

Introduzione

*“agganciarsi al passato se si vuole capire tutto ciò che fu
e tutto ciò che sussiste; sganciarsi dal passato per non
ridurre il presente a riesumazione del passato”.*

(Luigi Pagliarani)

Nascita della clinica istituzionale.

*Giacomo Di Marco**

La scelta di inaugurare la collana editoriale *Per una clinica istituzionale* con il testo di Edoardo Balduzzi risponde al desiderio di - ritrovare le origini dell'interesse per il ruolo terapeutico delle strutture di cura, ricercando quelle genealogie, ormai dimenticate ma pur sempre fondanti, che ci consentano di leggere la continuità o lo scarto con l'attuale sistema terapeutico. Sistema, che, non di rado, si presenta più interessato alla “ingegneria dei contenitori” che alla sostanza delle pratiche.

I movimenti che negli anni '60 cominciavano a mettere in discussione gli ospedali psichiatrici e a prefigurare una riforma dell'assistenza, non si limitavano solamente a denunciare il carattere emarginante e violento degli ospedali psichiatrici, ma esercitavano una critica altrettanto serrata ai modelli culturali e scientifici della psichiatria, preconizzando, e in parte sperimentando, nuovi metodi e strumenti di cura.

L'urgenza di creare un assetto organizzativo nuovo faceva, talora, trascurare l'interesse per i processi; alla facilità con la quale andava diffondendosi la necessità del cambiamento e dei principi che lo guidavano, corrispondeva un'altrettanto diffusa fobia verso tutto ciò che poteva assumere una codificazione e una trasmissibilità. Peraltro gli stessi modelli teorici sperimentati, le esperienze maturate non si sono quasi mai tradotte in un saper fare trasmissibile, in un sapere tecnico disponibile e migliorabile. Un pregiudizio, derivato dalla cultura e dalla filosofia di quell'epoca, voleva che alla costruzione scientifica di una via certa (di un *methodos*, cioè di un sentiero) si preferisse la *quête*. Si accoglieva cioè l'assunto che l'unica esperienza possibile per l'uomo fosse l'assenza di via (*l'aporia*), contribuendo così a considerare ogni codificazione tecnica come una sorta di alienazione, e persistendo nella convinzione che l'esperienza sia definitivamente qualcosa che si può solo fare e mai avere.

E' il ruolo da assegnare all'istituzione -negarla o renderla terapeutica- l'elemento che differenziava tra loro il movimento anti-istituzionale e la politica di Settore, imponendo una precisa opzione proprio nei confronti della tecnica.

Il testo di Balduzzi, riportandoci a quegli anni, ci invita a ripensare criticamente alla storia e più in generale al senso della pratica psichiatrica, ai suoi fondamenti, agli

* Balduzzi E., *L'albero della cuccagna (1964-1978 gli anni della psichiatria italiana)*, Ed Stella, Rovereto Trento, 2006

ostacoli e alle difficoltà che essa ha incontrato nel suo passato e che incontra oggi nel suo presente.

Il testo, nel suo procedere “rapsodico”, ci mostra allo stato nascente interventi e strumenti che non servivano soltanto a trasformare l’istituzione, ma erano modalità nuove di affrontare la psicopatologia del paziente, non più con il solo modello medico, ma con apporti che derivavano dalla psicoanalisi, dall’antropologia e dalla sociologia.

Nel libro si coglie una cauta adesione critica alla psicoanalisi, mediata dal riferimento al Lai de *Il momento sociale della psicoanalisi (1970)* che sottolineava come “*si tratta ogni volta di vedere quale contributo della psicoanalisi possa essere autonomo e originale, e non pura sovrapposizione eclettica di strumenti specifici di un campo di sapere ad altri campi in cui fanno incursioni più o meno dilettantesche. Come la teoria e il metodo della psicoanalisi hanno permesso di mettere a punto la tecnica del rapporto a due fra psicoanalista e cliente, si tratta ora di vedere se la stessa teoria e lo stesso metodo permettono di elaborare uno strumento di lavoro per le attività degli operatori sociali nei loro differenti campi di azione*”.

