che nella comunità alloggio corrisponde più o meno all'inizio dei tre turni degli operatori: quello della mattina con inizio alle 8.00, quello del pomeriggio con inizio alle 14.00 e il turno di notte con inizio alle 20.00. La donna tentava di ottenere il suo scopo con motivazioni molto disparate, frequentemente da me riscontrate anche per altri pazienti: questioni di salute collaterali all'as-

<sup>10</sup> In queste brevi note si fa di solito riferimento all'umore del paziente, alla sua ritrosia o disponibilità a prendere la terapia, alla sua disponibilità o svogliatezza nelle attività domestiche, ai suoi rapporti con gli altri degenti o con l'operatore di turno.

sunzione come mal di stomaco e rischio di vomito, stipsi, gonfiore alle gambe o mal di testa; altre volte la stessa, al contrario, lamentava – a supporto dei malanni riferiti – la mancata somministrazione di farmaci da parte dell'operatore di turno.

Tornando alla pluralità dei degenti, ho riscontrato nei loro discorsi la centralità delle doglianze con gli operatori riguardo la terapia prescritta dal medico, oltre a quelle per il cibo (per tutti), le sigarette e il caffè (per chi fuma e/o consuma tale bevanda): alcuni ne parlano solo nell'immediatezza dell'assunzione, altri ne fanno un argomento centrale delle loro discussioni.

La terapia ha infatti per i pazienti un ruolo centrale, non solo in quanto caratterizza i tre momenti importanti della loro giornata (colazione, pranzo e cena), ma soprattutto perché tende ad entrare prepotentemente nella loro vita e, quindi, il parlarne con lo staff rientra nella loro strategia più generale, volta a influenzare indirettamente le scelte dello psichiatra, come descritto nel caso di Anna. Di solito ne deplorano l'effetto di stordimento e, perciò, la lentezza nei movimenti e, soprattutto, lo stato di sonnolenza perenne; altre volte ne lamentano l'inadeguatezza nella regolazione del ritmo sonno-veglia. Nella loro percezione lo psichiatra tende a leggere come prevenzione negativa, oppure esagerato attaccamento verso i farmaci, ogni loro protesta o lamentela circa gli effetti collaterali o l'inefficacia di questi, per cui se la segnalazione degli effetti indesiderati o inidoneità arriva dallo staff, è possibile che l'auspicato cambiamento della terapia avvenga in tempi accettabili e non venga rinviato *sine die*.

### **3. Medesimo trattamento e obbligo di fare le medesime cose**

«Ogni fase delle attività giornaliere si svolge a stretto contatto di un enorme gruppo di persone, trattate allo stesso modo e tutte obbligate a fare le medesime cose» (E. Goffman, 1961-2001, 35-6). Nelle piccole comunità osservate sicuramente non si può parlare di un «enorme gruppo di persone» governato per mezzo di un'organizzazione burocratica. Come precedentemente narrato, a Messina, dopo la chiusura del manicomio civile, l'Azienda sanitaria ha dovuto «superare» in poco tempo la CTA da quaranta posti letto, nata ristrutturando una parte dell'ex ospedale psichiatrico. Le cooperative sociali – che già per favorire la disseminazione sul territorio dei pazienti avevano creato delle comunità alloggio da una decina di posti letto – furono chiamate ad essere parte attiva nella costituzione delle STAR e nella loro gestione. Se da una parte, però, i piccoli numeri puntavano a creare delle piccole realtà di tipo familiare, in cui i degenti dimessi dal manicomio potevano sperimentare delle interazioni quotidiane scevre

dagli impersonali e uniformanti rapporti vigenti nella grande struttura asilare, sin dall'inizio ha pesato negativamente la loro ubicazione lontana dal centro urbano.

