

Franco Basaglia

Scritti
1953-1980

A cura di Franca Ongaro Basaglia

ilSaggiatore

L'utopia della realtà*

È possibile prefigurare l'avvenire della psichiatria, o programmare i parametri entro cui si dovrà svolgere la futura assistenza psichiatrica, senza tener conto di quale posto avrà l'uomo nella nostra organizzazione sociale? In che misura un'ipotesi tecnica può essere realizzata, mantenendosi nella neutralità di un intervento asettico, dove si presume non esista relazione fra la figura sociale del prestatore di un servizio e quella del cliente che lo richiede?

Lo scorso anno il professor Christian Müller aveva inviato a me e a pochi psichiatri europei e americani un questionario sul tema «Utopia e realtà dell'organizzazione psichiatrica futura». La risposta inviata al professor Müller ha incontrato difficoltà di traduzione e non sarà quindi pubblicata fra i testi dell'inchiesta. Mi ritengo per ciò libero di usare il mio intervento, in questa occasione, dato che esso verte sullo stesso tema proposto per questo incontro: l'avvenire della psichiatria.

Nel suo questionario il professor Müller proponeva la formulazione di un'ipotesi utopica: «Supposez que vous viviez dans une société occidentale, de type européen ou américain, organisée selon vos idées et conceptions politiques. Vous seriez appelé à organiser des services de santé mentale et de psychiatrie pour un groupe démographique limité de 100 000 habitants dans un cadre urbain. Vous seriez libre de choisir seul les moyens dans le cadre d'un budget en proportion raisonnable par rapport au revenu de cette population». A ciò seguiva una serie di domande specifiche sulle diverse modalità dell'organizzazione tecnica prevista, lasciando tuttavia liberi gli intervistati di scegliere le domande cui rispondere.

* In *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 115, 1974. In collaborazione con Franca Ongaro Basaglia.

Ciò che ci è sembrato interessante, era la premessa di carattere generale: chiedere di formulare un'ipotesi utopica (l'organizzazione di un servizio psichiatrico per un'astratta popolazione di 100 000 abitanti) precisando contemporaneamente i limiti o i confini della realtà in cui l'utopia deve essere circoscritta (in un paese occidentale europeo o americano) significa proporre e accettare un discorso puramente ideologico dove l'utopia, l'ipotesi, anziché servire a trasformare la realtà, è da questa determinata e neutralizzata. Il «mondo occidentale» contiene tante e tali contraddizioni primarie e secondarie che non si può ipotizzare una popolazione campione, senza precisare se ci si riferisce a una zona depressa, a una in via di industrializzazione o, ancora, ad una zona in cui esiste uno stato di benessere economico generalizzato. Senza questi riferimenti, non si può proporre un'ipotesi «tecnica» che risponde più alle esigenze del tecnico che a quelle dell'assistito, come risultato di un'astrazione mai confrontata sul terreno concreto dei bisogni, cui un'organizzazione sanitaria dovrebbe rispondere.

E forse è questo l'errore di partenza del questionario: ritenere che un'organizzazione sanitaria psichiatrica oggi, in una società in trasformazione, sia un mondo chiuso che può continuare a rifarsi solo all'ideologia tecnico-scientifica di chi è deputato a gestirla.

«Realtà» e «utopia», nel nostro contesto sociale, non sono termini contraddittori, tesi a produrre una nuova, successiva realtà che realizzi e incorpori parte dell'utopia. Essi sono ridotti a termini complementari per i quali sono progettate sfere d'azione separate, in modo che l'una possa tradursi senza contraddizioni nell'altra. «Realtà» e «utopia» esistono entrambe come facce solo apparentemente diverse dell'ideologia, che è una falsa utopia realizzata a solo beneficio della classe dominante. La «realtà» in cui viviamo è essa stessa un'ideologia, nel senso che non corrisponde al concreto o, come direbbe Marx, al praticamente vero, ma è il prodotto di provvedimenti presi dalla classe dominante a nome della comunità. E, per quel tanto che questi provvedimenti non rispondono alle esigenze della comunità ma a quelle della classe dominante che li impone, essi agiscono come strumento di dominio. Nello stesso modo in cui l'utopia, come elemento contraddittorio di una realtà che non può rivelare le sue contraddizioni perché non vuole trasformarle, si traduce nell'ideologia della trasformazione, realizzabile in quanto usata come strumento di dominio.