La ricerca di un metodo traspare in tutto il libro di Balduzzi attraverso i riferimenti sparsi all’identificazione operativa, al lavoro di équipe, al concetto di operatore sociale, al rapporto istituzionale (inteso come capacità di non “scollare” tra loro tecniche e istituzione), ma anche nel forte riferimento alla formazione degli operatori. Il libro degli infermieri di Plaisir (Koechlin, 1974), tradotto non a caso proprio da Balduzzi, rappresentava in questo senso un’operazione esemplare, in quanto dimostrava come si potesse costruire una metodologia di intervento, coniugando la pratica con modelli teorici ad essa adattati. Nella politica del Settore si andava così configurando una possibile clinica istituzionale, la cui identità risaltava maggiormente al confronto, sotteso in tutto il libro, con il movimento anti-istituzionale, che in quell’epoca bandiva ogni sapere tecnico a favore della valorizzazione del sapere pratico degli operatori, che derivava dalla loro appartenenza di classe.

Per clinica istituzionale non intendiamo tanto gli interventi e le tecniche che si esercitano all’interno dell’istituzione quanto l’esistenza di un progetto unitario capace di utilizzare gli spazi istituzionali come luoghi di scambio e di mediazione attraverso una metodologia operativa volta a integrare le diverse tecniche, e capace di tenere presente l’esistenza di “organizzatori” psichici inconsci soggiacenti alle pratiche istituzionali.

La scena istituzionale è contemporaneamente un insieme di gruppi e di singoli che si incontrano e interagiscono: è l’insieme di strutture e relazioni, è contenitore e contenuto. Con Francis Jeason possiamo sintetizzare: *una istituzione è indissolubilmente un insieme di strutture e l’insieme di rapporti che si vivono: senza le strutture non si possono organizzare i rapporti, ma senza i rapporti le strutture perdono di interesse* (Jeanson, 1987).

La clinica istituzionale nasce dunque con una fragilità intrinseca per la quale è necessario un forte sostegno politico, che ne garantisca le condizioni di fattibilità. Nel libro di Balduzzi il rapporto psichiatria-politica occupa una posizione centrale: risulta evidente alla lettura quanto l'assenza di uno stretto rapporto psichiatria-politica, garanzia non soltanto dell'assetto organizzativo ma, soprattutto, del suo sviluppo, sia responsabile di mancate, o parziali, realizzazioni.

L'assenza o il disinteresse per la dimensione istituzionale hanno consentito lo sviluppo della situazione attuale, caratterizzata da preoccupanti derive iperspecialistiche, responsabili di quella condizione, che ho definito *psichiatria sine psichiatria* (Di Marco, 2001).

È interessante come a questo stato delle cose abbia contribuito la corrente di Psichiatria Democratica, che dopo aver negato ogni tecnicismo ha finito per dare credito e rilevanza, con la complicità dell'accademia universitaria, a tecniche riabilitative importate dall'estero, allo scopo di dare "scientificità" alla cosiddetta psichiatria territoriale. Si è perseverato così nel mantenimento di una scissione tra ospedale e territorio, aderendo a una concezione della psichiatria che la vuole costituita da tante psichiatriche quanti sono i campi di esercizio e di interesse, concezione alimentata e sostenuta dalla Società Italiana di Psichiatria.

Nel panorama attuale un discorso sulla clinica istituzionale con il suo insistere sui principi dell'unitarietà e continuità dei servizi offerti, viene considerato obsoleto, destinato a restare sullo sfondo o pericolosamente confuso con la riabilitazione, operando una sostanziale negazione di quanto elaborato dalle esperienze maturate degli anni della psichiatria italiana.

Gli anni della psichiatria italiana.