La STAR dove ho prestato servizio nell'estate del 2013 è una piccola villetta ai margini del principale nucleo abitativo di un villaggio collinare già molto periferico rispetto al centro cittadino di Messina. È ubicata all'ombra di una pineta e in una zona dove, d'inverno, si vive spesso avvolti dalla nebbia e i temporali appaiono particolarmente violenti. Essendo un luogo immerso nel verde, lontano dai rumori e dalla vitalità della città, ricorda i contesti ricercati per edificare i primi manicomì di fine Settecento negli Stati Uniti (M. Foucault, 2006, 403) e appare, dunque, come il rovescio dei discorsi sociologici sulla città, considerata fonte di *intensificazione della vita nervosa*, prodotta «dal rapido ed ininterrotto avvicendarsi di impressioni esteriori ed interiori» (G. Simmel, 1996, 36). La comunità alloggio è invece ubicata in una frazione collinare meno distante dal centro cittadino e con qualche collegamento di mezzi pubblici in più. Si tratta, in questo caso, di una casa rurale vera e propria, sempre un po' isolata rispetto alle altre abitazioni, con un ex frantoio al suo interno e un'ampia campagna intorno, coltivata a frutteto e qualche volta, in base agli operatori e ospiti presenti, adibita anche a orto. Nel 2013 l'ambientazione rurale era completata dalla presenza di galline e caprette, della cui cura dovevano occuparsi alcuni degenti. Inoltre, ampi spazi esterni, con tanto di forno a legna, sono utilizzati per organizzare banchetti all'aperto. La possibilità di realizzare feste e occasioni ludiche appare sicuramente in linea con alcuni elementi programmatici della deistituzionalizzazione italiana:

Il problema non è la guarigione (la vita produttiva) ma la produzione di vita, di senso, di socialità, l'utilizzo delle forme di dissipazione. E per questo la festa, la comunità diffusa, la riconversione continua delle risorse istituzionali, e perciò solidarietà, affettività diverranno momenti e obiettivi centrali nell'economia terapeutica (che è economia politica) che sta inevitabilmente nel collegamento tra materialità dello spazio istituzionale e potenzialità delle risorse soggettive (O. De Leonardis, F. Rotelli, 1986, 7).

Se le villette, con il loro giardino e in generale i luoghi all'aperto dove svolgere attività ricreative e lavorative, possono essere funzionali alla riabilitazione, la loro perifericità mette però a rischio il concetto di «comunità diffusa». Soprattutto la STAR in questione, essendo fortemente isolata dal contesto sociale circostante, appare praticare un ordine di interazione (H. Blumer, 1969-2008) più definibile come *comunità chiusa*. Secondo l'attuale dirigente del

DSM, la collocazione molto periferica di STAR e di comunità alloggio nell'immediato post-chiusura del manicomio si è verificata per l'urgenza di trovare velocemente strutture adatte a prezzi contenuti. Avendo scelto la tipologia residenziale della villetta, non era facile trovare a prezzi accessibili in pieno centro strutture di questo tipo.

Rimane il dubbio, però, che, in una fase ancora ricca di timori di carattere sicuritario presenti nell'opinione pubblica per la chiusura dei manicomi, la scelta sia stata anche dettata dall'esigenza di *rassicurare e proteggere* (J. Deleumeau, 1989-92) le persone «normali». Queste villette sulle colline o nelle campagne, lontane dai centri abitati, sono state e sono una forma di rassicurazione sociale per i *sani*, affinché non si sentano a rischio per una eccessiva vicinanza dei *malati*. Questa allocazione dei malati mentali può apparire come una tipologia emblematica di quelle «eterotopie del controllo» di cui si nutrono i servizi di salute mentale e le comunità residenziali nel Regno Unito, secondo McGrath e Reavey (2013). Queste autrici ritengono che le relazioni e i dispositivi usati dai servizi di salute mentale siano caratterizzati da una costante intensificazione delle pratiche di controllo, di sorveglianza e di monitoraggio; inoltre, si rivela sempre più come un *continuum* l'inter-relazione tra spazio e soggettivazione.

