

Rileggere Franca Ongaro Basaglia: medicina, potere, scienze umane ed organizzazione del lavoro nella società del capitalismo avanzato.

di Riccardo Ierna

“Bisogna capire che il valore dell'uomo sano e malato, va oltre il valore della salute e della malattia; che la malattia come ogni altra contraddizione umana può essere usata come occasione di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio”.

Franca Ongaro Basaglia

Salute/Malattia oggi: una rilettura.

«Il vostro libro è bellissimo e molto importante. E' uno dei rarissimi esempi (c'è gente che darebbe la vita per riuscire a costruirlo in laboratorio) di un libro che si costruisce da sé, vive delle tensioni che si producono al suo interno.»¹. Seppur riferita ad un altro celebre volume, “L’istituzione negata”², icona del movimento anti-istituzionale italiano e del '68, la frase di Giulio Bollati potrebbe essere tranquillamente associata anche al testo di Franca Ongaro Basaglia “Salute/malattia – Le parole della medicina”³ e ristampato recentemente nella “Collana 180” dalla casa editrice Alpha Beta Verlag⁴. Il volume a cura della Ongaro, che raccoglie nove saggi alcuni dei quali nati come contributi per la prestigiosa Enciclopedia Einaudi, è un testo rimasto abbastanza nell’ombra durante gli ultimi trent’anni. Un libro poco conosciuto, o meno conosciuto di altre pubblicazioni “esemplari” che a quella stagione si riferiscono e a quella esperienza pratica di rinnovamento sociale e politico alludono, in forma saggistica o documentale. La scarsa conoscenza del testo, anche tra gli addetti ai lavori, rinvia a mio parere a due questioni fondamentali: la prima riguarda il taglio politico del testo, la seconda attiene ai nodi rimasti sostanzialmente aperti e irrisolti dei contributi contenuti nel volume.

Sulla prima questione sarebbe fin troppo facile sostenere – e molti continuano a ripeterlo – che il libro appartenga ormai ad una congiuntura storica caratterizzata da un’effervescenza d’idee,

¹ Giulio Bollati a Franco Basaglia cit. in: L. Mangoni, *Pensare i libri*, Bollati Boringhieri, Torino, 1999, p. 943.

² Franco Basaglia (a cura di), *L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino, 1968.

³ Franca Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino, 1982.

⁴ Franca Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, a cura di M.G. Giannichedda, Edizioni Alpha Beta Verlag, 2012.

di pratiche, di lotte sociali lontane dal mondo contemporaneo e dalle sue trasformazioni, e che utilizzi un linguaggio incapace di comprendere gli attuali scenari di cambiamento sociale, organizzativo e politico. E' una posizione che non condivido e che rimanda ad una concezione mitico-retorica della lotta politica, della scienza e del lavoro pratico nelle istituzioni. Mi pare, invece, che mai come in questo momento il testo ritrovi una certa "freschezza" nell'offrire una chiave interpretativa interessante sui processi ed i significati di una medicina ormai integrata nella società del capitalismo avanzato. Così pure nell'individuare alcune contraddizioni che ancora oggi caratterizzano la psichiatria italiana, nonostante l'eredità del lavoro anti-istituzionale, soprattutto a livello della prassi dei servizi di salute mentale nella loro attuale declinazione.

Di fatto, esso è un libro che "*continua a costruirsi da sé*", attraverso una serie di elaborazioni e di analisi rispetto alle quali, forse, è mancato un lavoro teorico-pratico adeguato al mondo contemporaneo. Analisi che costituiscono, ancor oggi, una prospettiva di lavoro feconda per ogni tecnico, operatore, amministratore o cittadino che si confronti con i temi della salute e della malattia. Questi temi, infatti, continuano a riguardare la società, la politica, la scienza e l'organizzazione del lavoro e come tali andrebbero affrontati, mentre ormai sono preda dello specialismo⁵ e delle sue false promesse di risoluzione tecnica di ogni problema individuale e sociale in nome dello sviluppo tecnologico e del progresso scientifico.

Ebbene venendo alla seconda questione, quella dei "nodi irrisolti", partirei senz'altro dal discorso sulla "clinica". Scrive la Ongaro: «*Quando lo sviluppo industriale cambierà le strutture sociali delle nazioni e produrrà una conversione della società rurale nella società urbana, industriale (con le contraddizioni che questo nuovo tipo di organizzazione del lavoro comporta), la clinica avrà già strutturato in un corpo organico di conoscenze su un uomo che ai suoi occhi sarà, alternativamente, o una malattia (secondo il suo criterio informatore), o forza-lavoro da recuperare o da scartare (secondo ciò che è l'uomo con cui ha a che fare). [...] L'uomo, espropriato del corpo nel mondo del lavoro, nella vita sociale, determinato nell'individuazione stessa dei propri bisogni da una logica che non ha niente a che fare con la propria vita e a cui questa viene totalmente subordinata, è ora alla mercé di una medicina che produce più malattia di quanta ne riesca a curare e che copre con un intervento farmacologico – esteso e capillare,*

⁵ Per una critica allo specialismo segnalo due saggi molto interessanti che analizzano il fenomeno da due prospettive diverse: Ivan Illich, *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Erickson, Milano, 2008 e Giuliano da Empoli, *Contro gli specialisti. La rivincita dell'umanesimo*, Marsilio, Padova, 2013.

secondo le esigenze dell'industria farmaceutica – ciò che nell'organizzazione del lavoro e della vita sociale produce malattia.»⁶

Mi pare che queste considerazioni colgano con molto anticipo un passaggio cruciale della società italiana, che aveva già avviato processi di industrializzazione ed urbanizzazione forzata, modificando in modo irreversibile la composizione sociale e l'organizzazione della forza-lavoro nel nostro paese⁷. Ma queste elaborazioni sembrano anche indicare quello che sarà il livello successivo di cambiamento sociale, preconizzando una medicina completamente integrata nei rapporti di produzione capitalistica. Una medicina cioè che produce più malattia di quanta ne riesca a curare, attraverso forme di “falsa prevenzione”⁸ e di coinvolgimento di una fascia sempre più ampia di popolazione⁹ nella spirale della “diagnosi precoce”¹⁰ e del trattamento generalizzato.

La ristrutturazione del sapere/potere medico: da una clinica del “corpo morto” ad una clinica del “corpo vivo”

L'attuale scenario sembra confermare le tesi della Ongaro e mi permette di formulare alcune ipotesi di lavoro. Io credo, infatti, che esaurito il primo processo di industrializzazione, con la “terziarizzazione del lavoro” e la progressiva proletarizzazione del ceto medio¹¹, stiamo assistendo al graduale passaggio da a una “clinica del corpo morto”¹² ad una “clinica del corpo vivo”. Cioè ad una clinica che continua ad oggettivare il malato non più esclusivamente sul piano di un manichino

⁶ F. O. Basaglia, 1982, op. cit. pp. 23-24.