Il movimento anti-istituzionale e la politica del Settore.

Esiste una sorta di rimozione, o di afasia storica in relazione al movimento della psichiatria di Settore e più in generale al periodo che ha preceduto la promulgazione della legge 180.

Il clamore suscitato dalla legge di riforma in ragione dei notevoli cambiamenti che produceva nell'assistenza psichiatrica, ma anche per l'ampia risonanza ottenuta presso l'opinione pubblica, ha fatto del 1978 una sorta di anno zero della psichiatria. Un anno che rappresenta un crinale per marcare in maniera semplicistica quanto avvenuto prima, come teoria e pratica manicomiale, e quanto avvenuto dopo, come teoria e pratica innovativa e progressista.

“ *L'albero della cuccagna. Gli anni della psichiatria italiana 1964-1978*” intende colmare una lacuna storica e restituire una legittima collocazione a un movimento, quello del Settore, e al suo promotore, Edoardo Balduzzi, che tanta parte hanno avuto nel processo di cambiamento che in quegli anni ha investito la psichiatria come scienza e come pratica.

L'evoluzione della cultura psichiatrica italiana negli ultimi quarant'anni ruota, infatti, intorno al valore da attribuire al termine “*istituzione*”.

Uno sguardo sintetico a tale scena individua due poli importanti di sviluppo: la politica del Settore e il movimento anti-istituzionale; poli che hanno funzionato a volte in maniera complementare, ma più spesso in termini fortemente competitivi. In una prima fase entrambi sono stati accomunati dall'esigenza di differenziarsi e contrapporsi alla cultura psichiatrica manicomiale, avendo come punto di riferimento rispettivamente l'esperienza francese della psicoterapia istituzionale e quella inglese delle comunità terapeutiche. Successivamente proprio il valore da assegnare all'istituzione, nell'alternativa tra renderla terapeutica o negarla, diveniva la principale discriminante tra questi poli, esprimendo una forte contrapposizione ideologica.

Il periodo preso in esame da Balduzzi testimonia l'entusiasmo con cui prendevano forma le nuove posizioni teoriche e come esse cominciassero a guidare le esperienze pratiche, che con fervore si cominciavano a portare avanti, in un clima di forte identificazione personale degli operatori: era il periodo mitico della fondazione.

Il libro può essere letto come il racconto della fondazione della nuova psichiatria, in cui i desideri dell'utopia realizzata si scontrano intorno alla questione delle modalità per affrontare e risolvere la dinamica tra fedeltà e tradimento della tradizione, tra continuità e cambiamento. Il sogno di creare il “nuovo” anima ideologicamente i due gruppi che accentuano le differenze, si “militarizzano” in una competizione che ha come posta l'egemonia culturale del cambiamento, e quindi il consenso e il sostegno da parte del potere politico progressista.

È il movimento anti-istituzionale a ricevere maggior riconoscimento e consenso, per la capacità di utilizzare adeguatamente i mass media e per una facile sintonizzazione con lo spirito libertario del tempo. Il movimento anti-istituzionale finisce per qualificarsi sempre più come un movimento politico, che prenderà il nome di *Psichiatria democratica*, attento a esaltare il valore dei principi della nuova psichiatria, ma molto meno la loro traduzione tecnica, organizzativa e metodologica. Questa dimensione è invece maggiormente valorizzata dalla politica del Settore, che per questo viene tacciata di tecnicismo borghese.

Il contrasto tra movimento anti-istituzionale e politica del Settore emerge chiaramente se accostiamo alla lettura del testo di Balduzzi la lettura del testo di Domenico De Salvia *Per una psichiatria alternativa* (1977).

