

Servizi/solidarietà/supporto sociale

VINCENZO PASTORE

All'inizio degli anni '70, nella fase di compimento della esperienza di trasformazione istituzionale in corso nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, nel momento in cui il lavoro di trasformazione/negazione dell'Istituzione Manicomiale cominciava a palesare i propri limiti e ci si interrogava sulle strategie da mettere in campo, divenne chiaro a tutti i protagonisti della vicenda (medici, infermieri e pazienti) che era necessario andare al di là.

Si trattava, secondo quanto allora veniva affermato, di avviare scambi organici con l'esterno, di calarsi pienamente dentro la comunità, pena l'esaurimento dell'esperienza con il rischio della implosione.¹

Si diceva, allora, che una volta svelate e messe a nudo le connessioni esistenti tra il manicomio e le logiche presenti nell'organizzazione sociale che l'aveva prodotto, era necessario ricondurre le contraddizioni rappresentate dalla follia (e quelle che intorno ad esse si organizzano) all'interno della comunità che le aveva prodotte ed espulse.

Una volta scoperta la impossibilità, non solo di curare, ma anche solo di incontrare la realtà della sofferenza al di sotto delle sovrastrutture istituzionali, si ipotizzava la possibilità che tale incontro potesse finalmente avvenire all'interno della comunità, e al suo interno, e con il concorso delle forze ivi esistenti ci potesse aprire un nuovo livello di confronto.

In queste indicazioni, e nelle ipotesi di lavoro che ne sono derivate stanno già, io credo, le premesse di tutto ciò che si è successivamente venuto sviluppando nell'ambito delle esperienze di psichiatria comunitaria italiana, al cui interno sono venute realizzandosi condizioni concrete di esercizio della assistenza psichiatrica tali da consentire esperienze altrove difficilmente riproducibili.

La nostra legislazione, infatti, con la normativa

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. V. Pastore, Unità Operativa di Psichiatria, USL No. 13 Area Livornese, Regione Toscana, CTSM Frediani, Via del Mare 84, 57100 Livorno.

che decise la «chiusura» dei manicomi (anche se — di fatto — i risultati sono lontani dalle aspettative) ha nella realtà prodotto l'auspicato spostamento dei livelli di contraddizione, rendendo necessario trasformare radicalmente l'approccio al problema della follia. (Si è venuto così a definire uno scenario assolutamente unico nel panorama internazionale, giacché la impossibilità di utilizzare il manicomio costituisce un fatto esistente solo in Italia).

Il nodo teorico fondamentale sta nel passaggio dalla concezione della malattia intesa come accidente naturale, che invade un individuo spossandolo delle sue caratteristiche di umanità, alla tensione verso l'incontro con l'individuo sofferente, nella complessità della sua vita intera, incontro da realizzarsi all'interno della comunità di appartenenza, nella rete di rapporti sociali che definiscono l'esistenza.²

Nel periodo «alto» del movimento per la trasformazione sociale, quando la società italiana era attraversata da spinte molteplici verso il progresso delle condizioni della convivenza civile — periodo che produsse importanti riforme, tra cui anche quella psichiatrica — fu coltivata la «fantasia» che, una volta superata la fase della trasformazione istituzionale, una volta aperti i manicomi ed entrati nella comunità, (allora si diceva «il territorio»), si sarebbe incontrata una realtà «liberata», in cui le capacità «terapeutiche» della solidarietà comunitaria, spontaneamente sprigionatesi nel contatto con la follia, avrebbero consentito di farsi carico della domanda proveniente da quest'area di disagio e di malessere, ipotizzando

¹ È nota la successiva evoluzione: a fronte della generalizzata spinta verso l'uscita dai confini dell'Ospedale, l'Amministrazione Provinciale decise, di fatto, di chiudere l'esperienza di trasformazione in corso, affidandone la successiva gestione ad un gruppo di tecnici assoldato con l'incarico di «normalizzare» la esperienza.

² Già nel 1970, oltre agli organici rapporti esistenti con il Movimento Studentesco, le tematiche della trasformazione della psichiatria avevano stimolato il concreto impegno e di forze sociali (il sindacato) e di aggregazioni spontanee di cittadini (Associazione per la lotta contro le Malattie Mentali).

quasi la inutilità di qualsiasi mediazione «tecnica».