⁷ Sull'analisi di questi processi fu essenziale il lavoro pionieristico d'inchiesta del primo operaismo di Raniero Panzieri, confluito nell'esperienza dei “Quaderni rossi” e, successivamente, nella rivista “Classe operaia” attraverso le rielaborazioni di Mario Tronti, Asor Rosa, Massimo Cacciari e Toni Negri. Si veda in particolare: “Quaderni Rossi” 8 voll. – ristampa a cura di Sapere edizioni, Milano, 1970 e “Classe Operaia”, Reprint completo 1964-1967, Collettivo Editoriale Librirossi, 1979, Milano.

⁸ Sul tema della prevenzione e in particolare sulla differenza tra una medicina “predittiva” e una “preventiva” rimane fondamentale il contributo di Giulio Maccacaro: G. A. Maccacaro, *Vera e falsa prevenzione*, in Sapere 794, 2-4, 1976 ripubblicato in G. A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano, 1979.

⁹ Franco Basaglia, Franca Basaglia Ongaro, *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino, 1971.

¹⁰ Segnalo sempre sul tema della prevenzione un interessante lavoro di Roberto Volpi sugli screening precoci del tumore mammario. Si veda R. Volpi, *L'amara medicina. Come la sanità italiana ha sbagliato strada*, Mondadori, Milano, 2008

¹¹ Si veda a questo proposito: Enzo Mingione, *La proletarizzazione dei ceti medi*, CUEM, 1971. Per una rilettura attuale del fenomeno si veda anche: Andrea Bellini, *Il puzzle dei ceti medi*, Firenze University Press, Firenze, 2014.

¹² “[...] la clinica ha insegnato alla medicina a separare la malattia dalla vita, dimostrando l'utilità di questa separazione sul piano sia dell'organizzazione sia del controllo. La clinica non si fonda dunque solo sul corpo morto dell'individuo, ma anche sul corpo morto della collettività di cui l'individuo era parte integrante, così come lo era la malattia.” in F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 30.

fabbricato sul cadavere del tavolo anatomico – lezione obbligata per ogni medico in formazione – ma su un corpo vivo che è la persona nei suoi aspetti psicologici, relazionali e sociali. L’oggettivazione dunque non è più solamente quella di un corpo “cosificato”, reso muto e inerte dallo sguardo del medico, ma ora anche quella di una persona “cosificata”. Cioè una soggettività che diviene essa stessa merce nel momento in cui diviene funzionale agli scopi della produzione di una scienza che si incarica di gestirla o di eliminarla. Una soggettività che può essere trattata a seconda del grado di tolleranza sociale come problema abnorme (marginalità improduttiva) o riciclata come agente del consumo della prestazione sanitaria (marginalità produttiva).

A proposito della questione “cura/normalizzazione” scriveva la Ongaro: *“Quando le conoscenze scientifiche cominciano a strutturarsi in un corpo organico, di pari passo con lo strutturarsi del nuovo corpo sociale, la malattia – individuata, indagata, denudata agli occhi della scienza – comincia ad assumere un altro significato e attorno ad esso si comincia ad organizzare la terapia: la cura viene cioè ad assumere un modo diverso di esprimersi, con i suoi tecnici e gli spazi ad essa specificamente deputati. [...] La malattia, nel diventare di pertinenza esclusiva di una medicina organizzata come corpo separato, non è che l’espressione dell’organizzarsi del corpo sociale a partire dalla divisione del lavoro e dalla divisione in sfere separate di tutti i fenomeni umani.”*¹³

Riprendendo questo passaggio si può dire che, quando lo stato del corpo sociale cambia radicalmente a causa dell’instaurarsi di nuove forme di divisione e organizzazione del lavoro, muta anche la forma in cui la clinica “ricodifica” i concetti di salute e di malattia, oltreché gli strumenti adatti a gestirle ed organizzarle. Una nuova “clinica della soggettività” sembra oggi rimettere al centro la figura del malato attraverso una falsa inclusione del suo ruolo nelle decisioni del medico/psichiatra che lo cura, o nella sua presunta partecipazione all’interno dell’istituzione che lo gestisce¹⁴. Con l’implosione delle vecchie istituzioni delegate a contenere e gestire la “malattia” e la devianza al di fuori del corpo sociale – il manicomio come luogo fisico distrutto per legge¹⁵, l’ospedale psichiatrico giudiziario come struttura custodialistica ormai obsoleta¹⁶, l’ospedale

¹³ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., pp. 45-46.

¹⁴ Ho provato recentemente ad analizzare questo fenomeno partecipativo in ambito psichiatrico. Si veda in particolare: R. Ierna, L. Negro, *L’inclusione è terapeutica?*, disponibile online sulla rivista lavoroculturale: <http://www.lavoroculturale.org/questione-inclusione/>.

¹⁵ Attraverso la legge quadro n. 180 del 13 Maggio 1978, poi confluita nella legge n. 833/78 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁶ Il 17 gennaio 2012 la Commissione giustizia del Senato ha approvato all'unanimità la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) entro il 31 marzo 2013. Il decreto legge 25 marzo 2013 n. 24 ha poi prorogato

generale ridimensionato per esigenze aziendali di contenimento dei costi e riduzione del personale – è direttamente sul territorio che si giocano i nuovi processi di riorganizzazione produttiva della forza-lavoro.

La stessa ristrutturazione del comparto sanitario in senso aziendalistico avviata negli anni novanta¹⁷, più che a una fase di avanzamento delle politiche sociali e degli attori coinvolti¹⁸, sembra corrispondere ad una vera e propria razionalizzazione tecnico-scientifica della produzione: quasi un nuovo “taylorismo” sanitario. In questo senso il nostro paese si avvia con molto ritardo ad assimilare il modello assistenziale americano che già dalla fine degli anni '60 aveva previsto, attraverso forme di deospedalizzazione forzata, la riorganizzazione istituzionale e amministrativa del comparto sanitario in senso aziendalistico, decentrato, privatistico e multidisciplinare. Tutto ciò con effetti devastanti sull'organizzazione dei servizi, sulla qualità delle cure, sul lavoro degli operatori e sui bisogni della popolazione¹⁹.

Da malato ad utente: un nuovo welfare per una nuova soggettività alienata

Un'altra ipotesi di lavoro è che non potendo più contare esclusivamente sulle forme istituzionali “concentrazionarie” della malattia, si opera oggi una “riconversione” del malato in agente “consumatore di prestazioni” nelle forme di un'istituzionalizzazione diffusa. Ieri l'organizzazione ospedaliera rivelava esplicitamente “*il processo che sta alla base del rapporto fra chi cura e chi è curato: la logica aziendale, per cui l'attenzione, l'interesse sono spostati dall'uomo malato all'organizzazione che lo ha preso in carico.*”²⁰ e quindi la cura era diventata gradualmente “*uno strumento attraverso il quale poteva esplicitarsi l'interesse dell'organizzazione ospedaliera*”²¹.

tale chiusura al 1° aprile 2014. Infine, il decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 - ne ha disposto un'ultima proroga sino al 31 marzo 2015 e la contemporanea istituzione delle R.E.M.S. (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza). Attualmente sono ancora 164 le persone internate negli OPG italiani, mentre 455 sono quelle ospitate nelle REMS. Si va verso il commissariamento di sei regioni inadempienti (Calabria, Abruzzo, Piemonte, Toscana, Puglia e Veneto) a dimostrazione della difficoltà di applicazione della legge in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

¹⁷ Si vedano in proposito i decreti legislativi 502/92 e 517/93 in materia di aziendalizzazione e riorganizzazione delle USL territoriali.