In questo senso, nel nostro contesto sociale, determinato da una logica economica cui sono subordinati tutti i rapporti e le regole di vita, non esiste né la realtà come espressione del praticamente vero su cui verificare le ipotesi come risposte alternative ai bisogni, né l'utopia come elemento ipotetico che trascenda la realtà per trasformarla. L'utopia può esistere solo nel momento in cui

l'uomo sia riuscito a liberarsi dalla schiavitù dell'ideologia in modo da esprimere i propri bisogni in una realtà che per ciò stesso si riveli costantemente contraddittoria e tale da contenere gli elementi che consentano di superarla e trasformarla. Solo allora si potrà parlare di realtà come del praticamente vero e dell'utopia come dell'elemento prefigurante la possibilità di una trasformazione reale di questo praticamente vero.

Fatta questa premessa di carattere teorico, tenterò qui di entrare nel merito dei problemi proposti dal tema del convegno, usando criticamente i termini realtà e utopia come sono intesi in questo contesto, per tentare di chiarire l'impossibilità pratica di rispondere in una realtà come quella del mondo occidentale europeo o americano, ai bisogni della comunità attraverso l'organizzazione astratta di un sistema sanitario praticamente irrealizzabile.

Si può presumere di organizzare un'area ipotetica secondo la propria filosofia politica e tecnica, se quest'area ipotizzata è inserita in una sfera politico-economica determinata, che non lascia spazio né alle contraddizioni né alle utopie, se non nella misura in cui riesce a trasformarle in ideologie? Come ipotizzare un servizio di assistenza psichiatrica se non in risposta ai bisogni specifici che si rivelano nella realtà? Come ipotizzare i bisogni cui dovremmo rispondere, se non trasferendo nell'area dell'astrazione totale (che non è, come si è visto, l'area dell'utopia) la conoscenza che abbiamo dei bisogni che nascono dalla nostra realtà? E quale conoscenza reale abbiamo di questi bisogni se finora l'unica risposta è stata il manicomio e la segregazione?

Quando ci si prefigge di organizzare un servizio sanitario (nel nostro caso psichiatrico), la difficoltà sta nel trovare risposte concrete alle domande concrete che provengono dalla realtà in cui si agisce. Ma le risposte aderenti alla realtà dovrebbero insieme trascenderla (attraverso l'elemento utopico), tentando di trasformarla. In questo senso, nell'ipotizzare un'organizzazione sanitaria si corre il rischio di cadere in due errori opposti: da un lato quello di proporre risposte che vanno oltre il livello di realtà in cui si muovono i bisogni, creandone altri attraverso la produzione di nuove realtà-ideologie cui le misure adottate sono pronte a rispondere; dall'altro, quello di restare così aderenti alla realtà, da proporre risposte chiuse nella stessa logica che produce il problema che si vuole affrontare. In entrambi i casi la realtà resta immutata e le risposte si limitano a definire e a circoscrivere la problematica di ogni settore specifico.

Nel terreno dell'assistenza, nel primo caso si creeranno nuovi servizi che, anziché far fronte alle necessità implicite nella malattia da curare, ne creeranno nuove forme non ancora codificate per le quali i servizi progettati saranno l'adeguata risposta ideologico-reale. L'ipotesi prospettata non nasce come diretta risposta a dei bisogni individuati, ma come evoluzione di un pensiero

scientifico che procede seguendo la propria logica e insieme la logica economica dell'area in cui agisce. In questo modo prefigura ideologicamente la realtà cui si propone di rispondere, creando bisogni artificiali e scotomizzando i bisogni reali. I servizi psichiatrici a carattere preventivo, così come si progettano e si attuano oggi, restano inseriti nella logica scientifica e nella logica economica che ha risposto e risponde alla malattia mentale con la segregazione. La malattia è incurabile e incomprensibile; il suo sintomo principale è la pericolosità o l'oscenità, quindi l'unica risposta scientifica è il manicomio dove tutelarla e controllarla. Questo assioma coincide però con l'altro in esso implicito: la norma è rappresentata dall'efficienza e dalla produttività; chi non risponde a questi requisiti deve trovare una sua collocazione in uno spazio in cui non intralci il «ritmo sociale». In questo senso, scienza e politica economica vanno di pari passo, confermando la prima i limiti di norma più confacenti e utili alla seconda. La scienza serve così a confermare una diversità patologica che viene strumentalizzata secondo le esigenze dell'ordine pubblico e dello sviluppo economico, assolvendo la sua funzione di controllo sociale.

