

## **Pensare i nodi della deistituzionalizzazione “Contro tutti i muri”**

### *Lo sguardo lungo sulla deistituzionalizzazione*

Tre capitoli centrali del libro “Contro tutti i muri” sono dedicati alla narrazione delle attività svolte da Franca Ongaro dopo la morte di Franco Basaglia e in particolare dopo che ella accettò l’invito del Partito Comunista Italiano a candidarsi nelle sue liste svolgendo poi l’incarico di parlamentare per due legislature nel gruppo della Sinistra Indipendente. Il racconto delle “Attività parlamentari (1983 – 1992)”, delle “Questioni sollevate dalla 180” e dello sforzo per “Attuare la riforma”<sup>1</sup> in primo luogo mostra l’impegno nella “battaglia parlamentare per l’applicazione della riforma psichiatrica” nel “panorama di inerzia, ignavia e inefficienza che caratterizzò gli anni successivi alla legge di riforma e che fu aggravato dalle inadempienze del governo”<sup>2</sup>. L’analisi attenta di quegli anni permette di cogliere come il processo di deistituzionalizzazione non fu solo un evento risolto e compiuto in una fase di mobilitazione politica e sociale (che troppo spesso viene sbrigativamente identificata con l’emersione di questioni “demagogiche e poco scientifiche”<sup>3</sup>) ma implicò un processo di confronto con la riconfigurazione dei problemi sociali nella fase post-industriale<sup>4</sup>, la necessità di individuare una nuova identità politica e professionale per chi lavorava nei servizi, lo sforzo di evitare che arrivassero nuovi interventi normativi e razionalizzanti a richiudere la fase in cui si erano aperte le contraddizioni<sup>5</sup>. La fase di impegno attraverso le istituzioni democratiche dovette confrontarsi con l’incuria e la disapplicazione della 180, “ulteriormente accentuate dall’incapacità da parte della sinistra di appropriarsi completamente del significato politico implicito nelle lotte per la chiusura dei manicomi”<sup>6</sup>. Tale incuria, infatti, non caratterizzava solo il livello centrale ma riguardava anche molte amministrazioni locali e regionali di segno politico opposto a quello del governo nazionale. Quello che era in gioco nell’applicazione della 180 – e che la sinistra non era riuscita ad assumere su di sé come questione centrale - era la necessità di

---

1 Sono rispettivamente i titoli dei capitoli V, VI e VII del libro di Annacarla Valeriano

2 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 54 – 55

3 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 72

4 Una attenta analisi del rapporto tra situazione psichiatrica italiana e processi di riconfigurazione postfordista della produzione è ancora tutta da svolgere. Tuttavia, si trovano indicazioni fondamentali in questo senso nelle opere di Franca Ongaro Basaglia e Ota De Leonardis. Secondo Franca Ongaro il cambiamento che sta avvenendo negli anni '80 nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria è da leggere in relazione con una “serie oggettiva di fattori che costringono al cambiamento”, tra cui “l’ulteriore restringersi, nel passaggio alla fase post-industriale, della fascia produttiva e l’ulteriore inevitabile ampliarsi della marginalità improduttiva, per la quale sarà impossibile approntare servizi assistenziali capaci di controllare e incanalare nel senso voluto i bisogni” (in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987). Nel 2002 invece Ota De Leonardis nota la relazione che è venuta instaurandosi tra i due fenomeni concomitanti di “crescita economica senza occupazione” e “moltiplicazione dei problemi sociali”, per cui analizza attraverso la lente della trasformazione dei modelli produttivi le forme emergenti di “welfare mix” come possibili strumenti di una “sorta di quadratura del cerchio nella quale domanda e offerta di interventi sociali si incontrano, e i problemi sociali vengono trattati insieme con – e grazie a – i problemi occupazionali: là dove alcuni trovano un programma di riabilitazione lavorativa altri trovano un posto di formatore; e la disoccupazione si combatte con i lavori socialmente utili” (in Ota De Leonardis, “In un diverso welfare. Sogni e incubi”, Feltrinelli, 2002) Questa situazione di “quadratura del cerchio”, che per Ota De Leonardis è costitutivamente ambivalente, può essere vista come condizione alla base dello sviluppo di “esiti ambigui nei modelli di welfare mix”, come li definiscono Chiara Giorgi e Ilaria Pavan (in Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, “Storia dello Stato sociale in Italia”, Il Mulino, 2021), e che in parte proveremo ad analizzare in questo testo.

5 Il rischio era stato chiaramente individuato da Franco Basaglia, quando prevedeva che le legislazioni riformatrici degli anni '70 si sarebbero probabilmente risolte come “soltanto interventi normativi e razionalizzanti, volti a rafforzare le stesse istituzioni che tendono a negare”, F. Basaglia, “L’utopia della realtà”, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, 2005

6 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 54

contrastare una cultura persistente fondata su “l’eliminazione del più debole, del meno dotato, del più sprovveduto fisicamente, psicologicamente ed economicamente (...) che aveva penalizzato maggiormente le donne, costrette a delegare ad altri la gestione dei problemi che riguardavano la loro vita”.

Si tratta, attraverso queste valutazioni, di cogliere lo svuotamento delle istituzioni democratiche rispetto alle aspettative valoriali e di trasformazione dell'esistente prodotte dalla stagione dei movimenti, consapevolezza che va diffondendosi negli anni '80 in larghi strati della cultura di massa. A tal proposito Paolo Peloso nel recensire il libro di Annacarla Valeriano ha tracciato un parallelismo tra le percezioni di Franca Ongaro Basaglia durante la sua attività parlamentare, il testo della canzone “Io se fossi Dio” di Giorgio Gaber (che recita “la politica fa schifo e fa male alla pelle”) e l’esperienza di Toni Negri, eletto deputato nella IX Legislatura: al centro del parallelismo stanno le “osservazioni dei meccanismi di funzionamento che a volte il potere assume” dei quali colpisce “soprattutto la distanza siderale dalla realtà vissuta dalle persone”<sup>7</sup>. Da parte di Franca Ongaro la percezione messa in parallelo è quella di estraneità rispetto alle regole interne del dispositivo parlamentare, il senso di “svuotamento” trasmesso dagli argomenti di cui si discute, che sono “purgati dal loro peso e dalla loro concretezza”, l’osservazione che “gli interessi da tutelare e da difendere sembrano spostare la discussione in una dimensione quasi senza oggetto, in cui ciò di cui di fatto si parla non viene mai nominato, mentre ciò che si nomina non viene in realtà discusso”<sup>8</sup>. Franca Ongaro riconosce come, “a causa del vuoto delle realizzazioni” che avrebbero dovuto accompagnare sui territori la legge 180, “un provvedimento che avrebbe dovuto essere liberatorio” si trasforma “in un’ulteriore oppressione per coloro che si erano trovati a portarne il peso da soli”<sup>9</sup>, vale a dire le famiglie e principalmente le soggettività femminili su cui ricade il lavoro di cura.

Lo sguardo di Franca Ongaro si accosta complessivamente alle mancate realizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale definito dalla legge 833 “non mancando di far notare le ambiguità, le lacune e i vuoti che sembravano essere connaturati ad un provvedimento che, originatosi da una pratica reale, era scaturito nei fatti da un “compromesso politico” e si era rivelato “scomodo” per aver intaccato una serie di interessi economici”<sup>10</sup>. La questione sanitaria è rilevante allo stesso modo della questione psichiatrica nel processo di deistituzionalizzazione: si tratta di riformulare lo statuto dei diritti sociali esigibili, realizzando la concreta superiorità del diritto alla salute rispetto ai diritti concorrenti che la legislazione precedente aveva assolutizzato (la “protezione della sicurezza contro la pericolosità del malato” o la “produttività” contrapposta alla salute, come avevano mostrato i movimenti per la salute sul luogo di lavoro), investendo complessivamente “il modo di essere di una società, la qualità dei rapporti che vi si instaurano, la qualità della vita che essa produce, le relazioni di potere che vi dominano”<sup>11</sup> nella consapevolezza che l’istituzione di servizi sanitari territoriali, partecipati e universalistici si poneva come contrasto a “un concetto di tutela che si appropria dei corpi”<sup>12</sup>, che funziona come “invalidazione assistita”<sup>13</sup>. Una volta che le pratiche sperimentali degli anni ‘70 avevano smascherato l’ideologia scientifica come non neutra copertura

---

7 Recensione di Paolo F. Peloso, “CONTRO TUTTI I MURI. Franca Ongaro Basaglia nella biografia di Annacarla Valeriano”, disponibile su <http://www.psychiatryonline.it/node/9438>

8 Franca Ongaro Basaglia citata in Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 58

9 Franca Ongaro Basaglia citata in Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 59

10 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 71

11 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 78

12 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 73

13 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 74

delle contraddizioni sociali, emergeva il problema di aver ottenuto la codifica legislativa “di un diritto all’assistenza che, tuttavia, non aveva intaccato la radice della disuguaglianza sociale, né era riuscito a scalfire una cultura medica che continuava a canalizzare la manifestazione dei bisogni, delle sofferenze, dei disturbi su percorsi terapeutici già prestabiliti che appiattivano e organizzavano conflitti, senza consentire loro di esprimersi pienamente come bisogni radicali”<sup>14</sup>. Negli anni ‘80 è dunque evidente “il graduale restringersi degli spazi sociali e culturali aperti dal clima degli anni ‘70” e la successiva tendenza a razionalizzare e ricomporre le questioni emerse in quel periodo”<sup>15</sup>.