¹⁸ Come sembrava potesse avviarsi alla fine degli anni '70 attraverso le prime forme di cooperazione e di impresa sociale gestite da ex-degenti del manicomio e sulla scorta di politiche pubbliche ancora centrate su un modello di welfare state sociale. Su questo si veda: O. de Leonardis, *In un diverso welfare. Sogni ed incubi*, Feltrinelli, Milano, 1998 ed anche O. de Leonardis, *Il terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse*, Feltrinelli, Milano, 1990.

¹⁹ Si veda in particolare Franco Basaglia, *Lettera da New York. Il malato artificiale* (1969), in Scritti, vol. 2, Einaudi, Torino, 1982.

²⁰ F. O. Basaglia, *Salute/Malattia*, Einaudi, 1982, p. 50.

²¹ Ivi, p. 50. Il fenomeno in realtà è presente ancora oggi in molti contesti istituzionali della sanità pubblica e privata.

Oggi, assieme a questo, mi pare di poter vedere l'emergere di una nuova soggettività alienata che è esattamente quella del nuovo utente dei servizi di salute mentale e dei servizi di medicina generale e territoriale.

Il termine "utente" rende perfettamente il ruolo ormai mercificato del malato come agente consumatore di servizi e prestazioni sanitarie. Un consumatore che ha l'illusione che il potere di scelta e di partecipazione siano poteri sostanziali di emancipazione sociale, mentre rappresentano proprio quel definitivo asservimento alla logica aziendale, imprenditoriale e produttiva che il capitalismo avanzato ha posto alla base del suo sviluppo e del suo dominio sul materiale e l'immateriale. Il capitale da questo punto di vista è tutt'altro che in crisi: assume piuttosto la forma di un nuovo processo di espropriazione ed estrazione della soggettività dal corpo sociale, del suo sfruttamento come forza-lavoro di riserva, di spoliticizzazione progressiva della sua azione civile e conflittuale. Un uomo solo con il suo "bisogno indotto" di ricevere assistenza e cure poiché egli crede di essere l'unico vero responsabile della sua malattia o del suo disagio. Mentre la medicina continua ad occultare le cause determinanti della malattia, dell'ammalarsi, della sofferenza che abita ogni situazione quotidiana di sfruttamento, di nocività ambientale, di un'organizzazione sociale e del lavoro umanamente inaccettabili.

Quest'uomo appare oggi in grado di produrre "merce-malattia" e "merce-guarigione", di essere esso stesso parte del mercato e della sua riproduzione. Quando egli è invitato a "partecipare" e ad essere più collaborante nel rapporto con il medico o lo psichiatra che lo cura, ad accrescere il suo potere decisionale e contrattuale nei confronti dell'istituzione che lo gestisce, è sempre su un livello meramente individuale, psicologico e interpersonale che lo si coinvolge²². Sembra non esservi mai per il "malato" la possibilità di un'evoluzione reale della sua soggettività, il barlume di un'emancipazione sociale, il tentativo di un processo di liberazione dall'oppressione di uno stigma che continua a tenerlo "inchiodato" alla sua condizione di escluso/falso incluso. Nell'illusione di una scelta, di un coinvolgimento concreto nel rapporto con chi lo tiene in cura, nella possibilità, infine, di cogliere le diverse "alternative" che offrono l'industria farmaceutica, l'intrattenimento riabilitativo o il "consumo psicologico", egli finisce paradossalmente per costituire proprio quell'anello di congiunzione della catena produttiva che salda oggi più fortemente l'uomo ai rapporti di produzione. Si chiude perciò quel ciclo produttivo che dalla "fabbrica di cura", che era

²² Il sociologo Robert Castel si è occupato di questi temi in diversi suoi lavori. Si veda in particolare: R. Castel, *Lo psicanalismo. Psicanalisi e potere*, Einaudi, 1975; *La société psychiatrique avancée*, Grasset, Paris, 1979; *La gestion des risques*, Le editions de minuit, Paris, 1981 e soprattutto: *Verso una società relazionale. Il fenomeno psy in Francia.*, Feltrinelli, Milano, 1982.

insieme “fabbrica di consenso”, portava l’organizzazione della cura ad essere definita “fabbrica di malattia”²³.

E’ in questo fatale decentramento, in questo passaggio dall’oggettivazione del corpo malato all’oggettivazione della persona malata, che si consuma l’atto finale di “un’espropriazione della salute”²⁴ e della soggettività dal corpo sociale. L’uomo “malato” può dunque continuare illusoriamente a sentirsi “incluso”, quando questa non è altro che una migliore inclusione nel processo produttivo. L’uomo “sano” può, a sua volta, avere l’impressione illusoria di essere fuori dal ciclo produttivo della malattia, mentre una medicina sempre più “comunicativa” lo ingaggia continuamente su un piano “predittivo” spacciato per preventivo: “non sei malato, ma potresti ammalarti se non ti curi, o potresti essere malato senza saperlo!”. L’uomo “sano” e l’uomo “malato” rimangono i poli di una contraddizione che è quella di una società ancora profondamente intaccata dai rapporti di produzione e dove il comando capitalistico tiene ancora ben saldo il timone delle disuguaglianze sociali e dei rapporti di forza.

D’altra parte le attuali organizzazioni istituzionali – servizi ospedalieri e domiciliari di assistenza sanitaria e sociale – spesso continuano a mantenere nei confronti della polarità salute/malattia, la stessa logica di riproduzione delle vecchie istituzioni: *“lo stesso ritmo della vita ospedaliera, anche all’analisi più superficiale, non risulta mai subordinato ai bisogni e al ritmo di vita dell’uomo da curare, ma alle necessità e alle esigenze dell’organizzazione della cura; organizzazione che sovrasta la malattia ad un punto tale che essa non trova spazio per esprimere ciò che è o ciò di cui è il segno. I malati sono svegliati alla mattina presto perché si devono fare le pulizie prima che passi il medico in corsia; devono dormire anche se non hanno sonno e si distribuiscono sonniferi anche a chi non ne fa uso, perché il silenzio deve essere assoluto alla sera e nessuno – salvo casi eccezionali – deve disturbare il lavoro del turno notturno o il sonno del*

²³ “Questa logica aziendale porta dunque a costituire l’ospedale come una fabbrica di cura, in cui si produce o guarigione o morte. Ma la guarigione che produce passa attraverso il consenso nei confronti dei valori e della razionalizzazione che essa rappresenta, sì che la fabbrica di cura è, insieme, fabbrica di consenso, di un consenso che - quale segno dell’espropriazione della capacità dell’uomo di controllare la realtà del proprio corpo - diventa esso stesso fonte di malattia. Inoltre la fabbrica di cura comporta - allo stesso modo della necessità dell’allargamento per le merci prodotte - il dilatamento della malattia, come oggetto necessario all’esercizio della cura. La logica del profitto, la divisione assoluta tra salute e malattia su cui essa gioca, e il consenso che essa esige portano quindi l’organizzazione della cura a diventare contemporaneamente una fabbrica della malattia. Su questi elementi è incentrata la crisi attuale della medicina e dell’assistenza che, prigioniera di una logica secondo la quale bisogna continuare a produrre merce e a consumarla, hanno reso produttiva la malattia, usando come merce il malato.” F. O. Basaglia, 1982, op. cit., pp. 50-51.