Del resto, come si giustificerebbe il fatto che solo chi non ha potere contrattuale finisce nelle maglie delle istituzioni pubbliche, dove la malattia anziché essere curata viene confermata il più delle volte come irreversibile? Il malato che può gestire in proprio i propri disturbi resta, anche nella malattia, inserito nel processo produttivo (come soggetto-oggetto di un particolare ciclo economico quale quello delle case di cura e dei medici privati); il che conserva pressoché intatto il suo ruolo sociale. Non è dunque solo la malattia ciò che riduce l'internato dei nostri asili a quello che è, quanto l'internamento o l'appartenenza ad una classe come origine prima di questo internamento.

Conservando questi presupposti, i servizi a carattere preventivo che non portano alla trasformazione del manicomio e della logica dell'esclusione in esso implicita, sono la dimostrazione pratica del dilatamento del campo della malattia più che del suo restringimento in seguito alla cura. Essi non rispondono al problema della malattia mentale, ma assorbono nel campo della malattia comportamenti che prima ne erano esclusi (vedi ad esempio tutte le forme di devianza prima accettate e ora definite come abnormità malate). L'utopia-ideologia, in questo caso, non fa che confermare a un livello diverso la codificazione di diversità, senza mutarne la natura e la funzione all'interno del gioco sociale.

Il caso invece dell'aderenza totale alla realtà, senza che elementi utopici intervengano a trasformarla, corrisponde alla costruzione di strutture sanitarie tecnicamente più efficienti, che ovviamente conservano intatta la logica in cui è inserita la malattia, la sua definizione e codificazione, nonché la natura delle

misure finora intraprese per rispondervi. Per troppo «realismo» si continua a dare solo risposte aderenti allo scetticismo nei confronti della malattia, implicito nelle strutture degli asili; si continua cioè a dare risposte negative o riduttive che si limitano a confermare la negatività della realtà, in cui l'utopia non ha presa e non serve a trasformare la logica su cui essa si sostiene.

Ciò che deve mutare per poter trasformare praticamente le istituzioni e i servizi psichiatrici (come del resto tutte le istituzioni sociali) è il rapporto fra cittadino e società, nel quale si inserisce il rapporto fra salute e malattia. Cioè riconoscere come primo atto che la strategia, la finalità prima di ogni azione è l'uomo, i suoi bisogni, la sua vita, all'interno di una collettività che si trasforma per raggiungere la soddisfazione di questi bisogni e la realizzazione di questa vita per tutti. In questo sta il significato della necessità di una presa di coscienza politica all'interno di ogni azione tecnica. Questo significa capire che il valore dell'uomo, sano o malato, va oltre il valore della salute o della malattia; che la malattia, come ogni altra contraddizione umana, può essere usata come strumento di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio; che ciò che determina il significato e l'evoluzione di ogni azione è il valore che si riconosce all'uomo e l'uso che si vuol farne, da cui si deduce l'uso che si farà della sua salute e della sua malattia; che in base al diverso valore e uso dell'uomo, salute e malattia acquistano o un valore assoluto (l'una positivo, l'altra negativo) come espressione dell'inclusione del sano e della esclusione del malato dalla norma; o un valore relativo, in quanto avvenimenti, esperienze, contraddizioni della vita che si svolge fra salute e malattia. Quando il valore è l'uomo, la salute non può rappresentare la norma se la condizione umana è di essere costantemente fra salute e malattia.

Se il valore primario è l'uomo, il menomato, l'handicappato, l'inefficiente non sono gli elementi negativi di un ingranaggio che deve comunque procedere in un senso unico, ma fanno parte dei soggetti per soddisfare i bisogni dei quali la produzione esiste e si sviluppa. Ma nel mondo occidentale, anche nel caso si giunga a un livellamento che garantisca, ad esempio, l'assistenza per tutti in un regime di tipo interclassista, il valore primo non sarebbe mai l'uomo che resterebbe – anche in questa dimensione – dominato e subordinato in nome di una logica economica ad esso totalmente estranea, cui non parteciperebbe che come oggetto passivo: logica che sopravvive appunto sulla passività e sulla distruzione dell'uomo, il cui valore non muta attraverso le trasformazioni che essa stessa produce. Se non muta questa attitudine (che è inevitabilmente di natura politica) verso il malato, l'handicappato, il menomato, non muta il significato distruttivo implicito nella loro cura: la segregazione, come unica risposta istituzionale e la codificazione di una diversità che

può essere strumentalizzata come elemento di discriminazione sociale, anche nella fase preventiva.