Per farsi un’idea più ampia di questo contesto di restringimento è utile rileggere le riflessioni che contestualmente va elaborando il movimento di Medicina Democratica, denunciando la lacunosa, debole e arretrata applicazione legislativa dei principi che avrebbero dovuto sostanziare la legge 833. In un convegno tenutosi a Castellanza nel gennaio del 1988 dal titolo “Attualità del pensiero e dell’opera di Giulio A. Maccacaro”, i cui atti furono pubblicati dal Centro per la Salute a lui intitolato, possiamo leggere una serie di riflessioni che ci aiutano ad approfondire e ad ampliare la contestualizzazione di quel periodo. Giorgio Bignami nota nella sua relazione come, attraverso la legge 833, non si sia riusciti a contrastare efficacemente uno dei nemici a suo tempo individuato da Giulio A. Maccacaro nel percorso di costruzione di servizi sociosanitari integrati basati sulla partecipazione popolare: la “provvidenzialità”, vale a dire “quel modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto: quell’attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande: quell’interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi all’offerta”<sup>16</sup>.

L’evoluzione della struttura produttiva e la sottrazione del terreno di scontro in fabbrica erano fenomeni già evidenti alla metà degli anni ‘70; sono evidenti anche i limiti sul piano della “politicizzazione della medicina” perseguita dai movimenti. Così si esprime Marcello Cini:

“gli sforzi di trasferire all’esterno le conoscenze, le situazioni, le esperienze dei gruppi operai più avanzati sono falliti non soltanto per gli sfavorevoli rapporti di forza sul terreno dello scontro sociale e politico, ma anche per gravi difetti di comprensione di quali siano i concreti canali di mediazione fra le spinte attive nel tessuto sociale le sedi che assicurano la produzione e la socializzazione del sapere tecnico-scientifico. Detto in altre parole, non è che fosse sbagliata l’intuizione che la scienza e la tecnologia sono attività le cui regole, finalità e modalità sono contrattate nel terreno sociale. Era invece sbagliata l’identificazione degli interlocutori, la scelta delle procedure, l’oggetto della contrattazione. Insomma, non avevamo una teoria affidabile della non-neutralità della scienza”<sup>17</sup>

Nello stesso contesto Francesco Carnevale parla dei limiti del sistema integrato di prevenzione che avevano immaginato i gruppi promotori delle riforme degli anni ‘70; nell’idea originaria esso avrebbe dovuto dare forma a una serie di processi emancipatori:

- a) ritiro della delega come scoperta della classe operaia della capacità di parlare finalmente in prima persona
- b) individuazione di una dimensione mentale del proprio benessere-malessere, come liberazione della soggettività del lavoratore
- c) il riconoscimento del cosiddetto quarto gruppo dei fattori di nocività che determina ed autentica finalmente una sofferenza che sta oltre le malattie professionali e l’infortunio
- d) l’emergenza del gruppo omogeneo come soggetto reale: produttivo, politico scientifico;

---

14 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 74

15 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 72

16 “Attualità dell’opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell’ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag. 234

17 “Attualità dell’opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell’ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 12 – 27

- e) l'inchiesta in fabbrica come momento di coscienza e di auto interrogazione e poi di mobilitazione e crescita della coscienza politica
- f) una nuova consapevolezza del rapporto tra fabbrica e territorio, tale da attivare e arricchire nuovi modi ed altre sedi della soggettività collettivamente<sup>18</sup>

A riconferma del legame inscindibile tra le tesi di Maccacaro e del suo gruppo e l'operazione dei coniugi Basaglia, Giorgio Bignami ricorda come “significativo il rapporto che si stabilì tra Maccacaro e i Basaglia” e che questo si riflette nelle tesi e nelle proposte di Maccacaro sull'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto nella

“centralità del problema dell'emarginazione sancita dal modello medico tradizionale; le contraddizioni che deve affrontare il tecnico impegnato nel processo di trasformazione; il processo della rifondazione scientifica”. Inoltre, nel programma di Maccacaro era centrale il “rifiuto di qualsiasi uso repressivo, di controllo sociale, di emarginazione della devianza, e in positivo, di impegno a operare per la deistituzionalizzazione dell'assistenza e per la territorializzazione dei servizi sotto diretto controllo di base. Il caso-limite della psichiatria, cioè, mette meglio in evidenza le esigenze di trasformazione di *tutta* la medicina”<sup>19</sup>

Sulla base di questa convergenza, approfondiamo la lettura della “sconfitta” che il movimento di Medicina Democratica andava elaborando in quegli anni. Per Bignami è riemerso il nodo dell'autorità, e cioè che:

esperto e rosso non puoi essere, si è detto a chiare lettere: e quelli che potevano hanno scelto di essere esperti; mentre gli altri, più ingenui o sfortunati, una volta messa in crisi l'identità che veniva dalla aggregazione del movimento non potevano più essere né esperti né rossi”<sup>20</sup>

Sul piano delle realizzazioni legislative, sempre Bignami durante il convegno di Medicina Democratica dichiara:

Occorre dire subito che non sono state eliminate le incongruenze, le settorialità, le arretratezze preesistenti alla legge di riforma sanitaria e che le poche novità introdotte dopo il 1978 hanno contribuito ad aggravare il quadro normativo e le istituzioni che oggi paiono scoordinati, disorganici e quindi del tutto inadeguati alle esigenze di prevenzione nei luoghi di lavoro e di vita.”<sup>21</sup>

Mentre va affermandosi la tendenza alla “redistribuzione del reddito tramite la riduzione e dequalificazione delle strutture e dei servizi sociosanitari”, Fulvio Aurora dice:

la sconfitta della classe operaia ha pure determinato la sconfitta della riforma sanitaria. E quando parliamo di riforma non ci riferiamo immediatamente alla legge 833/1978, che abbiamo criticato e riconosciuto come “non riforma”, ma al bagaglio culturale, scientifico, di proposte, di pratica della partecipazione acquisita dalle lotte operaie. Esso non è stato attuato con la legge che peraltro riaffermava i principi fondamentali scaturiti dal movimento di lotta per la salute, né ovviamente è stato successivamente praticato.”<sup>22</sup>

---

18 “Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 47 – 56

19 “Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 215 – 227

20 A questo proposito Bignami cita “Il divano e la panca – Psicoterapia tra privato e pubblico”, Franco Angeli, Milano, 1986, come una delle “poche analisi sufficientemente approfondite di questi fenomeni”. In “Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 215 – 227

21 “Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 215 – 227

22 “Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre”, a cura del Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute “Giulio A. Maccacaro” s.r.l. editore, pag.g 70 – 81

Mentre dunque si afferma una americanizzazione del modello socioeconomico (Reagan e Thatcher hanno preso il sopravvento in quegli anni) in Italia si manifesta quella che Franca Ongaro Basaglia ha definito “crisi dei sistemi sanitari universalistici”, interessante perché implica una notevole peculiarità rispetto al complessivo passaggio “neoliberale”<sup>23</sup>. Già Maria Grazia Giannichedda aveva messo in luce il rischio che una realizzazione della sanità universalistica senza contemporanee trasformazioni radicali delle contraddizioni sociali si risolvesse in una mera espansione del potere farmacologico-industriale e delle corporazioni sul campo del mercato sanitario<sup>24</sup>.

Vedremo nei prossimi paragrafi come questo, legato alla necessità di nuove forme di azione pubblica, è stato un nodo centrale della seconda fase della deistituzionalizzazione. Per ora, per chiudere la ricognizione sulla riflessione dei protagonisti a proposito della riarticolazione dei rapporti tra sanità e società che era emersa dagli sviluppi delle lotte degli anni 70 ricordiamo l’analisi autocritica di Agostino Pirella: era fallita l’idea di una trasformazione radicale nei rapporti tra politica, scienza e società ma la specifica trasformazione della pratica psichiatrica non era stata un fallimento; piuttosto, si era tralasciato di considerare l’evoluzione “postfordista” dei sistemi produttivi, e di come essa avrebbe modificato il terreno di gioco delle proposte di trasformazione radicale<sup>25</sup>.

### ***La “realizzazione” delle riforme degli anni ‘70***

Un altro libro recente, “Storia dello Stato sociale in Italia” di Chiara Giorgi e Ilaria Pavan<sup>26</sup>, ci aiuta a delineare il quadro storico nel quale si realizza il Servizio Sanitario Nazionale mettendo in relazione “l’emergere di nuove soggettività politiche”, “le domande di cambiamento e democratizzazione informanti gli intensi conflitti sociali di quegli anni” con i perduranti segni di una anomalia “che agita la vita politica italiana”: il fatto che le riforme si siano realizzate in Parlamento con maggioranze che insieme rappresentavano le punte più avanzate della sensibilità sociale dei maggiori partiti politici ma che, contemporaneamente, rappresentavano una minoranza nella pratica quotidiana di governo nazionale e locale. Questo si concretizzò nella persistenza di

---

23 “Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni”, di Franca Ongaro Basaglia, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 38 – 54

24 «Questo allineamento dei principi da un lato ha posto l’aspettativa che tali diritti si realizzassero davvero, e dall’altro ha drammatizzato il problema del rapporto tra diritti e offerta del “mercato sanitario”. “Il servizio sanitario nazionale è un assegno in bianco in mano ai medici, scriveva A. Cochrane, uno dei padri del National Health Service inglese, alludendo al rischio che, consegnato all’andamento espansivo del modello e delle tecniche mediche, il diritto alla salute per tutti producesse una incontrollata “inflazione medica”», “Forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, di Mara Grazia Giannichedda, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 38 – 54

25 «È da questo “fallimento” che bisogna ripartire. Intendiamoci: “fallimento” della proposta globale, che tenesse unite politica, scienza e società, in progetto di decentramento dei poteri che valorizzasse le elaborazioni diffuse, e permettesse il passaggio dalla organizzazione della denuncia e della protesta alla esperienza dell’autoproduzione e della socializzazione delle risorse. Non tanto si può parlare di “fallimento” della trasformazione della pratica psichiatrica in senso stretto, perché, nonostante tutto, la soluzione manicomiale o puramente repressiva rimane abbastanza impraticabile o perlomeno rinnegata. Altrove ho rilevato come negli anni ‘70 si sia sottovalutata la dimensione economica (soprattutto macroeconomica) della questione fondamentale del decentramento dei poteri. E, ironia della storia, si è dimenticato il rapporto, che deriva dalla riflessione marxiana, tra struttura economica e sovrastruttura istituzionale. Possibile che la cittadella della produzione diventasse ancillare rispetto alla semplice (o semplicistica) redistribuzione dei poteri? Fossero le regioni, fosse l’autonomia degli enti locali, fossero i Consigli di circoscrizione, o quali altri, possibile ignorare che c’era un altrove dove si prendevano le contromisure e si redistribuivano i poteri reali?», “La miseria umana e gli ssurdi delal politica”, di Agostino Pirella, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pag.g 434 – 442

26 Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, “Storia dello Stato sociale in Italia”, Il Mulino, 2021

“ritardi e problemi”, che resero “tortuoso” il percorso di riforma per via della difficoltà di superare il “nodo dei rapporti tra personale medico e Servizio Sanitario Nazionale”, per la lentezza con cui si realizza il Fondo sanitario nazionale alimentato dalla fiscalità generale, per “l’arenamento e la sconfitta delle istanze più avanzate del movimento” in merito ai temi della partecipazione, per il perdurare di tendenze corporative e particolaristiche nella definizione dei rapporti tra settore pubblico e settore privato.