²⁴ Il termine è di Ivan Illich. Si veda: I. Illich, *Nemesi medica. L’espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 1976.

medico di guardia; le visite sono permesse solo a ore fisse e ridotte, altrimenti intralcerebbero la cura portando problemi personali e familiari che devono invece restare fuori dall'ospedale"²⁵.

Riferite ad alcune moderne strutture di assistenza sanitaria, penso alle RSA, agli ospedali generali, alle case di cura private e convenzionate, ai reparti psichiatrici ospedalieri, queste parole assumono una valenza fondamentale nel mantenere aperta la contraddizione che fa di questi luoghi istituzionali delle "riserve" in cui non è mai realmente affrontato il bisogno del malato.

Politiche del desiderio, pratiche del bisogno: contraddizioni di un'istituzionalizzazione diffusa

Forse ci siamo persuasi troppo presto, come tecnici impegnati nella quotidianità del nostro lavoro, che la distruzione dei luoghi fisici del contenimento della "malattia" potessero avviare realmente pratiche trasformative dei rapporti sociali e materiali, ma abbiamo sottovalutato il potere rigenerante della logica istituzionale in un mondo che continua a funzionare sui rapporti di produzione, sulla divisione del lavoro e sugli antagonismi di classe²⁶. Un potere che ha dato l'illusione ad alcuni teorici dei fenomeni sociali²⁷, che i nuovi rapporti di riproduzione sociale potessero affrancarci dal dominio capitalistico attraverso una nuova avanguardia culturale e sociale fondata sul desiderio. Io credo, invece, che sia ancora marxianamente sui bisogni che si fondi il rapporto tra capitale e lavoro, tra soggettività e istituzione, tra individuale e sociale.

In questo senso, alcune analisi come quelle elaborate da Deleuze e Guattari nell'*Antiedipo*²⁸ e *Millepiani*²⁹, proponendo una visione della soggettività slegata dalla realtà dei bisogni materiali e concentrando l'attenzione quasi esclusivamente sulla dinamica molecolare e immateriale dei flussi di desiderio – quella dei corpi e delle macchine desideranti – hanno finito paradossalmente per offrire il fianco alle forme più neoliberali di manipolazione della soggettività. La "deterritorializzazione" del desiderio rispetto ai contesti, e il suo sganciamento definitivo dall'economicismo – che assume talora solamente una funzione regolativa e di irreggimentazione dei flussi – pone la base per una perdita radicale di un'analisi sociale e materiale dei rapporti di

²⁵ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., pp. 57-58.

²⁶ Qualcuno si era persuaso troppo frettolosamente che l'antagonismo di classe appartenesse ad un lessico categoriale ormai superato dall'evoluzione della società. La dinamica storica di questi ultimi 40 anni dovrebbe aver spazzato via ogni illusione postmoderna e revisionista sulla questione della lotta di classe. Si veda in proposito: L. Gallino, *La lotta di classe dopo la lotta di classe*, Laterza, Bari, 2012.

²⁷ Mi riferisco in particolar modo alle teorizzazioni di una certa corrente filosofica che fa riferimento ai lavori di Gilles Deleuze e Felix Guattari.

²⁸ G. Deleuze, F. Guattari, *L'antiedipo*, Einaudi, Torino, 1975.

²⁹ G. Deleuze, F. Guattari, *Millepiani. Capitalismo e schizofrenia*, Castelveccchi, Firenze, 2006.

produzione (cioè storico-dialettica) e quindi di una possibile ricomposizione politica di organizzazioni e classi sociali in grado di lottare e sovvertire questi rapporti di forza. Essa si esprime solamente come “forza del molteplice e della differenza” senza avere però più alcun radicamento nelle condizioni di oggettivo sfruttamento, disuguaglianza sociale e divisione del lavoro in cui sono costrette a vivere intere masse di popolazione³⁰.

Continuando a ridurre la questione della salute e della malattia a polarità di segno opposto, depoliticizzandone il senso, relegando la sofferenza ad una dimensione psicologica, emozionale, al massimo “comunicativa” o interpersonale dell’esperienza umana, il capitale continua a mantenere la scienza come modo del potere.

Guarire è un po’ morire: essere i nuovi “sani” funzionari del consenso

Ebbene, finora ho cercato di spiegare come il modo di produzione capitalistico abbia determinato e continui a determinare le forme di organizzazione e gestione della malattia e della cura. Processi che aprono un’altra questione posta in *Salute/Malattia* e che mi sembra essenziale nell’attuale composizione dei servizi: cos’è la guarigione che produce la fabbrica di cura? Di quale guarigione si può parlare oggi nella società in cui viviamo?

Così si esprime la Ongaro: *“In questa condizione di espropriazione totale, la guarigione non può che essere qualcosa di estraneo a chi la ottiene, tanto che il malato guarito si porterà a casa la salute come un oggetto – ignaro di quanto gli è successo, svuotato anche dal bisogno che esprimeva attraverso la malattia dal processo della cura. [...] Finalmente identificato nella malattia di cui è guarito, egli stesso la riconoscerà nel sintomo cui la cura ha risposto, non riconoscendo più la natura del disagio che lo precedeva. La fabbrica della cura ha quindi prodotto guarigione, ma una guarigione che corrisponde alle regole tecniche e alla logica aziendale, più che al risultato di un rapporto partecipato con la sofferenza, il disagio, il bisogno che l’uomo esprime attraverso la malattia. Ma insieme a questa guarigione tecnica, estranea alla sofferenza dell’uomo, essa ha prodotto qualcosa di più profondo: una forma di adesione, di consenso da parte del malato nei confronti della codificazione del sintomo, nei confronti della malattia, della cura. [...] La*

³⁰ Su come questa deriva ideologica abbia avuto profonde ripercussioni sulla lettura dei fenomeni sociali da parte delle scienze umane, e sugli sviluppi successivi in termini di azione politica di alcuni movimenti sociali, vi sarebbe molto da dire. Penso soprattutto alle elaborazioni di alcuni teorici del “capitalismo cognitivo” come nuova forma di ristrutturazione del capitale nell’epoca contemporanea. Mi rendo conto tuttavia che lo sviluppo di quest’analisi richiederebbe una trattazione più estesa che esula dagli scopi del presente lavoro e che qui può essere espressa solo in forma molto embrionale e parziale. Mi riservo di tornarci approfonditamente in un lavoro successivo. Devo comunque questa elaborazione anche alla lettura di un recente lavoro di Carlo Formenti: C. Formenti, *Utopie letali. Contro l’ideologia postmoderna*, Editoriale Jaca Book, Milano, 2013.

fabbrica della cura diventa implicitamente una fabbrica di consenso che annulla le potenzialità soggettive e partecipative dell'uomo, già ridotte e amputate dall'organizzazione del lavoro e della vita sociale."³¹

Questa “fabbrica di consenso” è oggi perfettamente funzionante in ambito medico e psichiatrico, nella misura in cui la questione della salute e della malattia continuano ad esprimersi in una prospettiva unicamente individuale di significati e di azioni, e mai attraverso una visione collettiva di affrontamento dei problemi. Così, la sofferenza individuale rimane il metro con cui si continua a misurare una sofferenza sociale e materiale che la contiene e la problematizza. Una sofferenza individuale destoricizzata, circoscritta al sintomo e all'espressione della sua “esplosività violenta, incontrollabile e incomprensibile”. A questo fa da sfondo una clinica che mantiene l'antico vizio di escludere i fattori sociali e materiali dandone di volta in volta un'interpretazione psicologica o fenomenologica, oppure appiattendola nelle formulazioni di un sociologismo ingenuo che sfocia spesso in un materialismo volgare di stampo positivista³².

