

Massimiliano Minelli

Agire in quotidiani “stati d’eccezione”.

Forme di vita e biopolitiche in un’etnografia nel campo della salute mentale

Prologo

1. Nel laboratorio creativo d’immagini (pittoriche e fotografiche) presso il Centro di salute mentale di Gubbio¹ mi fermo a conversare con Mauro C. (34 anni).

Nel corso del nostro dialogo, Mauro – paziente che da circa due anni dipinge all’interno del laboratorio – mi parla di un suo quadro intitolato *Il viale*. È una tempera su pannello in legno (cm 60x124) nella quale è ritratto un cipresso: un tronco bruno sormontato da una chiazza, a forma di mandorla allungata, di color verde-scuro. Il cipresso, senza radici, s’innalza su un uniforme prato verde-muschio. Il sole – un disco giallo – illumina la scena dall’angolo superiore destro del quadro.

“E questo?”, chiedo a Mauro.

Risponde, avvicinandosi al quadro, “Questo è ‘Il viale’. Sarebbe un cipresso, no, che però si vede così, e dietro ci sono tanti altri cipressi, che non si vedono, quindi è venuto fuori così”.

“S’intitola *Il viale*, quindi uno può immaginare... – spostandomi un poco di lato, con la mano tesa come a indicare qualcosa dietro la tela – però dal quadro si vede solo il primo, che quindi sembra unico...?”.

Mauro guarda il suo quadro “Sembra unico, invece dietro ce ne sono tanti”.

Ironicamente, in questa conversazione sono andati combinandosi i gesti e le parole di Mauro, alcuni miei goffi commenti (resi ancora più incerti dalla difficoltà a scorgere almeno un indizio che rivelasse la presenza di una strada e di altri alberi dietro a quello dipinto in primo piano) e un quasi impercettibile spostamento laterale del mio corpo. Un atto “corporeo” involontario, alla ricerca di quanto veniva suggerito, senza essere direttamente mostrato dall’immagine. Quando ho incrociato lo sguardo divertito di Mauro, ho provato un certo imbarazzo.

Tornato a riflettere su questo dialogo, mi è sembrato che lo scambio di battute su di un dipinto, insieme ai movimenti dei due interlocutori,

uno dei quali mostra d'avere una certa abilità nel giocare con i dettagli delle proprie opere, meritasse una specifica attenzione.

2. Tutto sommato, quelle cui ho fatto riferimento sono azioni “comuni” che, incastrate nella prassi ordinaria, risultano talvolta difficilmente percepibili. Esse ricordano la libertà di produrre “paradossi” nelle relazioni figura-sfondo e di provocare cambiamenti repentini della costellazione di elementi culturali in una data situazione. Ma chiamano anche in causa immediatamente il problema, che riguarda diversi attori sociali, di *creare le condizioni* per certi cambiamenti. Dunque un problema politico.

Mi sembra interessante richiamare la valenza politica di quelle azioni perché, nei contesti psichiatrici, l'importanza che viene loro attribuita è variabile ed è spesso legata al confronto e alla negoziazione fra gli attori sociali. Nel campo della salute mentale, tali azioni possono essere considerate, in alcune circostanze, come strategie per mettere in discussione l'*ovvietà* di alcune rappresentazioni della realtà. In altri frangenti, possono essere relegate ad ambiti ritenuti come “non significativi” per la vita delle persone e per i rapporti sociali. In altri ancora, possono perfino essere viste come sintomi cifrati della incomunicabilità fra il paziente e il “mondo reale”.

Va peraltro considerato che la valenza politica di quelle azioni, con un più ampio riferimento alla *capacità di agire* dei pazienti, è richiamata solo in rare occasioni. Forse perché, di solito, chi come Mauro non ama prendere la parola in circostanze pubbliche, preferisce realizzare le sue immagini in situazioni protette da sguardi inopportuni.

3. In questo articolo, vorrei appunto interrogare la valenza politica di alcune azioni quotidiane nel campo della salute mentale, avvalendomi di uno *studio di caso* che riguarda la progettazione, l'allestimento e la discussione collettiva di una mostra di opere pittoriche tenutasi a Gubbio nell'estate 2000. Nella mostra dal titolo *Visibile-oltre-invisibile*, sono state presentate per quindici giorni, in un'area espositiva del centro storico, le opere di due giovani artisti che vivono in città e di quattro autori – tra i quali è compreso Mauro – che frequentavano in quel momento il locale Centro di salute mentale.

Dopo aver ricostruito la prassi del laboratorio d'immagine in cui sono state realizzate le opere e la loro successiva esposizione al pubblico, cercherò di contestualizzare i discorsi e i commenti attorno all'attività dei protagonisti dell'iniziativa, in un più ampio processo di confronto sociale. Nella mia descrizione etnografica metterò in relazione la produzione culturale, nel quadro dei dispositivi terapeutici e riabilitativi della psichiatria territoriale, con alcune situazioni in cui di-

versi agenti sembrano vedersi attribuito un potere di scelta e discernimento superiore alla regola. Dove, in altri termini, sono chiamati a confrontarsi con una specie di *eccedenza di potere*.