Quando si parla di esclusione a certi livelli sociali, dei rapporti sociali di produzione come fondamento di ogni relazione fra uomo e uomo nella società occidentale, si capisce anche come la malattia – di qualunque natura essa sia – possa diventare uno degli elementi usabili all'interno di questa logica, sfruttabile come conferma di un'esclusione la cui natura irreversibile è data dalla categoria di appartenenza del paziente e dal suo potere economico e culturale. Questo non significa – come spesso è stato frainteso – che la malattia mentale non esista e che non si tenga conto in psichiatria, cioè in medicina, dei processi fondamentali dell'uomo. Ma significa che la malattia, come segno di una delle contraddizioni umane, può essa stessa essere usata all'interno della logica dello sfruttamento e del privilegio, venendo così ad assumere un'altra faccia – la faccia sociale – che la fa diventare di volta in volta qualcosa di diverso da ciò che era primariamente.

In questo senso, programmare un servizio sanitario che parta dalle premesse politico-sociali ora accennate e che ne lasci inalterato il meccanismo, significa accettare di comprendere nel terreno della malattia anche ciò che con la malattia non ha niente a che fare. Il che significa che, anziché rispondere ai bisogni reali, il servizio progettato contribuirà a dilatare il terreno della malattia inglobandovi gli elementi di natura sociale che le si sovrappongono e in cui si finisce per identificarla. Premesso che l'utopia non è possibile se non come traduzione automatica di ideologia-realtà, le tecniche terapeutiche non rispondono mai alla malattia, ma al doppio che ne viene costruito, come risposta alle esigenze della produzione e del consumo.

Progettare su queste basi la prestazione di un servizio dove vige l'ideologia medica, totalmente priva di ogni elemento utopico prefigurante la risposta alla malattia, significa quindi accettare che vengano definiti come malati (di conseguenza che vengano inglobati nelle diverse istituzioni di competenza) comportamenti che possono essere anche la spia di disagi sociali. Compito di una programmazione sanitaria che voglia rispondere ai bisogni reali, è dunque l'individuazione e la consapevolezza dell'uso che viene esplicitamente fatto della malattia, in modo che i servizi progettati non servano a dilatarla anziché ridurla.

Da queste premesse è facile dedurre che è impossibile progettare un programma reale per un'ipotetica popolazione di 100 000 abitanti. Impossibile se la risposta si limita a muoversi nel terreno dell'ideologia, cioè dell'utopia realizzata solo a beneficio di pochi, dato che non siamo in grado, così facendo, di conoscere i bisogni dei più cui rispondere; inutile se resta chiusa nei limiti della realtà attuale (che è realtà-ideologia) senza trascenderla per trasformar-

la. Dobbiamo imparare a capire che il medico o i gruppi interdisciplinari, non organizzano in prima persona i servizi sanitari come semplice risposta tecnica a un bisogno umano. Essi si limitano a svolgere la delega implicita nel loro ruolo: quella che proviene dalla loro appartenenza alla classe dominante e che consente di usare la propria conoscenza tecnica come strumento di potere e di dominio sulla classe dominata, per la quale l'alternativa allo sfruttamento in caso di malattia o di menomazione, è solo l'esclusione o la segregazione, quindi la distruzione totale.

Se un tale rapporto di dominio sta alla base del rapporto fra uomo e uomo, come presumere che il rapporto terapeutico fra medico e paziente sia esente dalla componente di classe implicita in ogni relazione sociale? E come parlare di profilassi psichiatrica se uno dei luoghi più nocivi alla salute del cittadino è proprio l'istituzione medica (ospedali, ambulatori, dispensari, centri di igiene mentale) dove vige a tutti i livelli il rapporto di dominio e di sopraffazione implicito nella struttura della nostra società? Nel momento in cui le istituzioni create e programmate per la prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) sono esse stesse produttrici di malattia, la prevenzione non serve che a confermare la funzione delle istituzioni come strumenti di controllo attraverso la malattia che, quindi, sarà alimentata anziché curata. Salute e malattia non sono termini astratti, ma elementi costitutivi di una realtà violenta e oppressiva dove l'incontro fra uomo e uomo è di per se stesso «causa» e «occasione» di malattia. In questo senso le strutture che dovrebbero servire alla sua prevenzione, risultano del tutto inadeguate, dato che non intaccano ma anzi confermano la natura dei rapporti di sopraffazione e di dominio, attraverso il rapporto tecnico-assistito.