Le tecniche di una nuova schiavitù: il ritorno dei “tecnologi del comportamento”

Io credo che una parte di responsabilità nell'aver ridotto spesso la sofferenza (sia fisica che mentale) ad un mero sintomo psicologico individuale o gruppale, sia da ascrivere ad alcune letture ed interpretazioni derivanti da saperi come la psicoanalisi e la psicoterapia. Letture che sovente ripropongono un'analisi puramente individualizzata - o al massimo gruppalizzata³³ - del disagio umano. Approcci interpretativi che hanno finito gradualmente per depotenziare la matrice politica

³¹ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 59.

³² Questa tesi non è naturalmente nuova e la bibliografia sull'argomento sarebbe vastissima. Mi limito alla segnalazione di un testo fondamentale per comprendere il rapporto tra scienze umane, materialismo dialettico e prassi trasformative: Sergio Piro, *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano, 1971.

³³ Anche le cosiddette terapie di gruppo non fanno eccezione rispetto alla questione del ruolo dello psichismo nella determinazione del disagio individuale e sociale. Nate come terapia ricostituente dei “nevrotici di guerra”, allo scopo di riabilitare forza-lavoro da rimandare al fronte durante la seconda guerra mondiale – si vedano in particolare i primi studi dei pionieri della terapia di gruppo, Bion e Foulkes – esse hanno conservato e conservano tuttora l'obiettivo di un riadattamento ai valori dominanti, riproducendo nel microcontesto gruppale quelle stesse dinamiche che sono proprie di tutti i gruppi sociali (leadership, ruoli sociali, conflitti interpersonali e intrapsichici), ma senza mai mettere in discussione le implicazioni politiche, sociali, valoriali e di classe che ne sono alla base. Per quanto la psicoterapia si sforzi di essere “sociale” la sua interpretazione dei fenomeni umani rimane essenzialmente psicologica e non storico-dialettica. Rimane dunque un'analisi sovrastrutturale che mantiene inalterata la questione dei rapporti di forza. Nel contesto italiano alcuni tentativi per riportare la psicologia e la psicoterapia anche sul piano del materialismo dialettico sono stati compiuti da Paolo Tranchina e da Sergio Piro. Si vedano in particolare: P. Tranchina, *Norma e antinorma, esperienze di psicanalisi e lotte antistituzionali*, Feltrinelli, Milano, 1979; *Il segreto delle pallottole d'argento. Psicoterapia, servizio pubblico, psicosi*, Centro di Documentazione Pistoia, Pistoia, 1984; *Psicoanalista senza muri. Diario da un' istituzione negata*, Centro di Documentazione di Pistoia, Pistoia, 1989 e S. Piro, 1971, op. cit.; *La scacchiera maledetta*, Tempi Moderni, Napoli, 1980. In ambito internazionale si può fare riferimento al contributo classico della scuola di Berlino: Klaus Holzkamp, *Psicologia critica*, Mazzotta, Milano, 1974.

di questi problemi annullandone l'aspetto conflittuale e storico-dialettico³⁴. Di più: oggi il vero ruolo della psicologia e dei “saperi psi” nell'ambito della medicina, sembra collocarsi proprio all'intersezione di un discorso sul disagio che usa i processi comunicativi e le categorie psicologiche di “emozione” e “narrazione” per creare illusoriamente un nuovo ponte tra curante e curato. Categorie che la medicina e la clinica oggi utilizzano come veicoli comunicativi allo scopo di dare l'impressione al malato di una ridotta distanza sociale e interpersonale tra lui e il medico³⁵.

Il malato, dunque, vive l'illusione di una partecipazione alla cura perché ora può parlarne, può esprimere emozionalmente il proprio vissuto, mentre le condizioni che hanno determinato la sua malattia o il suo disagio rimangono ancorate alla sua storia individuale come “accidente incomprensibile” e della cui gestione continuerà ad occuparsi la clinica. Il medico, in questo modo, rafforza la sua posizione di “dispensatore di cura” e non ha più bisogno di ottenere il consenso del paziente attraverso pratiche coercitive. Gli basterà farlo “parlare di sé” e della sua storia per conquistare definitivamente la sua “compliance”, oppure delegare questo compito ad uno psicologo associato al suo ambulatorio o strutturato nel suo reparto. Nel caso in cui il malato non accetti questa impostazione, il medico potrà sempre parlare di “paziente non collaborante”, “non compliant” o “difficile” e tornare ad utilizzare i vecchi sistemi di convincimento per una persona refrattaria alle cure. Allora il malato sarà “guarito” solamente se rientrerà nel circolo produttivo di massa (divenendo consumatore passivo della prestazione sanitaria), o in quello riproduttivo della diagnosi precoce (che lo sottopone agli infiniti screening ed esami di valutazione).

Per quanto riguarda, invece, più strettamente la psicoterapia, credo che le parole della Ongaro rimangano ancora oggi straordinariamente attuali: *“I trattamenti psicoterapici tendono, infatti, alla conferma dei valori dominanti, cioè all'adattamento dell'individuo alle norme codificate della vita associata. Il consolidamento dei ruoli, lo spostamento del disagio sociale sul piano del conflitto interpersonale, l'illusione della liberazione dalle dipendenze in un mondo in cui*

³⁴ Ho tentato di sviluppare ulteriormente questa analisi in un articolo apparso online sulla rivista lavoro culturale dal titolo: *“Il secolo psicologico. Prodromi di una socialità senza sociale”* reperibile qui: www.lavoroculturale.org/reparto-agitati-9/. In questo senso mi tornano in mente le parole dello psichiatra Sergio Piro: “Tutto ciò che viene colto nel lavoro psicologico, vale a dire tutto ciò che è rilevante nella condizione umana vissuta, è dunque determinato dalla storia dell'uomo nel suo ambiente formativo, nei suoi rapporti sociali e microsociale, nelle sue mediazioni ideologiche e culturali, nella sua matrice di classe, nei suoi rapporti con la produzione e con il lavoro” in S. Piro, 1971, op. cit., p. 25. Si veda anche: AA.VV., *I tecnologi del comportamento*, CLEUP, Padova, 1977.

³⁵ Penso qui a tutta la retorica contenuta nel modello americano della Narrative Based Medicine fondato da Rita Charon (si veda: R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York, 2006) e consistente in un approccio che valorizza le capacità empatiche del medico nel saper ascoltare le storie dei pazienti. Un modello che lungi dal contrastare la medicina tradizionale nel processo di oggettivazione del malato, sembra rafforzarlo proponendo un potenziamento dell'aspetto relazionale e comunicativo come riduzione illusoria della distanza tra curante e curato. Una distanza che rimane incolmabile perché ancora incolmabile è il rapporto di sapere/potere tra chi lo esercita (il medico) e chi lo subisce (il malato).