L’analisi di Giorgi e Pavan permette di vedere il lungo processo di gestazione e realizzazione delle riforme socio-sanitarie degli anni ‘70 come un processo complesso in cui da una parte viene a maturazione una nuova sensibilità diffusa nella popolazione italiana, sulla scorta di lotte e innovazioni promosse “dal basso”, dall’altra vengono più volte al pettine i nodi di una struttura istituzionale arretrata e dai caratteri ancora “feudali” (così viene letta la persistenza del sistema mutualistico negli anni settanta e la configurazione istituzionale assunta dagli istituti ospedalieri autonomi, delle corporazioni mediche e della miriade di enti di assistenza), nella quale le spinte innovatrici faticano a tradursi in cornici istituzionali adeguati. Pavan e Giorgi riprendono a più riprese il concetto di Franco Rotelli dell’Invenzione istituzionale per dare conto della complessità di un processo in cui lotte sociali e trasformazioni pratiche inedite e provvisorie si saldano in una forma inedita, sulla base da una parte del rinnovato processo di soggettivazione politica dei tecnici, dall’altra di una esplosione di soggettività politiche nuove rispetto alla sintesi rappresentativa che abitava gli organi rappresentativi tradizionali. La

legge istitutiva del SSN si ebbe a conclusione di un processo politico, legislativo, istituzionale nel quale un ruolo fondamentale ebbero il movimento femminista – decisivo rispetto alla consapevolezza sulla salute, sul corpo e i diritti delle donne, rispetto alla centralità della riproduzione sociale e delle esperienze di autorganizzazione, partecipazione e gestione diretta dei servizi socio-sanitari – quello della psichiatria radicale. Quanto agito negli anni Settanta contribuì a riarticolare le pratiche e le “istituzioni” della partecipazione e dell’autorganizzazione della società per far fronte ai bisogni e ai diritti misconosciuti dallo Stato e dalla famiglia, nonché a ridefinire una “qualità” del conflitto. Conflitto che investì la vita quotidiana e le sue strutture, ebbe come oggetto il sistema di welfare, il territorio e l’ambiente, la condizione femminile, la famiglia, le relazioni tra Stato e cittadini, i rapporti tra locale e nazionale. L’assetto del SSN rispose a criteri di decentramento, partecipativi, universalistici, opposti a una gestione tecnico-aziendalistica del servizio; e rispose a un’impostazione della malattia come fatto sociale, alla centralità della prevenzione, a un impegno diffuso capace di investire questioni legate alla tutela dell’ambiente (di lavoro e non)<sup>27</sup>

In particolare, Giorgi e Pavan richiamano un “doppio gesto” centrale nella “filosofia di fondo delle innovazioni in ambito sanitario”:

i servizi territoriali, le cooperative sociali, le comunità terapeutiche nate attorno alla riforma della psichiatria, così come tutte quelle sperimentazioni d’essai nelle politiche sociali a partire dagli anni Settanta – nacquero parallelamente a un percorso di deistituzionalizzazione coinvolgente tutta la società. Fu la contaminazione di due momenti espressi dell’istituzione negata e nell’istituzione inventata a produrre il terreno più proficuo dell’innovazione in ambito sanitario (specie in quello psichiatrico). L’idea e la pratica della deistituzionalizzazione furono intese come un processo istituzionale capace di immaginare, inventare forme alternative le quali – mobilitando come protagonisti i soggetti sociali coinvolti – trasformarono i rapporti di potere tra istituzioni e pazienti, tra cittadini e organizzazione statale. Si trattò insomma di una sorta di doppio gesto. Da un lato teso a deistituzionalizzare le istituzioni vigenti (le “istituzioni totali”); dall’altro volto a inventarne di nuove, capaci di generare un “welfare altro”, sottratto alle logiche della mercificazione, della delega, del clientelismo, dell’inerzia, dell’irresponsabilità.<sup>28</sup>

D’altra parte, la complessa realizzazione della riforma sanitaria si era arenata in una giungla complessa di inadempienze e malcontento, tali che a partire dai primi anni ‘80 erano emersi i problemi relativi al finanziamento della riforma, che già dalla legge finanziaria-bis del 1982 si erano concretizzati in vincoli di manovra, assenza di coerenti previsioni di spesa, esitanti in un “circolo vizioso tra deficit di gestione e ulteriori misure restrittive che non lasciavano spazio né a

---

27 Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, “Storia dello Stato sociale in Italia”, Il Mulino, 2021, pagg. 463 – 464

28 Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, “Storia dello Stato sociale in Italia”, Il Mulino, 2021, pag. 464

una programmazione adeguata dei servizi sanitari, né ad un coordinamento tra il livello nazionale e quello regionale, con quest'ultimo sottoposto ad una compressione delle proprie competenze"<sup>29</sup>.

Nell'intervento "Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni", raccolto nel volume "Psichiatria tossicodipendenze perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio"<sup>30</sup>, che dà conto di due convegni tenutisi presso il Centro per la Riforma dello Stato nel 1985 e 1986, Franca Ongaro individuava chiaramente il nodo insuperato dai movimenti: da una parte l'incapacità di rompere l'unità tecnica e ideologica dei corpi professionali, dall'altra la contraddizione esistente tra una struttura universalistica dei diritti sociali e la persistenza di un modello medico incapace di superare la riduzione dei bisogni ad un modello univoco di invalidazione e tutela surrogato da un modello assistenziale che non mette in discussione le disuguaglianze sociali nel loro complesso:

le resistenze e spesso il sistematico boicottaggio nei confronti di alcune importanti riforme varate in Italia negli anni '70 (riforma psichiatrica, sanitaria, penitenziaria), stanno infatti dimostrando qualcosa di più della semplice volontà – che pure esiste – di non realizzarle. Dopo anni di lotta minuta per ottenerne i livelli minimi di applicazione (del resto nemmeno raggiunti), pare infatti si possa chiaramente individuare un elemento di cui la sinistra ha tenuto scarsamente conto e che è stato alla base del movimento che da quasi trent'anni opera nel settore della psichiatria: se l'acquisizione di diritti soggettivi in precedenza inesistenti (diritti del malato, del disturbato mentale, del detenuto) non riesce a modificare i corpi professionali e le discipline che non li avevano mai contemplati e che ora dovrebbero garantirli, essa si riduce a pura enunciazione di principio, priva di possibilità concrete di realizzazione. In assenza di questa modifica, la reazione più ottusa e semplicistica alla crisi è emendare le leggi di riforma per riadattarle ai vecchi corpi professionali e alle vecchie discipline su cui le riforme avrebbero dovuto incidere per produrre un cambiamento. Ed è quanto sta accadendo a conferma della vittoria dei corpi professionali sulle riforme stesse. (...)

I movimenti che, in Italia, avevano incominciato, negli anni '70, a produrre nuovi saperi collettivi sul terreno della salute (quello dei lavoratori nelle fabbriche e quello delle donne) non hanno superato la fase di espansione del movimento e non hanno resistito al riflusso, prevalentemente perché i pochi tecnici che operavano al loro interno, da ruoli di scarso potere, non sono riusciti a far breccia nell'assetto istituzionale della medicina, con il risultato che queste critiche e queste esperienze si riducono spesso a petizioni di principio che non trovano realizzazione pratica (vedi il controllo ambientale come prevenzione delle malattie da lavoro che ancora si accetta di monetizzare, o le rivendicazioni da parte delle donne del fatto che aborto e parto non sono malattie ma esperienze di vita, da vivere come tali). Sono convinta, invece, che se non si entra in conflitto con questa cultura, così come è stato fatto nell'ambito della psichiatria, e non si fa breccia al suo interno, essa risulterà sempre vincente nella definizione di salute e malattia.<sup>31</sup>

Nel 1988 è chiaro che "l'applicazione della riforma sanitaria vede solo ricatti: cioè l'unica scelta consentita è tra la non risposta (per esempio, l'abbandono dello psicotico e dei suoi familiari) e la "richiesta cui si consente solo di conformarsi all'offerta" (per esempio quella di costruire nuovi e più "razionali" manicomi". Fulvio Aurora parla di "svuotamento della riforma" attraverso il sottofinanziamento dei servizi - in particolare quelli territoriali, preventivi, destinati all'azione popolare sulle condizioni di salubrità ambientale e suoi luoghi di lavoro – e attraverso scelte applicative che tendevano a consolidare il potere dei "medici della corporazione" sul "business di farmaci, macchine e strutture murarie della sanità". Si tratta in pratica di una "privatizzazione del pubblico", che inizia a farsi strada ben prima delle leggi di De Lorenzo del 1992 e dell'apertura alla concorrenza pubblico-privato, si sviluppa come "perdita di partecipazione" attraverso l'incipiente impostazione manageriale applicata dai governi che "usano ideologicamente lo stesso "sfascio" che hanno provocato inapplicando la riforma, come strumento per riportare efficienza al sistema. Le USL diventano aziende gestite da manager con pieni poteri"<sup>32</sup>.