Il testo di De Salvia è, infatti, la testimonianza di come il discorso del Settore sia stato intenzionalmente travisato e avversato ancora prima che si realizzasse. E' un testo che testimonia bene la forte carica ideologica che animava quegli anni e soprattutto la posizione del movimento anti-istituzionale: una accesa critica politica dei modelli tradizionali di intervento psichiatrico (*“ci riferiamo al manicomialismo organicistico, psicoanalitico e sociologico...da una parte al servizio della repressione sociale dei bisogni radicali di libertà e di comunismo, dall'altra costituiscono strumenti specifici – ossia nello specifico psichiatrico- di induzione di falsi bisogni e di adattamento all'alienazione sociale (borghese) dei bisogni stessi*) e la proposizione di una prassi politica definita (*il problema è uno solo: avere coscienza dell'estraniamento necessariamente generata dal capitale, oppure esserne inconsapevoli*).

Il Settore viene considerato da De Salvia *un nuovo abito per la psichiatria dominante*, un'ideologia di ricambio contro la quale si scaglia con un livore fazioso, che prevale su un'analisi critica della situazione. Rileggere oggi questo testo suscita un malinconico sorriso per l'ingenuità che si nasconde dietro tante affermazioni apodittiche, che seducevano i politici dell'epoca e costavano poco: la critica distruttiva non comporta spesa, anzi la riduce.

Una psichiatria, quella predicata da De Salvia, che diventa esercizio politico nella presunzione che fare psichiatria debba essenzialmente contribuire a creare un nuovo mondo (*ogni battaglia per una nuova psichiatria non può e non deve essere disgiunta dalla più ampia lotta per una società alternativa a quella borghese*).

L'accanimento con cui ci si scaglia contro la psichiatria di Settore, denunciandone il carattere riformista, sembra giustificato più dalla necessità di ribadire il carattere alternativo del movimento anti-istituzionale (tipica demonizzazione dell'avversario), piuttosto che da precisi e concreti rilievi critici ai principi e alle pratiche del Settore.

Il pamphlet di De Salvia rappresenta una voluta distorsione e manipolazione dei principi e degli strumenti della politica del Settore per ragioni di egemonia culturale e politica. Una conferma viene indirettamente fornita dal silenzio che circonda l'unica esperienza che è stata capace di coniugare la politica del Settore e la politica del movimento anti-istituzionale, esperienza che non è stata boicottata dal potere politico locale e di cui sono sempre stati visibili risultati concreti, fatti e non opinioni.

Si tratta dell'esperienza di Perugia, sulla quale, un anno prima del libro di De Salvia, era apparso un resoconto di Brutti e Scotti dal titolo *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*(1976).

Un libro che rappresenta la testimonianza indiscutibile di come sia possibile coniugare tecnica e politica, a condizione che esista un investimento vero da parte di tutta la

comunità nei confronti dell'assistenza psichiatrica e che si sganci in modo chiaro e definitivo il concetto di terapia dal concetto di devianza:"è ...*possibile costruire una psichiatria come scienza dei processi terapeutici in quanto la sofferenza psichica corrisponde sia a processi di regressione e di disintegrazione, sia a processi di integrazione e di maturazione. La sofferenza psichica, come esperienza individuale e come modalità di rapporto interpersonale, corrisponde cioè a possibilità di involuzione o di mancato sviluppo, ma anche a possibilità evolutive.*

Quando non sono valorizzate queste possibilità evolutive, si è andati incontro a un grave rischio: che la lotta alle istituzioni dell'oppressione porti ad una proposta di congelamento della patologia psichiatrica nella comunità in funzione di un' aumentata tolleranza, in alternativa al manicomio".

Il confronto tra politica del settore e movimento anti-istituzionale è descritto con accenti di appassionato coinvolgimento da Balduzzi, in special modo nel capitolo dedicato alla esperienza di Torino, dove viene affrontato in modo franco il ruolo dei poteri politici forti (partito comunista, Opera pia, sindacati) la loro egualmente pesante interferenza e indifferenza.