Negli ultimi anni bisogna riconoscere che le nuove strutture nate nella provincia di Messina, anche su input della pianificazione dei governi regionali succedutisi, sono state realizzate da cooperative sociali in luoghi più centrali delle città – senza per questo creare particolare allarme sociale – offrendo agli «ospiti» la possibilità di spostarsi liberamente anche individualmente e, quindi, di non dover «fare le stesse cose». Infatti, per coloro che non hanno altre chance, l'isolamento dal contesto urbano comporta spesso la limitazione delle proprie uscite a quelle di gruppo, insieme agli altri ospiti. Queste passeggiate di gruppo non sono sempre graditissime perché appaiono ad alcuni degenti occasioni di facili etichettamenti da parte dei «normali». Andare in un bar in gruppo insieme a tutti gli altri ospiti e agli operatori può avere anche un retrogusto amaro, se lo sguardo altrui si fa insistente o addirittura preoccupato. Ma simili interazioni problematiche possono sorgere anche quando si va da soli, o con un amico o un familiare, in un luogo pubblico per vivere la città nel modo in cui la vivono tutti gli altri. Per abituare i pazienti alle normali interazioni quotidiane, da cui spesso il disagio psichico li allontana, bisogna dunque poter usufruire di ambedue le possibilità: le uscite in gruppo e le uscite autonome. Lo scopo di fondo è portare allo scoperto la follia «rendendola al tempo stesso sopportabile, al malato stesso, al suo ambiente sociale e alla società nel suo insieme» (O. De Leonardis, T. Emmenegger, 2005, 6).

#### **4. Le regole da rispettare e gli inservienti-sorveglianti**

«Le diverse fasi delle attività giornaliere – scrive Goffman – sono rigorosamente schedate secondo un ritmo prestabilito che le porta dall’una all’altra, dato che il complesso di attività è disposto dall’alto». Soprattutto dove c’è un controllo diretto e costante da parte dello psichiatra-direttore (vedi le STAR) e il numero dei pazienti è molto contenuto, non emerge neanche l’esigenza di una vera e propria organizzazione burocratica e di un sistema di raccolta dei dati, poiché i flussi di informazione circolano in modo diretto dai pazienti e dagli operatori al responsabile medico. Vige uno schema di interazioni più simile a quello di una famiglia che a quello di una struttura burocratizzata. Nella comunità alloggio – dove un’assistente sociale responsabile della struttura (o una figura sostitutiva) deve preparare delle relazioni mensili sugli ospiti per il DSM e rendere conto all’ente pubblico erogatore della retta del singolo utente – si usano delle forme di schedatura delle attività interne svolte dagli «ospiti». Queste forme di schedatura della vita interna della comunità – associate ai turni rigidi previsti in certi periodi per lo svolgimento delle attività lavorative interne, legate alla cura della casa, alla preparazione e somministrazione dei pasti – potrebbero creare una forma di controllo stringente sugli utenti della struttura. Il condizionale, però, è d’obbligo, perché potenzialmente anch’essa è più «casa famiglia» che istituzione totale; ma tutto dipende in realtà dalle interazioni che si instaurano all’interno della struttura. Grande influenza hanno in tal senso i rapporti di forza: le dinamiche presenti nella comunità alloggio con un solo operatore per turno per nove o anche dieci «ospiti», e le dinamiche vigenti nella STAR, con due operatori per turno (o addirittura tre in alcuni periodi, su richiesta dello psichiatra) per soli sei ospiti, sono radicalmente diverse. Inoltre, le interazioni staff-degenti dipendono anche dalla maniera di porsi dell’operatore rispetto al paziente, secondo modalità che possono spaziare dalla rigidità più netta alla più larga elasticità.

L’osservazione svolta sul campo mi ha dato la possibilità di registrare un sistema di premi e punizioni in cui, spesso, ad essere posta in gioco con varie declinazioni è la libertà: dalla possibilità di uscire un po’ di ore dalla struttura (o per qualche giorno, in visita ai familiari) a quella di potersi comprare un oggetto desiderato, da quella di poter mangiare un determinato cibo a quella di poter fumare un certo numero di sigarette. A ciò si accompagna la tendenza a concedere dei privilegi a coloro che appaiono più ligi alle regole e, soprattutto, sottomessi e collaborativi con lo staff.