---

29 Chiara Giorgi, Ilaria Pavan, "Storia dello Stato sociale in Italia", Il Mulino, 2021, pag. 474

30 "Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni", di Franca Ongaro Basaglia, in "Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio", a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 38 – 54

31 "Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni", di Franca Ongaro Basaglia, in "Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio", a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 45 – 47

32 "Per la costruzione di una teoria e prassi della salute in tempo di crisi", di Fulvio Aurora, in "Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre", a

Vediamo ancora la consonanza con temi cari a Maccacaro, che nell'individuare i nemici della partecipazione nel congresso fondativo di Medicina Democratica tenutosi a Bologna nel 1976 parla dell'efficienza

che in un sistema dato è sempre una domanda del potere costituito. Essa si avvale della voluta e perpetrata confusione con l'efficacia. Cui corrisponde un'altra consapevole e consumata confusione tra funzione e funzionamento. La funzione di ogni sistema è definita dai suoi fini, il funzionamento dai suoi modi. Noi vogliamo che la funzione dell'istituzione sanitaria sia rivolta interamente alla promozione e alla difesa della salute collettiva (...) e che il suo funzionamento sia giudicato soltanto a misura della capacità di adempimento di tale funzione. L'istituzione sanitaria è, invece, ordinata all'ottimizzazione di se stessa, del suo vantaggio economico, delle sue autorità di comando, del suo plesso di potere. Pertanto nell'occultamento di una profonda divergenza della sua funzione dai fini sociali cui dovrebbe rendere e misurare il suo servizi, riconosce ogni primato al funzionamento e converte la totale perdita di efficacia in ulteriore domanda di efficienza.<sup>33</sup>

Nel 1988 Giorgio Bignami nota che nella riforma sanitaria

si moltiplicano gli spazi riservati al privato, sia nell'area dei servizi che in quella dei beni sanitari e di consumo, in particolare quella del farmaco. In secondo luogo, si precostituiscono i meccanismi della lottizzazione selvaggia, a cui tutti dovranno poi partecipare, mirata a rafforzare gli organigrammi delle correnti e sottocorrenti di tutte le organizzazioni politiche e sindacali, a ridistribuire a uno stuolo di *clientes* una fetta consistente del monte dei redditi di lavoro dipendente, a mettere sotto controllo larga parte della forza-lavoro del settore sanitario, attraverso meccanismi di assunzione e promozione sempre più truccati<sup>34</sup>.

Il convegno unificato di Psichiatria, Medicina e Magistratura Democratiche il 15 dicembre 1987 aveva dato l'indicazione del "rovesciamento della piramide" come parola d'ordine per contrastare la deriva alla centralizzazione amministrativa delle USL, denunciandone la natura di soluzione ideologica contro l'inefficienza, e appellandosi a "quei gruppi di base e associazioni, tutti coloro che sono organizzati e rappresentativi di settori di utenti che possono contribuire a rovesciare la tendenza"<sup>35</sup>, allo stesso tempo Franca Ongaro puntava a ricostruire quello che, nella mutate condizioni politiche e sociali rispetto agli anni '70, poteva ancora porsi come un "movimento". Si trattava di riattivare "una dimensione sociale in cui le gente, gli utenti dei servizi, i familiari, potessero avere veramente un ruolo nell'andamento delle cose, perché solo così si possono capire i bisogni reali, evitando il rischio di farli condizionare dalla natura dei servizi approntati"<sup>36</sup>. Si trattava cioè di tornare a organizzare forme di presenza diretta delle famiglie (che rischiavano di essere totalmente ricomprese nell'orbita degli attacchi reazionari alla riforma) di immaginare forme di "organizzazione" che potessero strappare il riconoscimento di miglioramenti organizzativi e strutturali nella realizzazione dei servizi.

---

cura del Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" s.r.l. editore, pag. 79

33 "Medicina Democratica, Movimento di Lotta per la Salute", di Giulio A. Maccacaro, in "Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre", a cura del Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" s.r.l. editore, pag. g 228 – 240

34 "Se il seme non è morto. Giulio Maccacaro e il movimento per la salute", in "Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre", a cura del Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" s.r.l. editore, pag. g 215 – 227

35 "Per la costruzione di una teoria e prassi della salute in tempo di crisi", di Fulvio Aurora, in "Attualità dell'opera e del pensiero di Giulio A. Maccacaro. Costruzione della scienza del lavoro della salute dell'ambiente salubre", a cura del Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" - Castellanza, 1988, Cooperativa Centro per la Salute "Giulio A. Maccacaro" s.r.l. editore, pag. 80

36 Franca Ongaro Basaglia, citata in Annacarla Valeriano, "Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia", Donzelli, Roma, 2022, pag. 82



Si poneva, in nuovi termini quel tema della “partecipazione” nella cui mancata realizzazione Giorgi e Pavan vedono uno dei motivi di arenamento della riforma sanitaria. Scrivono Giorgi e Pavan sulla partecipazione come elemento di arenamento della riforma

la composizione degli organi di governo delle USL – alle quali spettava la gestione unitaria della salute, in modo uniforme sull’intero territorio nazionale in contrasto con la frammentazione del sistema delle mutue – non riuscì a far proprie le istanze di partecipazione popolare care a molti riformatori. La derubricazione della partecipazione democratica a forme di rappresentanza partitica – delle forze politiche presenti nei consigli comunali – accentuò i meccanismi di “lottizzazione” delle USL, colpevoli tanto di un’emarginazione delle figure competenti in ambito sanitario, quanto di un accentramento di ogni potere decisionale. Di qui l’inizio della “spartizione della dirigenza delle Usl” e del loro uso clientelare da parte dei partiti presenti nei governi locali.

Questi fenomeni degenerativi possono essere letti in una duplice chiave. Essi furono la risultante di una cattiva interpretazione del ruolo della politica nella gestione della sanità, che avrebbe dovuto significare condivisione collettiva e compartecipazione alla tutela del diritto alla salute individuale e collettiva. Al contempo, essi furono all’origine delle successive spinte alla tecnicizzazione delle USL, avvenuta nei primi anni novanta e prospettata già negli anni in oggetto. La cosiddetta svolta manageriale impressa poco dopo al SSN, accompagnata da istanze di depoliticizzazione dell’assistenza sanitaria e dal diffondersi di nuovi modelli internazionali di gestione delle pubbliche amministrazioni, trasse spinte anche dal generalizzato malcontento nei confronti di queste modalità di gestione della sanità diffuse a vari livelli<sup>37</sup>.

Annacarla Valeriano riporta le difficoltà della 180 che “appariva, agli occhi della stessa Ongaro, come una legge “affrettata e per certi versi confusa”, poiché nella sua formulazione originaria non vi erano riferimenti espliciti alle risorse da destinare alle nuove strutture socio-terapeutiche extraospedaliere – indispensabili alla chiusura del manicomio -, non si stabilivano tempi certi per la loro istituzione, né si faceva cenno alle modalità di formazione di un personale più consapevole del nuovo ruolo e dei nuovi compiti; allo stesso modo, non esistevano sanzioni per amministratori e operatori che non agivano nei termini di legge. Questo aveva dato adito ad ogni possibile manovra di boicottaggio”<sup>38</sup>. Per Franca Ongaro si era aperta una “fase intermedia in cui il manicomio come luogo di contenimento dei problemi non può e non deve più esistere, ma allo stesso tempo non è mutata la cultura nei confronti della malattia mentale, né attorno ai malati di mente esistono reti, sostegno, solidarietà, aiuto”. In tale fase contraddittoria, “nel vuoto di servizi che ha seguito la riforma, nell’assenza, ad esso conseguente, della diffusione e della costruzione collettiva di una nuova cultura che tenga conto di tutti gli elementi che costituiscono il disturbo psichico e la devianza, il diritto alla tutela continua a riproporsi secondo le due esigenze opposte: la tutela del malato e del deviante e la tutela della società sana e produttiva, come poli di un conflitto che continua a riproporsi nei vecchi termini antagonistici”<sup>39</sup>

La situazione, secondo Franca Ongaro, è quella tipica della crisi a cui vanno incontro i sistemi sanitari universali istituiti nel secondo dopoguerra<sup>40</sup>. In più punti nell’opera di Annacarla Valeriano

---

37 Chiara Giorgi, Iliana Pavan, “Storia dello Stato sociale in Italia”, Il Mulino, 2021, pagg. 477 – 478

38 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022

39 “Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni”, di Franca Ongaro Basaglia, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pag.43

40 «Il servizio sanitario nazionale, che avrebbe dovuto garantire il diritto alla tutela della salute per tutti, è stato invece affidato ad un modello scientifico incentrato sulla “malattia” e non sul malato; modello che si è strutturato di pari passo e con notevoli complicità con l’organizzarsi di un corpo sociale fondato sulla disuguaglianze; che si è sviluppato all’interno della logica del profitto, sia per quanto riguarda la medicina mercantile, sia per quanto riguarda lo sviluppo della tecnologia medica; che, di conseguenza, procede verso la dilatazione del mercato della malattia per dilatare il mercato della cura. (...) Secondo il modello operativo classico, non si fa che fissare e cronicizzare in “bisogno sanitario” - che diventa però esso stesso l’oggetto dei nuovi diritti acquisiti – anche tutto ciò che appartiene ad altre sfere di bisogni, perché le misure tecniche tradizionali sono la risposta ad un bisogno unico, isolato e separato dal mondo di bisogni in cui prende corpo: il diritto alla salute si traduce allora – anche per noi, per la sinistra – nel diritto ad una cura che, considerando malattia anche ciò che esprime bisogni diversi, traduce questi bisogni diversi in malattia», “Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni”, di Franca Ongaro Basaglia, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria

la centralità di questo tema risulta evidente dalle parole di Franca Ongaro Basaglia sulla necessità di pensare la realizzazione della 180 come momento di movimento e partecipazione, in cui solo attraverso la saldatura dell'azione legislativa con forme inedite di alleanze - con famiglie, settori nuovi di società civile, forme di attivazione popolare – possono veramente interpretarsi i valori della trasformazione. Tutto ciò avviene chiaramente nella consapevolezza che non esiste una sintesi politica efficace a livello partitico o di istituzioni rappresentative, non c'è un corpo politico unico a cui si possa attribuire la responsabilità di agire conseguentemente con i valori della riforma. Sulle posizioni critiche di Ongaro Basaglia rispetto al Partito Comunista:

“al di là degli sforzi spesso titanici di molti amministratori e operatori isolati”, non c'era stato “un messaggio chiaro da parte dell'apparato centrale del Partito che spingesse al cambio culturale i suoi stessi operatori e amministratori degli enti locali. Questi, nel vuoto di indicazioni e linee di intervento, si erano “via via arroccati in vecchie difese disciplinari, corporative, burocratiche o partitiche per ricomporre la conflittualità che il nuovo produceva”<sup>41</sup>

Era quindi necessaria, per contrastare l'inadeguatezza delle realizzazioni e i tentativi di restaurazione, inaugurare una nuova fase di partecipazione, alla luce delle questioni emerse nel passaggio epocale degli anni '80, senza la quale sarebbe stato impossibile immaginare che i Dipartimenti di Salute mentale si realizzassero come luogo di integrazione e non semplice sommatoria di interventi specialistici;<sup>42</sup> bisognava cioè

“opporre organizzazione a organizzazione” per strappare miglioramenti a una riforma che (...) non pienamente realizzata, sarebbe rimasta una pura enunciazione di principio.<sup>43</sup>

Ancora oggi la difficoltà a costruire i servizi come dispositivo di integrazione tra intervento sociale, sanitario e sociosanitario risulta attualissima e potremmo dire che questo resta un nodo irrisolto della deistituzionalizzazione, per cui dovremmo moltiplicare gli studi su come sia stato possibile realizzare esperienze pilota avanzatissime come quella di Trieste e come mai non si sia riusciti a rendere sistematico questo processo.

### ***Il nodo costituito da mutualismo, sussidiarietà, terzo settore***

A fronte di una situazione contraddittoria rispetto alle realizzazioni legislative e istituzionali, la posizione del movimento per la realizzazione della riforma dell'assistenza psichiatrica accetta come dice Franco Rotelli, la

sfida di argomentare razionalmente al di là della cornice, accettare la sfida che la cornice sia un mito e che si possa operativamente procedere nel campo dell'applicazione della 180, lasciando anche impregiudicato il dibattito ideologico di fondo (senza per questo dimenticarlo e senza per questo ricordarsi quanti e quali valori siano in campo nella legge 180)<sup>44</sup>

sviluppando forme inedite di pratica sociale che assumono i limiti concreti portati dalla scarsa e lacunosa realizzazione legislativa dei principi sottesi all'azione dei riformatori e trovano come formula per porvi di rimedio una inedita ibridazione di alleanze, nel quale hanno un ruolo centrale il “privato sociale” e il mondo cattolico. In entrambi questi due gruppi possiamo vedere la persistenza

---

Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pag.46

41 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pagg. 79 – 80

42 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 87

43 Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 90

44 “Le istituzioni della deistituzionalizzazione” di Franco Rotelli, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 55 – 68

di forme di attivazione e di militanza di base che avevano posto in essere particolari forme di autogestione e di costruzione mutualistica di servizi in vari contesti, dalla fabbrica ai quartieri, in varie parti della penisola. La persistenza di questi luoghi di invenzione di pratiche sociali, di autorganizzazione, di realizzazioni dal basso, attraverso la storia degli anni '60 e '70 e non si spegne anche quando la prospettiva sintetica basata sull'alleanza di classe e la centralità del movimento operaio lascia spazio ad un pensiero "debole" dell'emancipazione "come prassi forte" pur nell'"abbandono dell'emancipazione come quadro teorico unitario e totalizzante" come suggerisce Agostino Pirella<sup>45</sup>, vale a dire anche una volta che le organizzazioni politiche tradizionalmente riconosciute come possibili soggetti sintetici di quei processi avevano perso la loro spinta propulsiva sul piano simbolico e la capacità di traino dal punto di vista politico.

Dai consultori autogestiti realizzati dal movimento femminista, gli asili popolari nei quartieri proletari, le forme di mutualismo realizzate in concomitanza con mobilitazioni sociali di ampia portata come quella napoletana dei disoccupati organizzati, con cui Sergio Piro collaborava attivamente nel processo di deistituzionalizzazione dell'ospedale Psichiatrico del Frullone, dal sud a nord della penisola, prima e dopo le leggi del 1978, la prassi anti-istituzionale aveva interagito con varie forme di mobilitazione sociale e politica che rimasero fondamentali anche nel determinare gli sviluppi di quelle forme di militanza nel privato sociale o confessionale. L'esperienza del gruppo Abele, che costituisce a partire dagli anni 70 strutture di sostegno e presa in carico per le tossicodipendenze e che partecipa alle discussioni sulla necessità di ricostruire un movimento che possa spingere per la realizzazione della legge 180 si esprime in questi termini nel 1987:

ci ostiniamo a credere nell'utilità di un rapporto costante tra comunità, realtà del "privato sociale" e servizi pubblici. Dico "ci ostiniamo" perché in questo momento sembra non sia molto condiviso né "premiato" un tale atteggiamento e che occorre invece pensare essenzialmente in termini di strutture che fanno cammini paralleli e che in qualche modo hanno una piena autonomia, una legittimazione paritaria anche sul piano del riconoscimento dello stato. E non invece una funzione di integrazione all'interno di un disegno organico delimitato da norme che garantiscano il rispetto dell'uguaglianza dei cittadini e del diritto di tutti di usufruire dei servizi sociali necessari. Noi ci ostiniamo a credere in questo perché lo abbiamo verificato come positivo, oltre che possibile. Nella nostra realtà siamo in grado di lavorare correttamente "per progetti", almeno con alcuni servizi e operatori. E riteniamo che ogni volta che questo è successo non è derivato per il soggetto, per l'individuo, per la sua famiglia e per il suo contesto un vantaggio sostanziale ed un risultato reale nella soluzione dei problemi, risultato senza dubbio migliore e più duraturo di quello derivato da interventi settoriali o separati.

In questo senso noi crediamo in un apporto del privato sociale, che non è oggetto di delega, che non è concorrenziale, ma che si integra, all'interno di accordi perfezionabili attraverso lo strumento delle convenzioni, in una strategia più articolata che vede la titolarità piena degli interventi su un territorio a carico della struttura dei servizi pubblici.<sup>46</sup>

Allo stesso modo in quegli anni risulta rilevante l'apporto della Caritas in alcune diocesi, che risulta in netto contrasto con la deriva privatistica portata dal circuito parallelo delle cliniche private, rivolto ad una complessiva azione di sensibilizzazione sui corpi sociali e professionali, come mostra l'impegno a Roma di Luigi di Liegro in collaborazione con Tommaso Losavio, rappresentativo di un processo che avveniva in molte parti della penisola dove le pubbliche amministrazioni avevano affrontato il passaggio della 180 in uno stato di totale immobilismo<sup>47</sup>.

Insieme a questi episodi citati, in quegli anni matura un variegato attivismo di cooperative sociali, associazioni e circoli operai, gruppi di militanti - sottrattisi alla dicotomia tra ferocia della

---

45 "Psichiatria italiana e pulsione di sapere. Le tensioni di Pirella", di Pierangelo Di Vittorio, in *Aut Aut* 385/2020 "Agostino Pirella. Il sapere di uno psichiatra", *Il Saggiatore*

46 "Modelli di intervento e culture del privato-sociale", di Franco Prima, in "Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio", a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 248 – 254

47 "Comunità cristiana e malati di mente: cosa fare?" di Giuseppe Criconia, in "Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio", a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 178 – 180

repressione di stato e brutalità della lotta armata – agglomerazioni del mondo cattolico di base, comunità fondate su valori mutualistici. Questo mondo era innervato da moltissime e diverse tradizioni politiche e culturali – dal cristianesimo sociale e dalla sua opposizione a un modo di vita basato sul denaro e la competizione al “rifiuto del lavoro” proclamato dall’autonomia e dalle subculture del ‘77. Dagli asili autogestiti ai consultori, dalle realtà di quartiere che tengono in piedi vari laboratori di comunità fino ai gruppi che realizzano forme tendenti all’autogestione della salute, esiste una continuità di esperienze che in varie misure si confronta con questa fase sviluppando strumenti più o meno formalizzati di innovazioni, esperienze a contatto con i servizi, cooperative, strutture di intervento sulla comunità, in un’ottica che, difficile da inquadrare probabilmente per la commistione di molti orientamenti valoriali differenti, sarà poi ripresa legislativamente solo negli anni ‘90 e verrà identificata come principale soggetto della “sussidiarietà” nelle elaborazioni successive.