La lettura di queste parole fa rivivere con piacere, e non senza qualche nostalgia, l'atmosfera mitica dell'epoca della fondazione, ricca di grandi fermenti e grandi aspettative, ma l'inevitabile confronto con il presente stimola sentimenti di disincanto e pessimismo.

È veramente incredibile come la storia si ripeta: il contrasto tra settore e psichiatria democratica in realtà non è altro che una delle forme in cui si manifesta la tendenza scissionista e scismatica che caratterizza ancora oggi la sinistra progressista, sempre pronta a lacerazioni, pur di non rinunciare all'egemonia culturale del cambiamento, col risultato che, quasi sempre, la lotta fratricida finisce per avvantaggiare solo il mantenimento dello *statu quo* (del conservatorismo).

Oggi come allora, nonostante ogni enfasi trionfalistica, la psichiatria continua a non avere alcuna concreta rilevanza politica.

Il testo di Balduzzi documenta in maniera chiara ed esemplare il prodursi di una dinamica perversa: quando si tratta di propagandare principi o ideologie si ottiene facilmente consenso e sostegno politico, quando dalla fase declamatoria si deve, invece, passare a quella organizzativa, allora puntualmente l'appoggio politico viene meno. La politica del Settore non si è potuta realizzare o si è arenata dove è venuto meno l'appoggio politico, non certo perché i suoi principi fossero riformistici.

La stessa dinamica, del resto, la si vede in atto all'applicazione della legge di riforma del 1978: quando si è trattato di renderla operativa, si sono avuti ritardi e applicazioni parziali, specialmente per quanto riguardava le strutture alternative al classico ricovero

ospedaliero, e questo non certo per volontà dei tecnici ma per precise responsabilità politiche, anche di quelle amministrazioni che avevano elogiato la chiusura dei manicomi. Nella nuova situazione, tuttavia, sotto il nome di dipartimento di salute mentale ritroviamo il modello del settore: in fondo che cosa rappresenta il D.S.M., se non un modello di decentramento e di psichiatria comunitaria, un insieme di strutture che fornisce prestazioni ad una zona del territorio? E non sono, ancora oggi, i principi, gli strumenti e i metodi della psichiatria di settore, a caratterizzarne la pratica? Continuità terapeutica, unitarietà di intervento, valore dell'équipe, valore del contesto familiare e sociale, talora con terminologie nuove, continuano a dimostrarsi attuali.

Attualità della clinica istituzionale.

Se trascorsi 40 anni alcuni principi si dimostrano ancora validi, e, non di rado, ancora in attesa di essere realizzati, c'è da chiedersi quale sia l'ostacolo che ha reso, e rende, difficile una loro traduzione pratica. Anche Losavio, esponente di psichiatria democratica, osservava criticamente in un recente articolo (Lo savio, 2004) che la fine del manicomio è stata un'occasione mancata per la costruzione di precise metodologie d'intervento.

A mio parere due sono gli ostacoli, correlati tra loro, che hanno impedito e impediscono lo sviluppo di una clinica istituzionale.

Il primo va ricercato proprio nello scarso interesse che la psichiatria continua a suscitare in politici, amministratori e opinione pubblica, al di là di un generico rimando ai principi guida per il progresso dell'assistenza psichiatrica, non di rado confusi con le esigenze di lotta alla emarginazione e di superamento dell'ospedale psichiatrico o sovrapposti ai principi della solidarietà sociale.

Una mancanza di concreto interesse, che si traduce in un insufficiente impegno e in un carente investimento sul versante organizzativo ed operativo. Anche la progettualità politica e programmatica delle amministrazioni di sinistra, addomesticate le ideologie del cambiamento che pur avevano sostenuto e talora condiviso, si è infine ridotta ad una farraginosa e lunga elaborazione di piani programmatici, più attenti al disegno che ai contenuti. Anche le reiterate richieste di modifica della 180, periodicamente presentate nel corso degli anni da alcune forze politiche segnalano un effettivo disinteresse per una maggiore qualificazione terapeutica dei servizi.