Durante il periodo di osservazione partecipante ho maturato l’impressione dell’esistenza di uno «studio» reciproco tra operatori e degenti. Questi ultimi conquistano giorno per giorno i loro momenti di libertà e praticano

piccole attività fuori dalle regole ufficiali – che Goffman inquadra come *adattamenti secondari* (E. Goffman, 2003, 212-3) – grazie a un gioco di interazione sottile e costruito su misura, in base ad un accurato studio delle peculiarità caratteriali dell’operatore di turno.

Operatore è il termine con cui i membri dello staff si autodefiniscono e vengono riconosciuti all'esterno. A mio parere, per tali lavoratori questa definizione finisce col svolgere una funzione di protezione del Sé. Infatti, se non fosse anche un fatto di «faccia» in senso goffmaniano – se, cioè, non emergesse l'esigenza di sentire riconosciuta la propria professionalità dentro e fuori il luogo di lavoro – gli stessi lavoratori dovrebbero autodefinirsi inservienti-sorveglianti, nonostante il fatto che in strutture come quella a cui faccio principalmente riferimento essi svolgono anche attività tipiche degli infermieri e degli educatori. I rischi connessi a questo ruolo – frutto dell'evoluzione dell'attività di volontariato che per alcuni anni ha caratterizzato questo mondo – sono stati già ben inquadrati da Di Vittorio (1998, 105) in un numero monografico di “Aut-Aut” sulla riforma psichiatrica: «come resta aperta la possibilità che le strutture intermedie si trasformino in asili di nuova cronicità, c'è il rischio che gli operatori diventino delle figure ambigue, sfocate, in cui possono attecchire la delega dello Stato, e l'ingerenza direttiva della sanità pubblica, in cerca di risorse di cui non può più disporre direttamente».

## 5. Le attività pianificate e lo scopo ufficiale dell'istituzione

Goffman ha scritto: «Per ultimo, le varie attività forzate sono organizzate secondo un unico piano razionale, appositamente designato al fine di adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione». Evidentemente anche nelle attuali comunità terapeutiche, sorte dalle ceneri degli ospedali psichiatrici, esistono delle attività pianificate ed esiste uno scopo ufficiale dell'istituzione. Se lo scopo ufficiale è la riabilitazione psichiatrica dei degeniti, di conseguenza le attività pianificate sono quelle considerate utili, se non indispensabili, a questo processo terapeutico. Accettando la presenza di questa caratteristica delle istituzioni totali secondo la concettualizzazione goffmaniana, bisogna utilizzare le osservazioni fatte per capire se questo comporti l'esistenza di un rigido sistema disciplinare interno capace di controllare la vita dei pazienti.

La questione è dunque capire con quali strumenti si invogliano gli ospiti ad aderire alle attività pianificate e agli scopi ufficiali dell'istituzione. L'impressione avuta durante l'osservazione è che un regime disciplinare concepito per far maturare nei degeniti atteggiamenti e comportamenti «normali», utili presumibilmente al loro reinserimento sociale, sia presente nelle struttu-

re in forme variabili e cangianti a seconda degli ospiti presenti e della composizione dello staff. Anche se nessuno nelle attuali strutture di riabilitazione farà esplicito riferimento al trattamento morale utilizzato nel manicomio ottocentesco francese da Pinel, nei fatti, anche inconsapevolmente, lo staff delle strutture di riabilitazione psichiatrica utilizza ancora oggi a piene mani il discorso morale e un sistema di punizioni tipico delle terapie morali. D'altronde la cosa non dovrebbe sorprendere, perché studi recenti sul sistema di assistenza e di inclusione sociale dei malati mentali nel Regno Unito hanno rilevato l'utilizzo di un governo morale dei malati indirizzato a salvaguardare l'ordine socio-economico (H. Spandler, 2007). Storicamente, ancor prima di Pinel, la «cura morale» venne proposta proprio in Inghilterra: «Quando nel 1758 William Battie formula un programma di cura – e non solo di custodia – dei ricoverati al St. Luke Hospital, formula il rivoluzionario principio del *moral management*, le cui regole di base erano la separazione dei pazienti dai rapporti sociali abituali, il controllo delle passioni e dello spleen nervoso tramite l'uso di narcotici (i farmaci!) o il suscitamento di una passione opposta (in particolare la paura, contrapposta agli stati maniacali e di eccitazione), la “distrazione della immaginazione delusa” e la riconduzione a un ordine delle “aspirazioni sregolate”» (G. A. Micheli, 2013, 12).