Si tratta di situazioni variabili, che fanno della *eccezione* un modo regolato di agire, in cui si percepisce l’incertezza degli esiti futuri o l’imminenza di un “pericolo”. Ritengo che *quanto può accadere* in simili circostanze solleciti a rivolgere nuovi sguardi alle *pratiche costituenti* di spazi pubblici di confronto. Spazi pubblici che, come vedremo, sono largamente definiti dalle “politiche della vita” (Fassin 2000) contemporanee.

Politiche della vita e pratiche quotidiane

1. In un saggio dedicato alle prospettive di una nuova “antropologia politica della salute”, Didier Fassin (2000; cfr. 1996) ha individuato *due direttrici di ricerca* che rientrano in una più ampia riflessione sul *biopotere*, un potere sulla vita che si qualifica come anatomo-politica del corpo umano e come bio-politica delle popolazioni (Foucault 1976).

La prima direttrice, delineata da Fassin, si riferisce alle strategie di potere e alle forme di socialità che si sviluppano a partire dai recenti saperi scientifici sulla vita biologica degli esseri umani e che sono inquadrabili nella cosiddetta *politica del vivente* (Fassin 2000, p. 110). I luoghi principali di tale ridefinizione del sociale per mezzo del biologico sarebbero soprattutto i laboratori di ricerca, nei quali la posta in gioco è data dalle trasformazioni dell’umano per mezzo di bio-tecnologie che producono nuove *forme di vita*.

La seconda direttrice di ricerca riguarda le *politiche della vita*, ovvero i modi in cui le forme di produzione dell’essere umano e la definizione dei suoi diritti si articolano direttamente sul sostrato del corpo biologico. In tal modo, al centro dell’azione politica e dei dispositivi giuridici è collocata la presa sulla *nuda vita* degli esseri umani.

Fassin concludeva il suo saggio auspicando che, attraverso un’etnografia della realtà ordinaria, fosse possibile studiare, nel vivo delle contraddizioni sociali, *il rapporto tra politiche del vivente e politiche della vita* (p. 111).

2. Mi sembra che, nella direzione indicata da Fassin, potrebbe essere tentata un’ esplorazione etnografica della soglia tra *nuda vita* e *forma di vita*, nelle pratiche quotidiane che riguardano il corpo, la salute e la malattia². Infatti, se da un lato le appartenenze sociali e le azioni politiche possono combinarsi – nelle società contemporanee – con quanto appare come il “naturale” sostrato biologico degli esseri uma-

ni, dall'altro non va dimenticato che l'intreccio fra *nuda vita* e *forma di vita* è in rapporto permanente con l'azione sociale di ogni giorno. In questo rapporto permanente, nei termini di Giorgio Agamben (1996, p. 13), la *forma di vita* può essere definita come "una vita che non può mai essere separata dalla sua forma, una vita in cui non è mai possibile isolare qualcosa come una *nuda vita*". Più precisamente: la perdita del legame tra *forma* e *vita* chiamerebbe in causa la vita stessa.

In tale prospettiva, piuttosto che considerare le questioni locali come il riflesso di quelle che altrimenti potrebbero apparire come mere categorie del "politico", si può cercare di interrogare criticamente quanto è considerato come *normale* perché appare ai più come *naturale*. Interessarsi all'articolazione fra *nuda vita* e *forma di vita* potrebbe così portare a un rinnovato confronto con "l'attività pratica" e le relazioni sociali che producono la disuguaglianza, insieme alle idee per mezzo delle quali quella stessa disuguaglianza è giustificata, spiegata, normalizzata" (Crehan 2002, p. 174). Tale scelta appare necessaria soprattutto se – nelle storie di malattia – ci si confronta con l'azione corporea di "soggetti" che rivendicano le proprie appartenenze e con la materialità delle relazioni di potere che investono la loro condizione³. In effetti, come ha sostenuto recentemente Ronald Frankenberg, per quel che riguarda la biomedicina e la psichiatria, la ricostruzione dei processi che incidono sulla vulnerabilità delle persone in un dato contesto dovrebbe spingere a un dialogo serrato con il "senso comune", nel senso gramsciano del termine⁴, per far emergere la conoscenza corporea (*embodied knowledge*) degli attori sociali. Una conoscenza che "può apparire come naturale, ma è ovviamente prodotta e riprodotta in un *framework* di particolari pratiche strutturali" (Frankenberg 2003)⁵.

3. Possiamo chiederci a questo punto se non sia possibile muoversi con un approccio etnografico sulla soglia tra *bios* e *zoè*, tra *forma di vita* e *nuda vita*, in luoghi di sperimentazione politica nel campo della salute mentale. E così provare a indagare lo *stato d'eccezione* non come un limite della forma giuridica, ma come una pratica sociale e un modo di fare i conti con la storia⁶.