Nella realtà i territori, le comunità, anziché luoghi di rapporti umani all'insegna della accoglienza e della solidarietà, si rivelarono luoghi ricchi di contraddizioni, anche radicali, tra i bisogni di molti e la capacità di rispondere ad essi.

Si toccò con mano, attraverso le prime esperienze territoriali, che il territorio era attraversato (e in parte governato) da regole sintoniche con quelle logiche manicomiali che si era, in parte almeno, riusciti a superare dentro le istituzioni in trasformazione. Il fronte andava, quindi, allargato, mantenendo fermi gli obiettivi: lavorare per mettere in discussione quelle logiche, per modificarle, nel tentativo — anche — di rendere possibili nuovi modi di essere tra la gente. La contestualità dell'intervento, dentro e fuori dalla istituzione manicomiale, fu la indicazione che negli anni '70 indirizzò le pratiche più significative e avvertite.

In questa dimensione, nuovi compiti si ponevano agli operatori dei servizi: entrare nelle città, articolare con esse un confronto, misurarsi concretamente con le contraddizioni in esse presenti.

In prima istanza si trattava di modificare la situazione di partenza, irrimediabilmente segnata dal conflitto connesso con la contrapposizione (almeno apparente) degli interessi in campo.

È infatti molto chiaro che, almeno inizialmente, la proposta di cui il servizio è portatore è radicalmente opposta rispetto alle esigenze della popolazione al cui servizio intende porsi: la comunità, infatti, implicitamente, a volte anche esplicitamente, chiede che la psichiatria la preservi dal contatto, dal confronto con la diversità/follia, e chiede dunque ai servizi di continuare ad esercitare quella difesa dell'ordine sociale per cui la Psichiatria è nata. La proposta del servizio è esattamente l'opposta: la comunità deve modificarsi per mantenere la diversità al suo interno, e sviluppare nei suoi confronti capacità di risposta positiva e solidale.

La mancata consapevolezza e lucidità intorno a questa sorta di antinomia — in un certo senso strutturale — e la difficoltà di agire questi livelli di contraddizione hanno in molti casi indotto la delusione, il ritiro in dimensioni di separazione, il ritorno all'enfasi delle tecniche, quasi a ricercare un baluardo dietro cui difendersi e dietro cui celare i propri limiti e le proprie difficoltà.

Al contrario, le esperienze ispirate ad una sincera e praticata tensione verso la «presa in carico globale»,³ hanno dovuto elaborare strategie complesse e

³ Con questa espressione intendo riferirmi all'approccio che si prefigge di confrontarsi a tutto campo con le contraddizioni presenti nella esistenza del sofferente, creando le condizioni per una solida alleanza che consenta un percorso teso alla «ristrutturazione» complessiva, che ha come obiettivo il massimo livello possibile di emancipazione (dalla sofferenza e dalle limitazioni). Esso pre-

diversificate, nel tentativo di promuovere risposte e fonti di risposte «altre da sé» nei confronti dei cittadini sofferenti. La vita del sofferente nel suo complesso, con le carenze e le contraddizioni, anche materiali, che la contraddistinguono, è dunque diventato il campo dell'intervento: l'obiettivo dei servizi non è più il silenziamento sintomatologico o l'adattamento ad una realtà vista come imm modificabile, bensì l'impegno verso la costruzione di occasioni di vita, di momenti di esistenza in cui realizzare scambi e interazioni, processi di riconoscimento e di identificazione, all'interno e in stretta connessione con la comunità di appartenenza.

Da questa innovata e complessificata definizione del campo dell'intervento, deriva che l'agire terapeutico, per essere efficace, deve uscire dagli ambiti ristretti e semplificatori degli specialismi e tendere al superamento dello specifico. Anziché la riparazione della malattia il Servizio pone come obiettivo al suo agire la produzione di salute, ben consapevole che non può esistere di essa un'unica definizione normativa e generalizzante, e che esistono invece tanti modelli di salute quanti sono gli individui che la vivono.

Si è venuto, dunque, realizzando un percorso di lenta penetrazione nelle comunità, attraverso la paziente tessitura di una trama di contatti, conoscenze, collaborazioni e alleanze; ne sono derivate — anche — aree di attività connesse prevalentemente con le condizioni della riproduzione sociale, la cui significatività, nell'ambito dei percorsi terapeutici, le rende elementi preziosi per l'attività dei servizi: esse, oltre ad essere diverse per i contenuti, rispetto all'approccio clinico tradizionale, se ne differenziano anche per la diversità degli attori in gioco.