Il discorso istituzionale non solo continua a restare sullo sfondo come una sorta di optional, ma attualmente rischia di sparire per gli interventi di deformazione aziendalistica che rischiano di cancellare quello che faticosamente dopo la riforma del 1978 andava prendendo forma: il Dipartimento di Psichiatria.

L'operazione di deformazione passa sia attraverso la riproposizione della dicotomia ospedale/territorio, sanitario/sociale il cui superamento caratterizza la psichiatria

istituzionale, sia attraverso una riduzione dell'istituzione alla sua struttura organizzativa, con la perdita di ogni caratteristica di istituzione animata.

A questa operazione stiamo assistendo tutti passivamente: ipnotizzati dalle parole d'ordine "bisogna risparmiare", "utilizzare meglio le risorse" come se in psichiatria sinora non si fosse fatto altro che scialacquare risorse.

La recente politica di contrazione della spesa sanitaria, che ha portato alla istituzione delle aziende sanitarie, in ambito psichiatrico ha prodotto una convergenza paradossale tra le posizioni di psichiatria democratica, che ideologicamente ha sempre negato la custodia, demonizzando i posti letto, e quella dell'aziendalismo dominante, che in sostanza stigmatizza la custodia solo perché costa. Come causticamente affermano Foresti e Rossi Monti(2003) alla dicotomia custodia/cura che aveva caratterizzato in passato ogni dibattito sulla psichiatria si sostituisce oggi la dicotomia risparmio/cura.

Il secondo ostacolo va ricercato nella difficoltà di codificare e rendere trasmissibili le metodologie e le strategie di intervento derivate dalle esperienze maturate.

L'idea di un sapere difficilmente codificabile e trasmissibile si è diffusa sia per reali difficoltà legate alla complessità dell'apparato disciplinare della psichiatria sia per l'esigenza di non cristallizzare il sapere in formule chiuse, sia per prevalere di estenuanti routine sulla necessità di ripensamento e di elaborazioni teoriche.

Così alcuni aspetti presenti nelle varie esperienze, sono rimasti in nuce, il loro sviluppo è stato ritardato o inibito, ed è stata ostacolata la crescita verso la costruzione di una coerente metodologia di intervento, verso una clinica istituzionale. Naturalmente nel corso di questi anni ci sono state diverse eccezioni a questo andamento generale, documentate da esperienze esemplari, e anche da testi significativi⁽¹⁾, o dalla esistenza di spazi d'incontro in cui esperienze pratiche ed elaborazioni teoriche, provenienti dai diversi ambiti della psichiatria potevano trovare un terreno comune di scambio e di confronto⁽²⁾.

Il discorso istituzionale, tuttavia, non è riuscito ad uscire dalla cerchia dei suoi sostenitori, non è divenuto una modalità fondativa dell'assistenza psichiatrica, capace di dare forza, forma e unitarietà alle pratiche dei servizi, che continuano a essere scisse dal contenitore istituzionale.

¹ De Martis D. et altri(1987) Fare e pensare in psichiatria
Asioli F. et altri (1977) Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica.
Correale A. (1991) Il campo istituzionale Borla, Roma

² Un esempio significativo hanno rappresentato Le giornate psichiatriche di Folgaria e I seminari di Costagrande