Mentre una prospettiva dominante tende a leggere l’affermazione del “volontariato” come manifestazione di una emergente spolticizzazione delle masse, un’altra prospettiva, minoritaria, riconosce in questa storia il riemergere di forme particolari di politicizzazione. È un esempio di questa tendenza minoritaria il testo di Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare”<sup>48</sup>, in cui l’autore traccia una continuità tra le iniziative di impegno sociale e civile degli anni ‘60, attraverso i movimenti di contestazione degli anni ‘70, fino alle formule che portano dal volontariato degli anni ‘80 e ‘90 alle istituzioni del terzo settore con i loro ambigui sviluppi. A fronte dei nodi critici dello stato (“fine della spinta propulsiva dello sviluppo economico, blocco del sistema politico, inadeguatezza del processo riformatore e modernizzatore”) si era sviluppata una stagione di “azione collettiva” che, attraverso vari passaggi lungo forme di variegata politicizzazione, era arrivato a definirsi negli anni ‘80 come una “militanza senza appartenenza”<sup>49</sup> espressione con cui si riconosceva nel molteplice mondo del volontariato una forma di impegno fortemente politico ma che si poneva come alternativo rispetto alle formule politiche dominanti nei partiti<sup>50</sup>. Si tratta di una storia lunga e complessa che qui non possiamo sintetizzare. Basti richiamare che si parte dalle tendenze che fin dagli anni ‘60 “nel loro insieme contribuiscono a formare tra i giovani un comune retroterra ideologico in cui i valori di solidarietà, azione collettiva, lotta all’ingiustizia sociale si contrapponevano all’individualismo e al consumismo del capitalismo maturo”<sup>51</sup>, consumando importanti lacerazioni e prese di coscienza nel mondo cattolico e socialista, nella base sociale studentesca e operaia, come nella condizione femminile e in vari gruppi professionali. Questo mondo negli anni ‘80 prese coscienza di potere attivamente promuovere “l’unione di solidarietà concreta e denuncia delle lacune della politica, l’organizzazione di servizi per la comunità e la collaborazione con le istituzioni locali, la speranza nel cambiamento, la coerenza della propria condotta personale”<sup>52</sup>.

È all’interno di questo quadro che dobbiamo leggere la descrizione che Franco Rotelli offre del Servizio di Salute Mentale di Trieste nel già citato convegno del 1987: il servizio assume in carico

---

48 Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti”, Napoli, L’ancora del mediterraneo, 2004

49 Pietro Ingrao citato in “Militanza senza appartenenza. Schede su movimenti e associazioni della politica diffusa”, a cura di Maria Luisa Boccia, Supplemento a “Democrazia e diritto”, 1, gennaio-febbraio 1986; citato in Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti”, Napoli, L’ancora del mediterraneo, 2004

50 Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti”, Napoli, L’ancora del mediterraneo, 2004, pag. 119

51 Paul Ginsborg, “Storia d’Italia dal dopoguerra ad oggi”, Torino, Einaudi, 1989; citato in Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti”, Napoli, L’ancora del mediterraneo, 2004

52 Giulio Marcon, “Le utopie del buon fare. Percorsi della solidarietà: dal mutualismo al terzo settore, ai movimenti”, Napoli, L’ancora del mediterraneo, 2004, pag. 190

“la totalità della domanda (per ricercare diversificate risposte)”<sup>53</sup>. Vale a dire si costruiscono modi di agire sulle “questioni attinenti a *tutta* la vita quotidiana (potere, denaro, affettività, socialità, diversità, gioco, rapporti familiari, casa, lavoro, ruoli sociali, affari di giustizia, ecc)”, si pratica “la non selezione dell’utenza per categorie diagnostiche o tipologiche comportamentali o di classe” e “la porta sempre aperta a chiunque”. Si tratta di una sperimentazione istituzionale in cui si inventano rapporti nuovi di mediazione tra società e stato, si creano forme di contrattualità non previste dalla struttura legislativa, per realizzare le quali è necessario il “superamento del monopolio del pubblico”, a vantaggio di “laboratori e cooperative in cui il protagonismo dell’utenza si arricchisce in una dialettica più nuova e articolata con i servizi veri e propri”. In altre parole, si realizza quella “conversione continua delle risorse istituzionali” che permette “l’invenzione della salute” attraverso la “riproduzione sociale del paziente”.

È chiaro anche a Rotelli l’interrogativo su quanto potrà reggere questo sistema basato sulla creazione di cooperative: coloro che hanno fatto “azioni importanti con mezzi irrilevanti non possono continuare ad operare in condizioni siffatte. È tuttavia prevedibile che queste condizioni non si modificheranno nel breve periodo. Accadono allora operazioni molto interessanti di ristrutturazione del privato-sociale” di cui, come vedremo oltre, il movimento proverà a tracciare la riflessione negli anni ‘90.

In generale però nella psichiatria di quegli anni siamo in un “processo costituente” come dice Maria Grazia Giannichedda, reso possibile anche da “settori non marginali del “privato sociale” che non accettano affatto la delega di amministratori dell’incapacità e che stanno producendo innovazioni significative” e “aree importanti del volontariato cattolico, che esprimono forme originali di azione sociale, radicate sulla cultura dei diritti e sull’analisi delle risorse non meno che sull’impegno solidale”<sup>54</sup>. D’altra parte, l’importanza specifica della partecipazione dei “volontari” al processo di deistituzionalizzazione era già chiara a Robert Castel che nel 1975, commentando l’esperienza triestina guidata da Franco Basaglia, aveva scritto:

Sta accadendo qualcosa di molto importante che coinvolge tutta la problematica della medicina mentale. Non se ne ha ancora una visione completa. Ma bisognerà bene che a lungo andare si capisca che l’“ascolto” dell’altro, anche quando egli si trovi in condizioni psichicamente difficili, non può ridursi al paternalismo di un padrino, né alla sapiente oggettivazione, né all’attenzione prestata alla fantasmagoria dell’inconscio. Questi tre atteggiamenti non sono equivalenti, ma hanno questo in comune: promuovono l’*apoliticizzazione* di una situazione che è anzitutto definita politicamente. Le pratiche che ne conseguono controllano certi effetti di questa congiuntura, ma in pari tempo avallano i meccanismi di selezione e di segregazione che la strutturano. Rinnovano così la violenza sociale che il malato subisce. Come contropartita, una psichiatria politica – e con questo voglio intendere un settore della divisione del lavoro, cosciente del fatto che adempie un mandato sociale avente per scopo l’esclusione e la normalizzazione, e che rifiuta questo mandato – deve infrangere questo monopolio degli specialisti competenti, ripreso anche dalla psicanalisi. Questa è per esempio la funzione affidata ai “volontari” come esistono a Trieste nelle “équipes” terapeutiche. Non sono una nuova categoria di tecnici, non rappresentano una nuova specializzazione in una divisione accademica del sapere. Presenti e disponibili nei servizi, senza essere tenuti a interpretare da un punto di vista medico ciò che vi succede, funzionano come analizzatori socio-politici della situazione istituzionale. Una presenza non medica nei recinti destinati alla malattia canalizza tutto ciò che è “non medico” in questa “malattia”. Essa incontra il “malato” diversamente che come controparte del sapere-potere medico. E Dio sa che egli è essenzialmente un’altra cosa, tanto nella situazione attuale quanto per i processi che l’hanno condotto lì.<sup>55</sup>

---

53 “Le istituzioni della deistituzionalizzazione” di Franco Rotelli, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pag. 59

54 “Forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, di Mara Grazia Giannichedda, in “Psichiatria Tossicodipendenze Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio”, a cura di Maria Grazia Giannichedda e Franca Ongaro Basaglia, Franco Angeli, Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, 1987, pagg. 38 – 54

55 Robert Castel, “La contraddizione psichiatrica”, in “Crimini di pace: Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all’oppressione”, a cura di Franco Basaglia, Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1975

Queste esperienze, insieme ad altre saranno poi riprese nel libro collettivo del 1994 “L’impresa sociale”<sup>56</sup>. Per una riflessione complessiva invece sull’elaborazione che si era affermata a partire dal 1977, in alcuni ambienti minoritari della sinistra, sulla cooperazione come strumento di evoluzione emancipatoria e non assistenziale dei sistemi di welfare si veda “Appuntamenti di fine secolo” di Pietro Ingrao e Rossana Rossanda<sup>57</sup>.

Per dare solo un piccolo esempio del legame tra sperimentazioni istituzionali che permisero di realizzare forme innovative di funzionamento dei servizi e forme diverse di militanza di base pensiamo a due episodi. Un primo caso emblematico è fornito dalla storia della realizzazione dei Centri di Salute Mentale aperti 24 ore, di cui abbiamo un racconto personalissimo in una intervista realizzata da Lorenzo Betti a Carmen Roll, in cui abbiamo una vivida evidenza di quanto la possibilità di inventare istituzioni si desse in un contesto aperto in cui confluivano esperienze di militanza, volontariato, fuga, in una condizione di indeterminazione tra ciò che era la vivacità dell’autogestione e ciò che era la responsabilità del servizio pubblico:

Sono uscita dalla galera il primo febbraio 1976, avevo letto la traduzione di L’istituzione negata di Basaglia e sono arrivata a Trieste alla fine di marzo chiedendo di lavorare. Ero cittadina libera, non ero una rifugiata politica. Ho chiesto di poter collaborare, chiamarlo lavoro era difficile sia perché non c’era l’Unione Europea sia perché al tempo non avevo una professionalità, avevo studiato come assistente sociale, ma avevo interrotto gli studi. Si poteva parlare più che di lavoro di militanza. Non mi sono mai definita una volontaria. (...) Poi Rotelli (Franco, stretto collaboratore di Basaglia) mi offrì di scegliere tra rimanere a dormire nel padiglione dove c’erano i volontari/tirocinanti oppure andare in una stanza libera nel primo Csm a Barcola, dove lui era il primario. Optai per quest’ultima soluzione e mi sistemai lì, dove ho vissuto per sei mesi circa. Avevo scelto questa situazione per migliorare il mio italiano che al tempo sapevo solo leggere, ma che parlavo molto male: i volontari da tutto il mondo e gli studenti che parlavano inglese erano principalmente concentrati nei reparti dell’ex-manicomio, mentre nel Csm di Barcola c’erano solo gli infermieri e i matti con i quali o parlavi italiano o non parlavi. Così in tre mesi sono riuscita a imparare velocemente.