In Italia il trattamento morale come strumento di governamentalità dei degeniti è preferito dai pazienti con disturbi mentali non totalmente invalidanti alle più radicali forme di presa in carico. All'interno delle comunità terapeutiche, in ragione di atteggiamenti aggressivi o fortemente oppositivi, o per il rifiuto della terapia farmacologica, si può subire un Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) presso un Servizio psichiatrico diagnosi e cura (SPDC)<sup>11</sup>, con tutto l'accresciuto peso che il conseguente etichettamento sociale può comportare (T. J. Scheff, 1974). Negli SPDC la contenzione fisica dovrebbe essere ormai del tutto smantellata e sostituita dalla terapia farmacologica<sup>12</sup>; tuttavia, ancora di recente, sono state promosse petizioni *anti-restraint* negli

<sup>11</sup> Scrivono a tal proposito Ceretti e Cornelli (2013, 177): «nonostante le critiche che hanno investito il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO), inteso quale strumento di *coazione* alla cura non coerente con il sistema postmanicomiale improntato sul *consenso* del paziente, i dati disponibili sembrano indicare che non è attraverso questo istituto che si sta attuando una nuova forma di controllo custodiale. I TSO rappresentano solo il 9% di tutti i ricoveri annui, e il tasso per 10.000 abitanti è pari a 2,5; in Europa, invece, si evidenzia un'oscillazione dei tassi di ricovero obbligatorio intorno a un dato medio del 7,4 per 10.000 abitanti. Inoltre i dati ISTAT indicano che tra il 2002 e il 2005 il numero di TSO rimane sostanzialmente stabile (circa 10.500 ogni anno)».

<sup>12</sup> A proposito dell'uso dei farmaci, così vede Scotti (2009, 26) la svolta psichiatrica degli anni Settanta: «l'uso dei farmaci è stato razionalizzato e non perché i nuovi psichiatri ne sapessero di più sul loro funzionamento, ma perché potevano inserirli in un progetto terapeutico e regolarli in funzione di questo piuttosto che spararli sui pazienti in un uso di contenimento che ne faceva l'equivalente del legare i malati al letto».

SPDC<sup>13</sup> da parte di Psichiatria democratica e l'uso del letto di contenzione non è stato escluso del tutto. Ma se il rischio più grande per un degente di una comunità psichiatrica è subire un TSO, nella quotidianità lo stesso può incappare in una serie di punizioni di più tenue portata, utili a correggere i suoi comportamenti abnormi (M. Foucault, 2009).

Nel periodo della mia prima esperienza nella comunità alloggio, lo staff faceva ampio uso di sistemi punitivi. Ad essere colpiti dall'intera serie di punizioni erano i degenti che abitualmente uscivano dalla struttura, facevano piccole spese autonomamente, fumavano e bevevano caffè. Quelli disinteressati a queste quattro attività avevano minori possibilità di essere colpiti da punizioni ed erano spinti a più miti comportamenti con premialità legate per lo più al cibo o ad altro. Secondo gli operatori fautori delle punizioni per questi degenti, il diniego di uscire per recarsi al bar o la riduzione della «paghetta» dovevano essere fonti di depravazione fortemente deterrenti; nella pratica essi diventano spesso stimoli per comportamenti ancora più aggressivi o destabilizzanti per l'equilibrio interno alla comunità. È vero anche che la vera e propria trattativa messa in campo per stabilire l'intensità e la qualità della punizione poteva diventare per alcuni degenti un momento interessante di socializzazione paziente-operatore. Ciò succedeva soprattutto se si trattava di ospiti uomini e operatrici donne. All'apparente disponibilità mostrata all'atto della trattativa non sempre seguiva poi, al cambio di turno con l'operatore uomo, la messa in atto della punizione concordata. La questione poteva anzi diventare motivo di scontro e di tensione per la durata di tutto il turno.