Una delle principali ragioni va ricercata, a mio parere, nel dilagare della “moda” della riabilitazione a partire dagli anni ‘80 e al suo affermarsi non più come un aspetto indispensabile dell’intervento psichiatrico, ma come la pratica principale dei servizi, al punto che, in alcune realtà, non si parla più di équipe psichiatrica ma di équipe riabilitativa. Il facile successo della riabilitazione è riconducibile alla semplificazione che essa introduce: da una parte, la cura, compito di professionisti (medico, psicoterapeuta, psicologo) con l’intrinseco rischio di produrre stigma, dall’altra, la riabilitazione, compito dell’équipe riabilitativa, con l’intrinseco vantaggio di implementare la salute e la qualità della vita del paziente. Ignorando uno dei concetti cardine della psichiatria del settore che era proprio la continuità terapeutica, si è così realizzato, sotto gli occhi di tutti, il ritorno ad uno dei principi forti dell’ideologia manicomiale, ovvero la scissione, che comporta le classiche dicotomie tra acuto e cronico, tra curabile e incurabile, tra malati da curare e malati da riabilitare, tra pratiche pubbliche e private. La psichiatria pubblica è andata così via via, in sordina, conformandosi ancora una volta alle esigenze di controllo e di emarginazione, anche se oggi meno visibili che nel passato asilare.

La stessa scissione la si coglie nell’organizzazione delle unità operative di psichiatria: da una parte i servizi psichiatrici di diagnosi e cura e gli ambulatori specialistici, deputati alla cura, dall’altra il ventaglio di strutture residenziali e semiresidenziali deputate alla riabilitazione.

L’interesse per la dimensione riabilitativa è stato favorito anche dalla facilità con cui una sua formalizzazione teorico-metodologica, presente nella letteratura straniera, è stata prontamente importata: “Importazione” che ha suscitato compiacimento in tanti operatori desiderosi di fronteggiare con strumenti scientifici l’ansia che il contatto diretto con la malattia mentale suscita, ma anche e soprattutto con l’avallo dell’accademia universitaria che poteva finalmente contare su una base scientifica pronta per leggere quei processi che animavano le esperienze in atto, ma a cui le università erano sempre state estranee e lontane: finalmente una certa scientificità si affermava contro spontaneismo e improvvisazione e autoreferenzialità. In quest’operazione un ruolo favorevole e facilitante ha svolto anche psichiatria democratica, che non ha ostacolato il tecnicismo e i tecnici della riabilitazione provenienti dai paesi anglosassoni in quanto funzionali alla opposizione alle tecniche terapeutiche e alla affermazione di tecniche capaci di liberare le potenzialità sane del soggetto. Auspicare la promozione della salute svincolata dalle azioni per la malattia, favorisce quel pericoloso “transito dalla psichiatria alla salute mentale” privilegiato da Benedetto Saraceno(2000).

Ed è proprio il testo di Saraceno *La fine dell’intrattenimento* a rappresentare il passaggio decisivo dalla psichiatria alla riabilitazione, sulla base della convinzione che

la riabilitazione rappresenti una sorta di evidenziatore capace di dimostrare che la psichiatria clinica e la terapeutica psichiatrica non sono in grado di generare trasformazioni significative per l'evoluzione del paziente, ma sono un semplice "intrattenimento", pertanto è più produttivo investire "su strategie di maneggiamento ambientale ben lontane dalle usuali strategie proposte dal modello psichiatrico biomedico".

Saraceno sembra ignorare il paradigma fondamentale della clinica istituzionale: la necessità per l'intervento psichiatrico di agire sia sulla realtà esterna al paziente che sulla sua realtà psichica. Gli interventi che si limitano a uno solo di questi due, poli sono destinati ad essere inefficaci.

Pur nella consapevolezza che non saranno mai solamente gli psichiatri a definire ciò che debba essere la psichiatria, essendo, la psichiatria "soggetta alle onde della marea, quella determinata dai cambiamenti di civiltà, o semplicemente del costume, che la obbligano ad assumere funzioni che vanno al di là dei limiti imposti dallo sviluppo di una scienza empirica" (Scotti), è indispensabile procedere ad una costante valorizzazione e promozione della dimensione istituzionale.