Al tempo non c’erano ancora le notti nel Csm (tutti i Csm di Trieste, per ridurre i ricoveri in ospedale, diventarono successivamente operativi 24 ore su 24) e, dopo un mesetto che ero lì, nelle riunioni si è iniziato a parlare della necessità che potevano avere alcune persone di fermarsi qualche giorno. “Ma potrebbe dormire qua” “ma non c’è il servizio notturno” “ma c’è Carmen!”. Finì che dopo circa un mese e mezzo che ero lì ho fatto le notti ininterrottamente per quattro/cinque mesi anche con tre/quattro persone ricoverate. Poi sono stata “liberata” dal dottor Dall’Acqua perché a un certo punto non era più possibile... Io ero lì dentro 24 ore su 24 più o meno. Per me ovviamente è stata una scuola incredibile. Si potrebbe discutere per ore della mia non professionalità. La non professionalità in salute mentale è una grande risorsa perché, per esempio, la gente ricoverata, con la mia presenza, si sentiva più tranquilla, ero troppo strana io. Non ero individuabile, non ero identificabile. Cosa pensavano loro che fossi io? Non lo so<sup>58</sup>.

Un'altra storia che ci mostra quanto, anche negli anni '80 e probabilmente fino a tempi molto recenti, le istituzioni inventate di Trieste vivessero di uno scambio continuo tra responsabilità pubblica e spazi di autogestione e militanza lo desumiamo *a contrario* dalla storia che si sviluppò attorno all'omicidio di Pietro “Pedro” Greco, militante dell'autonomia operaia, il 9 marzo 1985, che venne ucciso con numerosi colpi di pistola sparatigli da distanza ravvicinata nell’androne di casa e per strada da agenti della Digos e del Sisde. Il giorno dopo l'uccisione la Questura diede luogo ad un

---

56 «D’impresa sociale si è cominciato a parlare nel 1987 per dare un nome a nuove strategie volte a fronteggiare sia la crisi del lavoro che la crisi dell’assistenza, in alcune esperienze “storiche” d’innovazione delle istituzioni e delle politiche sociali in diversi luoghi d’Europa e d’Italia. (...) Cominciando dal fatto di occuparsi di quanto “il sociale” sia mal amministrato, mal curato, dequalificato, e di come sia pessima, oggi, l’assistenza sociale, misera e sprecona allo stesso tempo. Ostile, unfriendly soprattutto in quella cultura, radicata nel profondo, per cui le persone (oggi graziosamente chiamate utenti) sono trattate come oggetti, portatori di problemi, miseri, fastidiosi quando non pericolosi, e passivi. E se poi quelle persone – tutti, in definitiva – finiscono per diventare davvero così, se lo sentono anche rinfacciare. Dunque, un motivo centrale dell’idea d’impresa sociale è il domandarsi, e provare, come potrebbe essere un’assistenza che intraprende, investendo sull’unico vero capitale che ha, le persone», da “L’impresa sociale”, di Diana Mauri, Franco Rotelli, Ota De Leonardis, Anabasi, 1994

57 Pietro Ingrao, Rossana Rossanda, “Appuntamenti di fine secolo”, manifesto libri, Roma, 1995

58 “Istituzioni e de-istituzioni. tra manicomi, territorio e promozione della salute”, intervista realizzata da Lorenzo Betti a Carmen Roll, 19 giugno 2020, disponibile su <https://gliasinirivista.org/istituzioni-e-de-istituzioni-tra-manicomi-territorio-e-promozione-della-salute/>

rastrellamento dell'Ex Ospedale Psichiatrico della città, nell'attuale Parco San Giovanni, fermando varie persone che collaboravano con i servizi di salute mentale e con le cooperative sociali impegnate nel lungo processo di deistituzionalizzazione. L'azione, che produsse fermi e arresti, ma nessuno dei quali ebbe poi alcuna conseguenza giudiziaria – per infondatezza del teorema accusatorio - intendeva giustificare l'abnorme clima repressivo di quei giorni da parte delle forze dell'ordine identificando l'ex Ospedale Psichiatrico come uno dei vari “covi” di terroristi e militanti violenti nella città di Trieste. Franco Rotelli, chiamato a commentare la vicenda, parla di una pratica che si inserisce nel solco delle tante intimidazioni poliziesche svolte contro il processo di rinnovamento che in quei luoghi si stava svolgendo (il questore aveva più volte tentato azioni giudiziarie contro Franco Basaglia - tutte senza esito)<sup>59</sup>. Ciò che colpisce ed è utile ai fini del nostro ragionamento è il fatto che, effettivamente, l'ex Ospedale Psichiatrico aveva mantenuto in quegli anni spazi di autogestione in cui si riunivano e operavano soggetti che effettivamente venivano dal mondo dei collettivi di sinistra ma che in quel contesto agivano con le cooperative sociali e i laboratori sociali legati al Dipartimento, le forme innovative di militanza che in quel contesto stavano accompagnando il processo di trasformazione psichiatrica.

Come scrive Marcon, la parabola del volontariato come impegno politico ha attraversato gli anni '80 e '90 maturando “il rifiuto di ogni collateralismo e autoreferenzialità”, la rivendicazione di “una riforma del welfare che si traducesse nel superamento dello statalismo e nell’allargamento della sfera dei diritti”, “la dimensione politica del volontariato” e – come abbiamo visto – abbiamo evidenze storiche del fatto che formule innovative di realizzazione di servizi avanzati sono stati possibili grazie a soggetti collettivi attivi “di base”, che hanno potuto costruire quelle necessarie soglie tra società e stato, inserendosi negli interstizi di regolazioni inefficaci o troppo astratte. Ma secondo Marcon, il processo avviato negli anni '90 con la istituzionalizzazione del terzo settore e poi la legiferazione iniziata negli anni 2000 per inquadrare in modo strutturato il rapporto tra pubblico e terzo settore non ha valorizzato questi aspetti e anzi sembra aver favorito una mercificazione del terzo settore, compatibile con l'arretramento dei servizi di welfare garantiti dal settore pubblico. Ota De Leonardis nel suo “sogni e incubi” arrivava a prefigurare il rischio di una circolarità tra pubblico e privato che, polarizzando la contraddizione tra valori, nasconde invero una intima collusione nell'abbandono delle questioni di giustizia sociale praticamente agite in ambito istituzionale. Così Pierangelo Di Vittorio sintetizzava nel 1999 le questioni elaborate da Ota De Leonardis, facendo riferimento al rischio di una totale privatizzazione dell'azione pubblica<sup>60</sup>. La questione sembra essersi ulteriormente sviluppata con una progressiva moltiplicazione dei fattori di rischio individuati vent'anni fa. Sandro Busso ha recentemente analizzato i cambiamenti e le culture del terzo settore in particolare mettendo a fuoco le conseguenze della stagione di ridimensionamenti e razionalizzazioni della spesa pubblica seguita alla crisi economica del 2008-2009. Dalla sua analisi emerge la rilevanza del nodo complesso della politicizzazione nei rapporti tra terzo settore e pubbliche amministrazioni<sup>61</sup>.

---

59 Questa la controinchiesta realizzata all'epoca da Radio Sherwood, al minuto 25 l'intervento telefonico di Franco Rotelli <https://www.youtube.com/watch?v=d5Ttbkc-n18&t=1504s>

60 «Nel contesto della crisi del welfare, all'aziendalizzazione della sanità pubblica e alla cesura in ciò che si chiamava sinteticamente, fino a qualche tempo fa, il “socio-sanitario”. Oggi la sanità pubblica predetermina la domanda sanitaria in base a budget e centri di costo, mentre tutto ciò che non attiene direttamente alla cura e riguarda l'integrazione sociale (casa, lavoro, ricostruzione di reti relazionali), viene delegato al privato, più o meno sociale. Oltre al fatto che il privato sociale sta diventando l'accogliente zona grigia in cui si istituzionalizza una parte del precariato, è interessante notare che, in questa zona grigia dove viene resa precaria e imbrigliata la possibilità stessa di un'autonomia e di un'intelligenza sociali, il pubblico e il privato trovano un terreno molle, una zona franca in cui agire a piacimento e in piena impunità: il pubblico può agire come se fosse un privato cittadino e il privato può gestire come fosse un ente pubblico», in Pierangelo di Vittorio, “Foucault e Basaglia”, 1999, Ombrecorte, pagg. 17 – 18

61 «Le organizzazioni senza scopo di lucro e le imprese sociali hanno un ruolo politico rilevante che può essere minacciato dall'ingresso nel mercato dei servizi. Questo rischio aumenta in tempo di crisi economica, quando la concorrenza si fa più forte e le esigenze economiche diventano più urgenti. (...) Il terzo settore nasce alla fine degli anni '70 con un forte intento politico e in stretto collegamento con le esperienze dei movimenti sociali dei decenni

## *I nodi del carcere, del genere e della critica sociologica*

Chiudiamo queste nostre riflessioni sui nodi della deistituzionalizzazione a partire dal libro di Annacarla Valeriano citando senza troppo approfondire le altre tre questioni che emergono dalla rivisitazione che l'autrice fa della vicenda biografica di Franca Ongaro Basaglia. In primo luogo, la questione del carcere. Gli assi di impegno parlamentare di Franca Ongaro rivelano, se analizzati congiuntamente, l'inestricabilità della deistituzionalizzazione con la questione del superamento dell'istituzione carceraria e con la questione dell'oppressione di genere. In particolare, per Franca Ongaro Basaglia era impossibile pensare la deistituzionalizzazione senza intervenire in modo riformatore sul complesso nodo costituito dall'incrocio tra i temi della pena, del carcere, dell'imputabilità. Franca Ongaro in varie occasioni e in vari modi ha cercato di sviluppare iniziative che andassero verso la riforma del regime carcerario, l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la definizione di forme nuove di penalità, non punitive ma "trasformative", lo scioglimento del nodo che ancora oggi tiene legate perizia psichiatrica e inimputabilità. Un esempio su tutti: l'azione che Franca Ongaro svolge in Parlamento per ottenere una formalizzazione del reato di violenza sessuale come reato contro la persona (e non contro la morale), all'interno di una più ampia battaglia sulle questioni di genere e i diritti delle donne. Il suo impegno in Parlamento, in questo caso, fu anche quello di pensare a forme innovative della pena:

era importante che violenza carnale e libidine violenta fossero unificate come crimini e si consentisse la procedibilità d'ufficio, data la gravità del reato; ma era altresì essenziale che le donne si sforzassero di dare prova della propria "diversità" mostrandosi "sufficientemente forti per poterci permettere un gesto più forte di noi", come ad esempio esigere per i colpevoli un modo diverso di vivere la pena che fosse emancipatorio e non solo punitivo e vendicativo.