La consapevolezza di avere a che fare con questioni connesse con l'esistenza ha fatto sì che l'ergoterapia assumesse le caratteristiche di «questione lavoro»: per affrontarla, si è fatto ricorso alla attivazione e promozione di «Cooperative» che, nate inizialmente dai Servizi, hanno poi saputo svilupparsi in modo autonomo, andando ad assumere caratteristiche estremamente innovative, che le configurano come un fenomeno nuovo e del tutto originale nel panorama internazionale.⁴

vede, se necessario, l'«accompagnamento» attraverso le tappe del vivere associato per tempi esplicitamente non predeterminabili, ma non interminabili. Sta dentro questo approccio, nella sua sostanza, la assunzione di responsabilità nei confronti della popolazione di competenza, oltre che del singolo cittadino sofferente.

⁴ La rilevanza di questo fenomeno è testimoniata, oltre che dalle numerose pubblicazioni, dai convegni e dagli incontri nazionali e non, anche dal fatto che lo Stato ha dovuto riconoscere e valorizzare la loro specificità: è stata infatti di recente emanata una legge che crea le condizioni per la regolamentazione e la promozione delle attività delle cooperative «integrate», mosse da prevalenti motivazioni solidaristiche nei confronti delle persone in condizioni di svantaggio sociale. Altrettanto formale è stato anche il riconoscimento delle forme di intervento del «volontariato» sociale.

Elemento di grande importanza, che va debitamente sottolineato, è costituito dalla comparsa sulla scena di nuovi soggetti, che rivendicano un ruolo di protagonisti nei confronti dei tecnici, dei politici e degli amministratori: il movimento dei familiari — e da pochi anni anche quello degli utenti — che anche in Italia va assumendo, in modo sempre più consapevole, il ruolo di principale interlocutore di quanti si occupano, a vario titolo, di assistenza psichiatrica e di politiche per la salute mentale.

Dopo una prima fase in cui la totale assenza di risposte in molte sedi, la «drammaticità» della proposta innovativa, i timori del nuovo, la difficoltà di confrontarsi con la visibilità della follia, avevano, insieme con altre ragioni ora difficilmente approfondibili, prodotto movimenti di tipo controriformista, che aspiravano al ritorno al manicomio, realizzando alleanze con la parte più retriva dei tecnici e dei politici, assistiamo, nella fase attuale, alla rivendicazione da parte della maggioranza di questi movimenti, di condizioni di assistenza moderne, rispettose della legge, che viene rivendicata come strumento di grande utilità e civiltà.

Le alleanze si modificano, gli operatori della Riforma e i politici che la sostengono diventano il naturale punto di riferimento, in un rapporto di assoluta autonomia reciproca.

Non solo: il movimento non si limita a rivendicare, ma va ponendo in essere, su basi autogestite, momenti concreti di assistenza, in genere a carattere residenziale o semiresidenziale, così da dimostrare con-

cretamente la praticabilità delle risposte continuamente richieste e rivendicate, a chi queste risposte continua a negare e rimandare.

Questa nuova presenza va ad intrecciarsi con la crescente presenza ed espansione degli interventi realizzati da parte del cosiddetto «privato sociale», che agisce in varie forme, in collaborazione con i servizi o, a volte, in loro assenza, in sostituzione, per creare reti di supporto attraverso interventi non solo sociali, ma anche sanitari, capaci di spostare realmente, in modi visibili, l'asse dell'intervento dall'ambito medico verso una pratica sociale complessiva, in grado di realizzare le condizioni di possibilità per quella ricomposizione dell'unità dell'uomo, che è alla base di qualsiasi progetto di emancipazione.

È dunque con un vasto arco di soggetti che deve realizzarsi, oggi, il confronto da parte dei servizi: è la comunità che si impone come terzo polo, si costituisce come referente obbligato per chiunque si trovi su questa scena.

Salutiamo con grande entusiasmo il passaggio di mano del testimone: non sono più solo i tecnici che rivendicano il diritto/dovere di agire nella direzione indicata dalla legge: sono sempre più numerosi i cittadini che rivendicano per sé e per i propri congiunti — ed agiscono anche concretamente in questa direzione — il pieno esercizio dei diritti sociali di cittadinanza tra cui quello alla salute, che, come è noto, la nostra Costituzione individua come bene di interesse collettivo, oltre che individuale.