Ma su cosa si basavano queste punizioni? Spesso i degenti sono destinatari di una piccola pensione di invalidità e, tramite il loro amministratore di sostegno, ottengono il versamento di una modica somma mensile in base alla quale ricevono quotidianamente o settimanalmente una paghetta. In alcuni casi o fasi, nella paghetta sono compresi i soldi per l'acquisto autonomo delle sigarette; in altri casi o in determinati periodi le sigarette vengono acquistate dagli operatori o da altri degenti incaricati. Un fumatore poteva ricevere come punizione una diminuzione del numero di sigarette con tutto il corollario di dinamiche che questo innescava nei rapporti con lo staff e gli altri degenti. Nelle varie tipologie di comunità di riabilitazione psichiatrica, per

<sup>13</sup> Riguardo la contenzione fisica sono interessanti i risultati di un'indagine nazionale denominata "Progres-Acuti": i ricercatori in questione hanno censito 289 SPDC e in 112 di questi (campionati in modo casuale) hanno svolto un'osservazione durata due settimane (coorte di pazienti osservati n. 1227), da cui è emerso che la contenzione meccanica è stata usata nel 46% dei servizi e ha riguardato, almeno una volta, 101 pazienti, corrispondenti all'8% della coorte osservata (A. Ceretti, R. Cornelli, 2013, 178).

una parte dei degenti il caffè non è soltanto un rito o un momento di socializzazione particolarmente importante, ma viene percepito come un espediente di resistenza alla coercizione dei neurolettici; ragione per cui, quando tra le punizioni si fa strada la privazione del caffè (o una forte riduzione di esso), la tensione può crescere a dismisura.

I motivi per affibbiare delle punizioni possono essere le più varie, ma spesso sono legate allo stesso comportamento oggetto della punizione. Un'uscita non autorizzata può portare a un restringimento o al divieto di uscire per un giorno o una settimana. Uno spreco di soldi può portare a una riduzione o sospensione della paghetta. In alcuni casi il non rispetto delle restrizioni punitive precedenti può portare a ulteriori punizioni.

Nella comunità alloggio in questione le punizioni sono spesso fonte di conflitti tra operatori. Lo scontro avviene frequentemente nelle riunioni di staff, durante i cambi turno o per iscritto, nei messaggi lasciati sul diario delle comunicazioni interne. Durante i miei primi sette mesi di osservazione partecipante presso la comunità alloggio ho potuto registrare la costituzione informale di due fazioni in lotta, capeggiate dai due operatori più presenti e influenti, per perorare, gli uni, la causa del sistema di punizioni e, gli altri, per contrastarla. Anche se in quel periodo di permanenza nella struttura mi sono schierato apertamente con la fazione restia alle punizioni, a un approccio critico-riflessivo mi sembra che ambedue le fazioni finiscano per lavorare secondo la stessa logica: gli uni privilegiando lo strumento delle punizioni, gli altri lo strumento dei privilegi e della persuasione. Alla fine, infatti, sia gli uni che gli altri agiscono secondo uno schema operativo che vede i malati mentali come soggetti da regolare socialmente, moralmente ed economicamente (H. Spandler, 2007, 12).

Non potendo sviluppare dettagliatamente le dinamiche osservate nella STAR, mi limito a sottolineare che il numero maggiore di operatori in proporzione agli ospiti consente allo staff una capacità di controllo molto accentuata dei comportamenti di questi ultimi. Questo implica anche una minore presenza di conflitti interni e, nel gioco delle punizioni e delle premialità, una minore esigenza di imbastire trattative. Il trattamento morale è anche qui lo schema di fondo mai esplicitato, ma pur sempre presente, nei discorsi interni allo staff e nei messaggi verso gli ospiti.