*siamo tutti centralmente condizionati, il rafforzamento dell'io e dell'individuo in una dimensione sociale in cui non c'è posto né per l'individuo, né per esperienze personali vere in cui l'uomo possa misurarsi con se stesso, con gli altri e con le cose: tutti questi meccanismi non servono che a confermare ulteriormente – attraverso l'introjezione della logica che li spiega – l'ordine sociale e le gerarchie dei valori esistenti.”*³⁶

Questa formulazione rafforza l'idea che i valori dominanti determinino anche oggi una percezione distorta delle condizioni di oggettivo sfruttamento, precarietà, marginalizzazione ed esclusione sociale e delle possibili vie d'uscita da queste situazioni di disagio individuale e collettivo. Tali condizioni vengono spesso rappresentate come mere categorie sociologiche o situazioni individuali e gruppal da interpretare psicologicamente. A scopo esemplificativo può essere utile ragionare sul ruolo della classe media – vecchia cliente del divano psicoanalitico – ormai in gran parte proletarizzata e costretta a ritagliarsi uno spazio nel terziario arretrato, la quale vive spesso l'incubo di una condizione di progressivo “scivolamento” verso condizioni di privazione sociale e materiale che non riesce a “leggere” se non attraverso le nuove categorie diagnostiche che le offrono la psichiatria, la psicoanalisi o i modelli psicoterapeutici di nuova generazione. Così ogni nuovo comportamento “anomalo” e non codificato della “*middle class*”, viene riclassificato attraverso una nuova diagnosi clinica che ne certifica la “dignità di trattamento” da parte del tecnico deputato ad occuparsene. L'alienazione del “giocatore d'azzardo compulsivo”, del “navigatore virtuale”, del “cyberbullista”, tanto per fare alcuni esempi di una condizione esistenziale che si radica spesso nella disperazione di una solitudine insopportabile, trova la sua ragion d'essere in una nuova categoria clinica che ne razionalizza l'eccedenza “abnorme”. Questa “eccedenza”, resa razionale, può ora iscriversi nel criterio di una malattia e quindi di una salute che si danno solo come non adattamento o adattamento ad una norma codificata. Una norma di cui continua a farsi garante un “tecnico psi” capace di leggere, interpretare e trattare il fenomeno “deviante” in modo specialistico e settoriale³⁷. Il ceto medio, come nuova “*maggioranza deviante*”³⁸, rischia dunque di perdere di vista una condizione esistenziale che non è più affrontabile esclusivamente con gli attrezzi interpretativi dello specialismo disciplinare, ma che necessita di

³⁶ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 60.

³⁷ Naturalmente per la “normalizzazione” delle classi subalterne del proletariato arretrato e del sottoproletariato italiano e straniero, meno avvezze a farsi addomesticare dalle tecniche psicologiche, rimane più efficace la violenza addizionale della gestione istituzionale.

³⁸ Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino, 1971.

un'analisi politica e sociale che solo un approccio dialettico può ricollocare in una realtà storicamente determinata.

Riabilitare o intrattenere? Problemi ed ambiguità della riorganizzazione capitalistica della forza-lavoro nella società post-fordista.

Queste considerazioni, ci portano inevitabilmente ad affrontare un altro dei grandi nodi irrisolti evidenziati nel volume della Ongaro: la questione dell'*Esclusione/integrazione*. Pensiamo per un momento alla questione del lavoro come possibilità di “riabilitazione sociale” per il “malato”. Scrive la Ongaro citando Marx, che la produzione capitalistica delle merci riduce “*le relazioni sociali [dei produttori ad apparire] come quel che sono, cioè non come rapporti immediatamente sociali fra persone nei loro stessi lavori, ma anzi, come rapporti di cose fra persone e rapporti sociali tra cose*³⁹”. Il lavoro, inserito in questa logica, “*non è dunque più un mezzo per la vera autorealizzazione dell'uomo, [...] ma diventa mezzo di espropriazione non solo della sua forza-lavoro ma della sua stessa umanità. [...] Lo sfruttamento appare dunque come uno dei mezzi attraverso i quali il processo di esclusione/integrazione rivela più chiaramente l'uso dell'uomo nella società capitalistica.*”⁴⁰ La soggettività dell'uomo, continua la Basaglia, “*espropriata dal nuovo modo di produzione la cui finalità gli è totalmente estranea, sparisce nel momento in cui, rendendo disumano il lavoro umano, si rende disumano l'uomo che lavora*”.⁴¹

Come non ritrovare in questa analisi, molte delle contraddizioni che vediamo aprirsi nei percorsi di riabilitazione psichiatrica? Come non pensare ad una condizione in cui spesso l'uomo malato rientra nel gioco produttivo e sociale senza garanzie, se non quella del suo sfruttamento per poche centinaia di euro o di una solitudine disperata o disperante? Come non vedere, infine, nelle parole della Ongaro, quel meccanismo perverso in cui il sussidio di invalidità per “infermità di mente” o “malattia cronica inguaribile” diviene l'unico fondamento di esistenza che garantisce contemporaneamente la sopravvivenza materiale, il perpetuarsi dello stigma e la morte civile? Provando ad allargare i presupposti di questa elaborazione sull'*esclusione/integrazione*, non possiamo non riferirci ad una situazione attuale che è emblematica del ruolo delle istituzioni, dei servizi e delle loro politiche nel progressivo smantellamento di quello Stato sociale e che, pur con

³⁹ K. Marx, *Il capitale. Critica dell'economia politica*, Einaudi, Torino, 1975, p. 125.

⁴⁰ F. O. Basaglia, *Salute/Malattia*, Einaudi, 1982, p. 84

⁴¹ Ivi, p. 85

tutte le sue contraddizioni, aveva sostenuto la possibilità di immaginare nuove forme di organizzazione sociale e del lavoro in grado di affrontare le contraddizioni della “malattia”⁴².

Viene allora da chiedersi quale sia il livello di integrazione possibile per una persona che vive la drammatica esperienza della “malattia” in una condizione di dipendenza da qualsiasi organismo istituzionale e/o familiare e che vede ridotte le proprie risorse sociali e materiali. Uomini e donne sempre più inghiottiti dallo squallore e dalla solitudine delle periferie e dei ghetti urbani e suburbani, o annientati oggi da una condizione di migrazione che non garantisce più alcuna assistenza, lavoro e protezione sociale. Qual è insomma il prezzo dell’inclusione dopo quello dell’esclusione? La Ongaro sembra rispondere in modo esemplare a questa domanda quando scrive: *“ciò che si sposta è il confine fra «contratto» e «invalidazione», nel senso che l’organizzazione può aver bisogno di assorbire gli elementi più «vicini» alla norma – o considerati tali – che possono essere facilmente recuperati in quanto lo stesso sistema produttivo che li aveva espulsi può successivamente aver bisogno di riassorbirli.”*⁴³ Il prezzo di questo “riassorbimento” è dunque quello di adattarsi al nuovo ritmo imposto dalla produzione, di essere disponibile come forza-lavoro di riserva in tempi di espansione economica o di eventi bellici, e come forza-lavoro alienata in tempi di recessione economica.