L'esistenza di una clinica istituzionale, attraverso un'attenzione costante ai servizi offerti, al prendersi costante cura delle procedure di accoglimento, delle separazioni, dei transiti intraistituzionali e interistituzionali, delle usanze e delle ritualità, dei ruoli e delle funzioni professionali e gerarchici, garantisce la possibilità di un progetto unitario, capace di dare, sia agli atti professionali sia alle interazioni della vita quotidiana degli operatori, un valore aggiunto, un di più di senso, che ne arricchisce la terapeuticità; permette inoltre una capacità di interrogazione sulla natura e il senso dei legami che consentono la trasformazione del personale in un gruppo di lavoro, favorisce la lettura delle dinamiche tra gruppo curanti e gruppo curati.

La clinica istituzionale, utilizzando un paradigma antropologico, rivolge la sua azione al paziente e contemporaneamente al suo contesto familiare e sociale, alla trama dei suoi rapporti, pertanto l'intervento psichiatrico non si limita alla mera applicazione di tecniche, ma rappresenta la modalità di svolgersi dei processi terapeutici all'interno dei dispositivi messi in atto da una comunità per rispondere a *bisogni umani fondamentali non altrimenti soddisfatti*.

In questo scenario *L'albero della cuccagna* assume il significato non di un'improbabile riproposizione del passato o di una sua ingenua e nostalgica idealizzazione, ma al contrario una preziosa occasione per ribadire non solo l'interesse di alcuni concetti chiave, ma per farne l'oggetto di un nuovo sguardo. Questa rivisitazione critica, capace di far scorgere evoluzioni e involuzioni, può contribuire così ad un rilancio della clinica istituzionale.

Il libro di Balduzzi è, in ogni caso anche, un avvincente “romanzo” istituzionale, animato da impressioni dirette, da giudizi personali, non di rado francamente polemici, su cose viste e su persone frequentate: una testimonianza viva di chi è stato presente e si è identificato attivamente con lo spirito di un’epoca e di una generazione, per la quale l’impegno professionale e politico coincideva con la propria vicenda personale.

Nel libro, oltre alla testimonianza politica diretta della storia della organizzazione dell’assistenza psichiatrica recente, incontriamo un persistente invito a fare coesistere l’aspetto politico con l’aspetto tecnico, una necessità che percorre con entusiasmo tutto il testo, in cui si possono cogliere i fermenti, semi e germogli di una clinica istituzionale, purtroppo ancora da venire.

Dare avvio a una collana di clinica istituzionale con un testo che ne ripercorre le radici è sicuramente di buon auspicio per la rinascita e il rifiorire di un progetto di clinica istituzionale, non solo perché appunto se ne mettono a nudo i rizomi, ma anche, e soprattutto, perché valido aiuto nell’indicare le direzioni, nel segnalare gli ostacoli, nel suggerire il trattamento del terreno per un buon attecchimento.

BIBLIOGRAFIA

Asioli F. et altri (1977) *Psichiatria nella comunità. Cultura e pratica*. Boringhieri, Torino.

Brutti C. e Scotti F. (1976) *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*. De Donato, Bari.

Correale A. (1991) *Il campo istituzionale* Borla, Roma.

De Salvia D. (1977) *Per una psichiatria alternativa*. Feltrinelli, Milano.

De Martis D. et altri (1987) *Fare e pensare in psichiatria*. Cortina, Milano.

Di Marco G. (2001) *Psichiatria sine psichiatria. Rivista sperimentale di Freniatria* vol.CXXV, n°3

Foresti G., Rossi Monti M. (2004) *La “psicoterapia istituzionale” trent’anni dopo*. In *Rivista di psicoanalisi* Volume L n°1

Jeason F. (1987) *La psychiatrie au tournant*. Seuil, Paris.

Koechlin P. (1964) *Psichiatria e relazione umana*. (trad. ital.) Armando, Roma.

Lai G. (1971) *Il momento sociale della psicoanalisi*. Boringhieri, Torino.

Losavio T. (2004) *La fine del manicomio: un’occasione mancata?* In http://www.istitutoricci.it/curare_la_follia.htm

Saraceno B. (1995) *La fine dell’intrattenimento*. Etas Libri, Milano.