## 6. Conclusioni

Abbozzando una conclusione provvisoria, in attesa di allargare ulteriormente lo spettro delle mie osservazioni e indagini, provo a individuare sinteticamente persistenze o distanziamenti delle attuali strutture post-manicomiali dalle caratteristiche delle istituzioni totali individuate da Goffman.

Primo, per quanto riguarda il tema della vita vissuta nello «stesso luogo» e sottoposta alla «stessa autorità», sembra del tutto evidente una forte persistenza di questa caratteristica: infatti, mentre il mondo dello staff ha una dimensione esterna alla comunità e vive in più luoghi, per gran parte degli ospiti, se non per tutti, la comunità equivale all'unico luogo di socializzazione.

Secondo, a proposito della notazione per cui le attività giornaliere si dipanano a contatto con «un gran numero di persone, con il medesimo trattamento e l'obbligo di fare le medesime cose», la situazione si può dire contraddittoria, poiché il numero abbastanza ristretto di ospiti nelle due tipologie di strutture studiate tende a distanziarle da questa caratteristica; ma una forma di persistenza della caratteristica nasce dall'isolamento urbano di tali strutture, che costringe spesso i degenti a «fare le stesse cose» riducendo le libertà individuali.

Terzo, riguardo al punto per cui la vita istituzionalizzata è sottoposta a «un insieme di regole esplicite che vengono fatte rispettare da un corpo di addetti», è evidente la continuità di questa caratteristica, soprattutto perché spesso gli operatori si sentono investiti *in primis* del ruolo di guardiani-sorveglianti.

Quarto, a proposito, infine, delle «attività che si svolgono secondo un piano razionale appositamente ideato per adempiere allo scopo ufficiale dell'istituzione», la persistenza è dovuta non solo allo scopo ufficiale di riabilitare gli ospiti, ma anche a quel trattamento morale – che emerge dalla gran parte delle attività interne ed esterne registrate – rivelatore di una sorta di «piano razionale».

Nonostante, comunque, le persistenze individuate rispetto alle istituzioni totali, la questione dirimente è la direzione impressa dai Dipartimenti di salute mentale alle comunità terapeutiche esistenti e future. Nel caso del DSM in questione, è condivisibile l'idea di mantenere delle piccole strutture a dimensione familiare rispetto a strutture più grandi che implicherebbero una burocratizzazione e spersonalizzazione delle attività interne. Sarebbe auspicabile però che, superata l'attuale fase di restringimento della spesa pubblica, tali strutture possano essere trasferite in contesti urbani meno isolati.

Riguardo al trattamento morale – visto che emerge una certa consapevolezza da parte degli psichiatri responsabili o referenti che «il problema non è la guarigione (la vita produttiva) ma la produzione di vita, di senso, di socialità» – bisognerebbe favorire un cambio di prospettiva nella riabilitazione psichiatrica, affinché nelle interazioni quotidiane nelle comunità (ma anche nelle attività esterne promosse dal DSM tramite i suoi tecnici della riabilitazione) si superi decisamente il *moral management* e si lasci agli utenti la

possibilità di costruire con maggiore libertà l'ordine delle proprie aspirazioni personali, senza costringerli in percorsi riabilitativi precostituiti.