Nel momento in cui queste organizzazioni sanitarie nascono, dobbiamo essere coscienti del ruolo che esse giocano. Il tecnico, nel mettere a disposizione dell'assistito il suo sapere, deve negare in sé il potere sociale implicito nella sua figura. La rottura del binomio sapere-potere, attualmente automatico e inscindibile nel ruolo del medico, è compito della nuova istituzione deputata alla prevenzione della malattia. Ma questa prevenzione può avvenire solo attraverso la contemporanea protezione del tecnico e dell'utente, in modo che la realtà conservi la sua contraddizione come contraddizione naturale (la contemporanea presenza nella vita di salute e malattia), senza che la malattia diventi un valore negativo assoluto, strumentalizzabile in ogni senso, contrapposto all'unico valore assoluto positivo, rappresentato dalla salute.

Ma finché è l'ideologia dominante a programmare i nuovi servizi sanitari, le nuove strutture e i nuovi modelli non possono che continuare a confermare praticamente i valori della classe dominante. E questo continuerà a concretarsi nell'organizzazione dei bisogni della classe subalterna, senza che a tali biso-

gni venga mai risposto, dato che l'organizzazione risponde sempre ai bisogni del tecnico e non a quelli dell'assistito, anche se apparentemente il medico cura e l'assistito viene curato.

A questo punto si potrebbe riformulare diversamente la domanda centrale del questionario, inserendovi realmente un elemento utopico: Come progettare un servizio psichiatrico per 100 000 abitanti, servizio nel quale il tecnico viva praticamente la contraddizione fra il suo ruolo di potere e il suo sapere?

È quanto tentiamo di fare in un terreno pratico istituzionale dove i tecnici agiscono tendendo ad usare la scienza e la tecnica come strumenti di liberazione e non di oppressione dell'assistito. E questo è possibile solo se, all'interno di ogni intervento tecnico, si tiene costantemente conto dei giochi di potere impliciti nei ruoli. La classe di appartenenza dell'internato psichiatrico e l'evidente funzione di controllo sociale da parte delle istituzioni e di chi le gestisce rendono esplicita la funzione politica dell'ideologia psichiatrica che ha come prima finalità la tutela dell'ordine pubblico e non la cura del malato.

Io dirigo attualmente un'istituzione ospedaliera che serve un'area di 300 000 abitanti. Sono costretto – nonostante le premesse qui accennate – a fare dei programmi. Ma non mi ritiro nel mondo delle idee, dei progetti e delle astrazioni: tento di individuare per quanto possibile – fra pratica e ideologia – i bisogni della popolazione che dovrei assistere, mantenendo un legame con i movimenti che, in settori diversi – nella comunità – tendono al rifiuto dell'oppressione e della distruzione di chi non ha il potere di opporsi.

Noi tecnici siamo delegati ad usare il nostro sapere e il potere implicito nel nostro ruolo, come strumenti di dominio. Dobbiamo invece usare questo potere, ciascuno nel proprio settore, per rendere espliciti i processi attraverso i quali si esplica questo dominio, perché la classe che è oggetto di sopraffazione, a tutti i livelli, si impadronisca di questa conoscenza, la faccia propria e ne rifiuti il meccanismo.

Ma il nostro intervento non può limitarsi all'eterno compito dell'intellettuale borghese che insegna a chi è oppresso la via della sua liberazione, perché in tale modo si continua a perpetuare la nostra distanza e la nostra dominazione. Noi dobbiamo mostrare nella pratica, attraverso le conoscenze di cui disponiamo e assieme a chi è oggetto di oppressione, l'uso concreto che viene quotidianamente fatto dalla scienza borghese ai danni della classe subordinata, perché attraverso la realtà pratica della nostra azione – sul cui solo terreno anche noi ci troviamo a pagare di persona nonostante il nostro potere – chi è oppresso prenda coscienza di tutti i meccanismi attraverso cui passa l'oppressione, per arrivare a rifiutarli.