Esemplari mi sembrano a questo proposito le parole di Franco Basaglia: *“L’istituzionalizzazione dell’abnorme, con relativa stigmatizzazione sociale, è un fenomeno direttamente legato alla nascita dell’era industriale e alla sua fase di espansione, quando cioè è risultato necessario codificare le diversità e creare per esse apposite istituzioni (e relative ideologie scientifiche) per separare gli elementi di disturbo sociale da quelli produttivi. Da questo momento, il limite di norma è stato esplicitamente definito in base alle esigenze della produzione, il che si concretava nel dilatarsi o ridursi della tolleranza verso l’abnorme a seconda delle necessità dettate dalle fasi alterne dello sviluppo industriale”*⁴⁴.

⁴² Si veda in particolare: O. De Leonardis, D. Mauri, F. Rotelli, *L’impresa sociale*, Anabasi, Milano, 1994; G. Gallio, *Io, La Chu. Conversazioni sull’essere e diventare cooperativa*, Edizioni “e”, Trieste, 1990; G. Gallio, *Nell’impresa sociale: cooperazione, lavoro, ri-abilitazione, culture di confine nelle politiche di salute mentale*, Edizioni “e”, Trieste, 1991; A cura di Myrian Da Rin, *Il lavoro fra alienazione e liberazione*, Marsilio, Padova, 1991 e B. Saraceno, *La fine dell’intrattenimento*, Etas libri, Milano, 1995.

⁴³ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 146.

⁴⁴ Franco Basaglia, *Riabilitazione e controllo sociale*, in *Omaggio degli allievi a Giambattista Belloni*, Ticci, Siena, p. 49. Per un’analisi molto ben argomentata dei rapporti tra psichiatria ed economia politica, si veda anche: R. Warner, *Schizofrenia e guarigione. Psichiatria ed economia politica*, Fetrinelli, Milano, 1991 e il più datato ma sempre fondamentale A. B. Hollingshead, F. Redlich, *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino, 1965.

Nella situazione attuale, mi pare di poter vedere che la questione dell'adattamento alla norma sembra avviata ad una forma "mista" di ristrutturazione del capitale, che vede, da un lato, una certa quota di marginalità produttiva nella partecipazione dei soggetti più vicini alla norma alla gestione dei servizi⁴⁵ e dall'altro una certa quota di marginalità improduttiva che si riferisce agli elementi "non collaboranti" che rientrano nel fenomeno della devianza codificata⁴⁶. Eppure continua ad esserci uno "scarto fra un corpo che non accetta di essere tale e un corpo economico i cui bisogni non possono non essere antagonisti a quelli dell'individuo e della collettività."⁴⁷ E' questo scarto che mantiene aperta la contraddizione tra corpo economico e corpo sociale e produce quindi «sofferenza». La presenza di questa sofferenza è "la spia della mancata identificazione fra corpo e corpo economico, quindi il segno di una soggettività che reagisce e rifiuta l'accerchiamento di cui è oggetto"⁴⁸.

Una soggettività alienata che continua dunque a lottare costantemente all'interno e al di fuori di servizi fondati sulla convinzione che "sia sufficiente allargare il trattamento del singolo al contesto in cui vive, per sanare al tempo stesso i conflitti di ordine psicologico e i conflitti sociali che li producono"⁴⁹. Questi servizi, nella forma attuale, continuano a valorizzare l'aspetto clinico della medicina, ampliando le possibilità del suo intervento attraverso l'assorbimento delle nuove scienze sociali. In questo modo, l'organizzazione territoriale, la politica di prevenzione, le brevi degenze, l'assistenza domiciliare, i reparti di psichiatria e di medicina generale si affollano di un nuovo esercito di tecnici (psicologi, assistenti sociali, sociologi, antropologi, counsellor). "Tale organizzazione continua a ruotare intorno alla figura del medico/psichiatra che può ora affrontare nella multidisciplinarietà del suo intervento, la contemporanea presenza nel disturbo di aspetti diversificati"⁵⁰.

⁴⁵ Ho provato ad analizzare i livelli di ambiguità di attivazione dell'utenza nei servizi di salute mentale, con particolare riferimento alle nuove forme di interlocuzione e di cogestione di alcune attività dipartimentali come ad esempio il fenomeno abbastanza recente nato in Trentino degli U.F.E. – Utenti e Familiari Esperti. Si veda: R. Ierna, L. Negrognolo, "L'inclusione è terapeutica? Problemi ed ambiguità della partecipazione" op. cit.

⁴⁶ O di tutti coloro che per varie ragioni già usufruiscono dei sussidi di invalidità per malattia o disabilità permanente.

⁴⁷ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 138.

⁴⁸ Ivi, p. 138.

⁴⁹ Ivi, p. 146.

⁵⁰ Ivi, p. 147.

Medicalizzazione sociale e tecnologie dell'evidenza: dove va la medicina del XXI secolo?

Questo discorso apre a mio avviso un'ultima grande questione che è quella della “medicalizzazione della società”. Scrive la Ongaro: *“La medicina del XX secolo si trova a dover affrontare una patogenicità generalizzata (luoghi e modi di lavoro, metropoli, nocività dei nuovi prodotti chimici e alimentari, inquinazione dell'aria, ecc.), mentre continua ad affrontare, contemporaneamente, la vecchia patologia che si continua a produrre nelle sacche di arretratezza, di povertà e di indigenza. La separazione della medicina dalla globalità della vita dell'uomo e dalla complessità dei suoi bisogni, è ormai cristallizzata in una divisione del lavoro che non consente passaggi da un settore di intervento all'altro. La relazione fra malattia e ciò che la produce diventa sempre più esplicita, ma anche sempre più inesorabilmente inevitabile. Il carattere naturale e ineluttabile della malattia, così come appariva agli albori del processo scientifico-positivistico, sembra riappropriarsi della malattia prodotta dalla nocività e dall'organizzazione del lavoro e della vita sociale che, una volta imposta come naturale, rende naturali anche le malattie che produce.”*⁵¹

Prigioniera di questa logica, la medicina del XXI secolo continua ad inseguire le nuove “forme” della patologia, che discendono dal mutare delle condizioni di vita e di lavoro. Essa non fa che procedere nell'invenzione di tecniche, strumenti e dispositivi sempre più precisi e sofisticati che le diano l'evidenza” del suo agire⁵² e la correttezza dei suoi risultati, seguendo la spirale del progresso scientifico e tecnologico. Ma questa scienza e questa tecnologia, tentando di approssimarsi alle scienze naturali attraverso sistemi di rilevazione dell'errore sempre meno fallibili, rischiano in fondo di perdere proprio quel soggetto complesso e irriducibile che è l'uomo inserito storicamente nelle contraddizioni del lavoro e della vita sociale. Di renderlo un oggetto “naturale” di una scienza del potere, invece di un soggetto storificato di una scienza umana che è al servizio dei suoi bisogni e di quelli di una classe sfruttata. Una scienza del capitale contro il lavoro, dell'uomo contro l'uomo, dello sfruttamento contro la liberazione da qualsiasi forma di assoggettamento.