## Riferimenti bibliografici

- BABINI Valeria P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna.
- BASAGLIA Franco (2005), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino.
- BLUMER Herbert (1969-2008), *Interazionismo simbolico*, il Mulino, Bologna.
- CAMPESI Giuseppe (2011), *Soggetto, disciplina, governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Mimesis, Milano.
- CERETTI Adolfo, CORNELLI Roberto (2013), *Oltre la paura. Cinque riflessioni su criminalità, società e politica*, Feltrinelli, Milano.
- DAL LAGO Alessandro (2003), Prefazione a GOFFMAN Erving, *Asylums*, Einaudi, Torino.
- DE LEONARDIS Ota, EMMENEGGER Thomas (2005), *Le istituzioni della contraddizione*, in "Rivista Sperimentale di Freniatria", 3, pp. 1-27.
- DE LEONARDIS Ota, ROTELLI Franco (1986), *Deistituzionalizzazione, un'altra via. La riforma psichiatrica italiana nel contesto dell'Europa Occidentale e dei «paesi avanzati»*, dattiloscritto non pubblicato.
- DELUMEAU Jean (1989-92), *Rassicurare e proteggere*, Rizzoli, Milano.
- DI VITTORIO Pierangelo (1998), *Le balbuzie di Basaglia*, in "Aut-Aut", 285-286, pp. 87-133.
- FOUCAULT Michel (2006), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano.
- FOUCAULT Michel (2009), *Gli anormali*, Corso al Collège de France (1974-75), Feltrinelli, Milano.
- FOUCAULT Michel (2010), *Il potere psichiatrico*, Corso al Collège de France (1973-74), Feltrinelli, Milano.
- GIANNICEDDA Maria Grazia (2005), *Introduzione. L'utopia della realtà. Franco Basaglia, e l'impresa della sua vita*, in BASAGLIA Franco, *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino, pp. VII-LII.
- GOFFMAN Erving (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York (trad. it. 2001).
- GOFFMAN Erving (2003), *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino.
- GOFFMAN Erving (2006), *Sul «fieldwork»*, in "Studi Culturali", III, 1, pp. 103-15.
- HARRINGTON Brooke (2003), *The Social Psychology of Access in Ethnographic Research*, in "Journal of Contemporary Ethnography", 32, pp. 592-625.
- MARTUCCI Pierpaolo, CORSA Rita (2006), *Scienza e diritto in lotta per il controllo sociale. Origini del manicomio criminale nella psichiatria positivista del tardo Ottocento*, in "Studi sulla questione criminale", 3, pp. 73-89.
- MARZANO Marco (2006), *Etnografia e ricerca sociale*, Laterza, Roma-Bari.
- MCGRATH Laura, REAVEY Paula (2013), *Heterotopias of Control: Placing the Material in Experiences of Mental Health Service Use and Community Living*, in "Health & Place", 22, pp. 123-31.

- MELOSSI Dario, PAVARINI Massimo (1977), *Carcere e fabbrica. Alle origini del sistema penitenziario*, il Mulino, Bologna.
- MICHELI Giuseppe A. (2013), *Il vento in faccia. Storie passate e sfide presenti di una psichiatria senza manicomio*, Franco Angeli, Milano.
- PERROTTA Domenico (2011), *Vite in cantiere. Migrazione e lavoro dei rumeni in Italia*, il Mulino, Bologna.
- PRIEBE Stefan, TURNER Trevor (2003), *Reinstitutionalisation in Mental Health Care*, in "British Medical Journal", 326, pp. 175-6.
- REGIONE SICILIA Assessorato alla Salute (2012), *Piano strategico per la salute mentale*, in [http://www.fattoriesocialisicilia.it/piano\\_strategico\\_salute\\_mentale\\_sicilia.pdf](http://www.fattoriesocialisicilia.it/piano_strategico_salute_mentale_sicilia.pdf).
- SBRACCIA Alvise (2011), *Strutture di minoranza. Minori stranieri in comunità: uno studio di caso*, Think Thanks, Napoli.
- SCHEFF Thomas J. (1974), *The Labelling Theory of Mental Illness*, in "American Sociological Review", 39, pp. 444-52.
- SCOTTI Francesco (2009), *Si può reimaginare una psichiatria di comunità? Incidere sul degrado della pratica assistenziale psichiatrica*, in "Animazione sociale", 5, pp. 22-34.
- SIMMEL Georg (1996), *La metropoli e la vita dello spirito*, Armando, Roma.
- SPANDLER Helen (2007), *From Social Exclusion to Inclusion? A Critique of the Inclusion Imperative in Mental Health*, in "Medical Sociology online", 2, pp. 3-16.
- STRANIERO Giovanni (2004), *Faccia a faccia. Interazione sociale e osservazione partecipante nell'opera di Erving Goffman*, Bollati Boringhieri, Torino.