A tal proposito, non esitò mai nel rilevare la necessità di promuovere "una educazione sessuale fondata soprattutto su una nuova etica di rapporti tra le persone". Sviluppò questa riflessione a margine di una serie di considerazioni riguardo la detenzione come pena, convinta che "per cambiare la cultura della violenza e dello stupro" non si potesse pensare di fare ricorso alla violenza delle carceri nelle quali – come in tutte le istituzioni totali – si riproponeva la medesima logica della sopraffazione, seppur a un livello diverso. Per questo si sforzò di immaginare qualche forma di pena alternativa alla detenzione, pur cosciente che tale proposta avrebbe incontrato una notevole resistenza tra le donne, "come se introdurre questo discorso equivalesse ad ammettere una riduzione del riconoscimento del reato"<sup>62</sup>.

L'attualità di questo nodo è ancora oggi fortissima, se consideriamo la complessiva situazione di disumanità dell'apparato carcerario e la presenza di molte voci inascoltate che si levano per un suo superamento. È infatti evidente che il carcere come istituzione afflittiva, retributiva, anche se proclama di perseguire la riabilitazione, impone livelli di sofferenza intollerabili ed è totalmente inefficace rispetto agli obiettivi di riabilitazione che si pone. In più provoca danni esistenziali che vengono automaticamente dall'istituzione carceraria stessa tutti dichiarati "psichiatrici", ma che sono in realtà frutto dell'impossibilità di adattamento a una condizione senza senso e prospettiva<sup>63</sup>. Un'ulteriore analisi sulle condizioni socioeconomiche delle persone detenute, sulla loro condizione di salute, sull'ambiente in cui è maturata la loro carriera deviante, mostrerebbe che oggi la maggior parte delle persone che sono in carcere non dovrebbero esser lì ma dovrebbero essere persone prese

---

precedenti. Dopo quegli anni, molti attivisti hanno convertito la loro dedizione alla lotta politica in un impegno per la fornitura di servizi, e quindi sono entrati nel mercato in diversi settori, il più rilevante dei quali è stato quello delle politiche sociali. (...) Le organizzazioni non profit italiane sono un rilevante oggetto di osservazione al fine di comprendere le interazioni tra modelli di governo partecipativo e coproduzione di servizi da un lato (di cui il terzo settore è tra gli attori più significativi), e il vivacità della democrazia e delle istituzioni rappresentative dall'altra», in "Away from politics? Trajectories of Italian third sector after the 2008 crisis", di Sandro Busso, *Social Sciences* 7.11, 2018, pag. 228

62 Annacarla Valeriano, "Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia", Donzelli, Roma, 2022, pag. 102

63 Sui saperi psichiatrici in carcere si veda Luca Sterchele, "Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario", Meltemi, 2021



in carico da servizi socioassistenziali: la presenza di tanta parte di popolazione fragile nelle carceri manifesta la crisi della tenuta comunitaria dei territori.

Come l'ospedale psichiatrico, anche il carcere potrebbe essere oggi considerato un contenitore che, dietro una la copertura ideologica falsamente oggettiva del diritto penale, opera soprattutto una funziona di segregazione, occultamento e naturalizzazione delle contraddizioni sociali<sup>64</sup>. Ancora più grave risulta oggi il fatto che ancora non si sia riusciti a sciogliere, nonostante il superamento legislativo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il nodo dell'imputabilità, che necessiterebbe di una profonda riforma del Codice Penale, come ha sostenuto recentemente il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di Parma, Pietro Pellegrini<sup>65</sup>.

L'altra questione è la rilevanza di alcuni temi relativi all'impegno intellettuale di Franca Ongaro. In primo luogo, citiamo il ruolo relevantissimo nell'aver introdotto in Italia l'opera di Erving Goffman, sociologo americano. Se la salute mentale ha oggi in parte interiorizzato la polarità del concetto salute/malattia come condizione umana, le nuove forme di definizione della norma attraversano nuovi campi che sarebbe utile rileggere con gli strumenti critici che avevano portato Franca Ongaro ad impegnarsi nella traduzione del sociologo radical americano. Un tema che oggi richiederebbe di essere riletto alla luce de *Il comportamento in pubblico*, l'opera tradotta da Franca Ongaro negli anni 70, è quello della *disabilità relazionale*. Come ha scritto Enrico Valtellina è necessario "rapportarsi alla questione delle problematiche relazionali fuori dai binari delle logiche medico-riparative-educative" per contribuire a "sviluppare il discorso pubblico sulla sindrome in termini emancipativi e positivi". In questo percorso, risulta essenziale il legame tra il sapere medico sulle disabilità relazionali e la dimensione della norma sociale, come emerge dal lavoro di Goffman. Attraverso lo sguardo del sociologo americano si potrebbe approfondire quanto tale "disabilità" non può essere collocata oggettivisticamente nell'individuo ma va messa in rapporto con le strutture (e i poteri) che definiscono le aspettative della relazione. Parlando de "Il comportamento in pubblico", "uscito in Italia nel 1971 grazie alla traduzione di Franca Ongaro ed Enrico Basaglia"<sup>66</sup>, Enrico Valtellina scrive:

L'analisi di Goffman procede serrata nella mappatura delle modalità dell'interazione, implacabilmente corredata da racconti di situazioni esemplari, le norme dell'interazione appaiono attraverso la loro trasgressione situata. Verso la fine del volume propone alcune osservazioni su come determinate condotte trasgressive reiterate delle convenzioni implicite che organizzano l'interazione in presenza vengano neutralizzate attraverso la loro iscrizione in un orizzonte patologico. Siamo qui giunti alla tematizzazione esplicita delle disabilità relazionali. L'attuale classificazione dei disturbi generalizzati dello sviluppo, dello spettro autistico, non è che un momento di un processo di individuazione di un orizzonte di divergenza comportamentale da parte del sistema medico-psichiatrico. (...)

Riepilogando all'estremo, l'incontro in presenza è un evento sociale terribilmente complesso, orchestrato da un insieme di regole esplicite e o implicite. La non osservanza di queste, quando non tollerata dal contesto o per cui non siano previsti rituali di riparazione come scuse, chiarimenti, manifestazioni di sottomissione, porta a un'individuazione come deviante, cosa che, nell'orizzonte del sapere medico, superata una soglia, iscrive nel patologico. Il patologico individuato è esattamente ciò che ci interessa, e prende attualmente il nome di autismo, di sindrome di Asperger<sup>67</sup>.

---

64 Si veda Manconi: "Nel 1978 il parlamento italiano votò la legge per l'abolizione dei manicomi dopo anni di denunce della loro disumanità. Ora dobbiamo abolire le carceri, che, come dimostra questo libro, servono solo a riprodurre crimini e criminali e tradiscono i principi fondamentali della nostra Costituzione." da "ABOLIRE IL CARCERE. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini", di Stefano Anastasia, Valentina Calderone, Luigi Manconi, Chiarelettere, 2015

65 Pietro Pellegrini sul codice penale dalla rubrica di Fuoriluogo su il manifesto del 9 marzo 2022, "NON IMPUTABILE PER "VIZIO DI MENTE"? È TEMPO DI RIFORMA"

66 Annacarla Valeriano, "Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia", Donzelli, Roma, 2022, pag. 37

67 Enrico Valtellina, in "Sei personaggi in cerca di autismi", di Claudio Ughetto, David Vagni, Enrico Valtellina, Giorgio Gazzolo, Luca Pani, Nicola Gomirato, Edizioni LSWR, 2018

Si tratta di uno studio che sarebbe di grande importanza per tutto il sistema del welfare sociosanitario: il relazionale è in fatti oggi l'aspetto che più spesso viene evocato nelle carriere morali di chi necessita forme di presa in carico. A parità di spettri diagnostici o problematiche socio economiche, spesso il campo del relazionale è quello per cui un utente viene definito bisognoso di una struttura a maggiore o minore protezione, di un intervento più o meno coercitivo, di un maggiore o minore investimento sulle sue possibilità di autogestione.

L'ultimo tema che qui possiamo solo velocemente citare, ma che meriterebbe una trattazione ben più complessa, riguarda il già citato impegno femminista di Franca Ongaro Basaglia e quanto esso può dire alla riflessione sulle questioni di genere con cui oggi, forse in misura acuita rispetto al passato, ci troviamo a fare i conti. Le posizioni di Franca Ongaro sulla condizione femminile sono lontane da ogni forma di essenzialismo: anche in questo contesto la libertà, che “non esiste se non nel legame che ci aiuta a lottare contro ciò che ci divide”<sup>68</sup>, viene vista come una lotta interna alla relazione sociale più complessiva, l’oppressione di genere viene quindi criticata ma anche decostruita all'interno di una critica complessiva del legame sociale, senza mai però perdere di vista la materialità delle condizioni di oppressione intrinseche alla socializzazione di genere, alla redistribuzione del lavoro di cura, alla difficoltà stessa di prendere parola.

---

68 Basaglia citata in Annacarla Valeriano, “Contro tutti i muri. La vita e il pensiero di Franca Ongaro Basaglia”, Donzelli, Roma, 2022, pag. 9