Allora, compito e “ruolo dei tecnici che operano in questo settore dovrebbe consistere nello svelare praticamente cosa sta sotto alla neutralità della scienza, all'intervento tecnico neutrale; nel dimostrare concretamente in che cosa consista il consenso che producono; nel rifiutarsi di

⁵¹ Ivi, p. 204.

⁵² L'EBM (Evidence Based Medicine) è la nuova frontiera di una medicina che cerca nelle evidenze empiriche dei suoi “risultati” una ragione strumentale per giustificare il suo ennesimo tragico tentativo di riprodursi come scienza naturale.

avvicinare i fenomeni di loro competenza, mantenendosi arroccati nell'isolamento in cui la scienza stessa li ha sempre mantenuti. Il loro intervento su un fenomeno parziale, settoriale, artificialmente isolato e reso assoluto, non è la garanzia della serietà scientifica del loro lavoro, ma la garanzia che tutto ciò che ha una relazione diretta con il mondo economico-sociale sia automaticamente trasferito nell'individuo, anche nel momento in cui si presume di prendere in considerazione le implicazioni sociali presenti nei fenomeni.”⁵³

Ai tempi di Franca Ongaro Basaglia, smascherare la falsa neutralità scientifica del proprio ruolo, recuperare il senso politico del proprio lavoro, agire sulle contraddizioni della vita sociale per determinare processi di emancipazione e di liberazione da condizioni di sfruttamento e di oppressione, erano le prassi su cui si voleva fondare un nuovo modo di intendere i rapporti, una nuova società. Garantire condizioni di salute e di malattia accettabili per una vita umana, lottare insieme a coloro che esprimono più direttamente nella sofferenza la contraddizione tra corpo economico e corpo sociale, dovrebbero essere, oggi come ieri, i valori fondanti sui quali ogni scienziato, ogni tecnico, ogni uomo e ogni donna scelgono di agire in questo campo. In questa etica del lavoro, nella responsabilità di un ruolo professionale e nell'impegno politico che ne è alla base, io credo, sta ancora l'attualità dell'insegnamento di Franca Ongaro Basaglia. Un insegnamento che si lega ad una pratica di vita e di lotta contro ogni facile riduzionismo della realtà. L'etica di una prassi, per una scienza finalmente libera dall'egemonia del capitale.

⁵³ F. O. Basaglia, 1982, op. cit., p. 232.

Bibliografia

- AA.VV. [1970]: *Quaderni rossi*, 8 voll., ristampa, Sapere edizioni, Milano.
- AA.VV. [1977]: *I tecnologi del comportamento*, CLEUP, Padova.
- AA.VV. [1979]: *Classe operaia*, reprint completo 1964-1967, Collettivo Editoriale Librirossi, Milano.
- BASAGLIA F. [1972]: *Riabilitazione e controllo sociale*, in *Omaggio degli allievi a Giambattista Belloni*, Ticci, Siena.
- BASAGLIA F. [1981]: *Scritti vol. I, 1953-1968*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F. [1982]: *Scritti vol. II, 1968-1980*, Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F.; BASAGLIA ONGARO F. [1971]: *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino.
- BELLINI A. [2014]: *Il puzzle dei ceti medi*, Firenze University Press, Firenze.
- CASTEL R. [1975]: *Lo psicanalismo*, Einaudi, Torino.
- CASTEL R. [1979]: *La société psychiatrique avancée*, Grasset, Paris.
- CASTEL R. [1981]: *La gestion des risques*, Le editions de minuit, Paris.
- CASTEL R. [1982]: *Verso una società relazionale*, Feltrinelli, Milano.
- CHARON R. [2006]: *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illnes*, Oxford University Press, New York.
- DA EMPOLI G. [2013]: *Contro gli specialisti*, Marsilio, Padova.
- DE LEONARDIS O. [1990]: *Il terzo escluso*, Feltrinelli, Milano
- DE LEONARDIS O. [1998]: *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano
- DE LEONARDIS O., MAURI D., ROTELLI F. [1994]: *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano.
- DELEUZE G.; GUATTARI F. [1975]: *L'antiedipo*, Einaudi, Torino.
- DELEUZE G.; GUATTARI F. [2006]: *Millepiani*, Castelvecchi, Roma.
- FORMENTI C. [2013]: *Utopie letali*, Editoriale Jaca Book, Milano.
- GALLINO L. [2012]: *La lotta di classe dopo la lotta di classe*, Laterza, Bari.
- GALLIO G. [1990]: *Io, la Clu*, Edizioni "e", Trieste.
- GALLIO G. [1991]: *Nell'impresa sociale*, Edizioni "e", Trieste.

- HOLLINGSHEAD A. B., REDLICH F. [1965]: *Classi sociali e malattie mentali*, Einaudi, Torino.
- HOLZKAMP K. [1974]: *Psicologia critica*, Mazzotta, Milano.
- IERNA R. [2013]: *Il secolo psicologico. Prodromi di una socialità senza sociale*, articolo pubblicato online sulla rivista “Lavoro culturale” a questo indirizzo: www.lavoroculturale.org/reparto-agitati-9/.
- IERNA R., NEGROGNO L., [2014]: *L’inclusione è terapeutica? Problemi ed ambiguità della partecipazione*, articolo pubblicato online sulla rivista “Lavoro culturale” a questo indirizzo: <http://www.lavoroculturale.org/questione-inclusione/>.
- ILLICH I. [2008]: *Esperti di troppo*, Erickson, Milano.
- MACCACARO G. A. [1976]: *Vera e falsa prevenzione*, in Sapere n. 794, Dedalo, Bari.
- MACCACARO G. A. [1979]: *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano.
- MANGONI L. [1999]: *Pensare i libri*, Boringhieri, Torino.
- MARX K. [1975]: *Il capitale*, Einaudi, Torino.
- MINGIONI E. [1971]: *La proletarizzazione dei ceti medi*, CUEM, Milano.
- ONGARO BASAGLIA F. [1982]: *Salute/malattia. Le parole della medicina.*, Einaudi, Torino.
- ONGARO BASAGLIA F. [1987]: *Governare la riforma*. In: “Dalla Psichiatria alla salute mentale”, Salemi, Roma.
- ONGARO BASAGLIA F. [2012]: a cura di M.G. Giannichedda, *Salute/malattia. Le parole della medicina.*, Alpha Beta Verlag, Trieste.
- PIRO S. [1971]: *Le tecniche della liberazione*, Feltrinelli, Milano.
- PIRO S. [1980]: *La scacchiera maledetta*, Tempi Moderni, Napoli.
- SARACENO B. [1995]: *La fine dell'intrattenimento*, Etas libri, Milano.
- TRANCHINA P. [1979]: *Norma e antinorma*, Feltrinelli, Milano.
- TRANCHINA P. [1984]: *Il segreto delle pallottole d'argento*, Centro Documentazione di Pistoia, Pistoia.
- TRANCHINA P. [1989]: *Psicoanalista senza muri*, Centro Documentazione di Pistoia, Pistoia.
- VOLPI R. [2008]: *L'amara medicina*, Mondadori, Milano.
- WARNER R. [1991]: *Schizofrenia e guarigione*, Feltrinelli, Milano.