In effetti, nella psichiatria territoriale di oggi, in Italia, iniziative molteplici ed eterogenee mettono al centro delle azioni terapeutiche e riabilitative la questione dell'autonomia e della *capacità di agire* dei pazienti. Esse mostrano la problematicità di situazioni che si coagulano in progetti di *presa in carico* anche molto lunghi e complessi. Si tratta di processi che riguardano complessivamente la vita quotidiana degli utenti, fatti di pratiche microscopiche volte a regolare i modi in cui si diventa persona, si parla di sé, si attivano e rivendicano diritti di citta-

dinanza. In contesti ove il conflitto e la negoziazione, a vari livelli, toccano luoghi nevralgici della produzione e della riproduzione sociale.

Per certi versi dunque, la psichiatria, insieme ad altre scienze della mente, appare oggi come un interessante groviglio di pratiche e di forme locali di immaginazione che agiscono sul rapporto tra individuo e società, persona e contesto, privato e pubblico. Come vedremo più avanti, le azioni che investono la soggettività politica degli agenti nel campo della salute mentale sono particolarmente rilevanti nelle zone di *accesso alla sfera pubblica*. In quelle zone cioè in cui sono maggiormente riconoscibili le peculiarità e il carattere emergente dell’agire politico: la pluralità di azioni e discorsi nei luoghi pubblici, con la percezione dell’imprevedibilità degli esiti, dell’irreversibilità del processo e del rischio di scivolare nell’anonimato (Arendt 1958, pp. 127 sgg.)⁷.

Mettendo in gioco i confini tra pubblico e privato, tra Stato e famiglia, tra norma sociale e azione individuale, il campo della salute mentale si configura come un terreno nevralgico in cui *potere sovrano* e *potere disciplinare* sembrano appoggiarsi l’uno all’altro⁸. Infatti, come ha mostrato Michel Foucault, i meccanismi disciplinari hanno la necessità di “fissare gli individui”. E poiché “fissare gli individui” è prerogativa di un *potere sovrano* di competenza familiare⁹, la psichiatria – quella “impresa istituzionale di carattere disciplinare destinata a permettere la rifamiliarizzazione dell’individuo” (Foucault 2003, p. 91) – assume una peculiare *funzione* nella circolazione fra *potere sovrano* e *poteri disciplinari*¹⁰.

Visibile-oltre-invisibile

1. La mostra *Visibile-oltre-invisibile* è stata realizzata nell’ambito di un progetto che ha avuto inizio con la proposta, fatta da due giovani artisti agli operatori del Centro di salute mentale, di attivare un laboratorio d’immagine e produzione grafica. Per circa due anni, i due artisti, Nicola F. e Angela V., hanno lavorato con quattro utenti del Centro accoglienza diurno (CAD) allo scopo di promuovere la creatività e lo scambio sul *fare arte*. L’iniziativa, nel suo complesso, avrebbe dovuto aprire il Centro accoglienza diurno alla città e avviare un nuovo confronto sui temi della salute mentale tra istituzioni, associazionismo e cittadinanza.

Nello *studio di caso*, qui proposto, in linea con le strategie sperimentali dei terapeuti responsabili dell’iniziativa, non considererò il lavoro dei pazienti e la promozione della loro attività espressiva come una forma di arte-terapia. Cercherò invece di esaminare alcune *situazioni* in cui sono entrato in gioco “in prima persona” nella prassi del

laboratorio, tra diversi “modi di ragionare” (Young 1997) intorno alle opere realizzate dai diversi autori.

La maggior parte delle opere prodotte dal laboratorio sono state immaginate e costruite collegialmente, riuniti attorno al tavolo, di fronte ai fogli di carta, con i colori a portata di mano¹¹. I frequenti richiami alle esperienze dei partecipanti hanno portato gli operatori a rivolgere attenzione ai contesti allargati di scambio sociale. Ci si è concentrati in particolare modo su dettagli della vita di tutti i giorni: ad esempio raccontare un viaggio, parlare di un libro letto di recente, oppure descrivere gli oggetti della propria casa. L'interazione del gruppo in tali circostanze sembrava essere per lo più proiettata su artefatti in cui condensare pensiero, emozioni e immaginazione.

Di ogni produttore d'immagini possiamo così richiamare brevemente lo stile di lavoro e i discorsi che hanno portato alla “esposizione” finale delle opere.

2. Ernesto M. (63 anni) ha disegnato e dipinto su ampi fogli di carta paglia (cm 45x65), sopra i quali era stato steso un fondo neutro di colore pastello. Molti suoi disegni riguardavano le strutture, i dettagli e gli sviluppi del Mausoleo che un giorno avrebbe dovuto custodire le sue spoglie mortali. Un edificio dai tratti classicheggianti, ornato di mosaici, che fosse ben costruito per affrontare senza timore i tempi della storia.

Ernesto: Il mosaico è un elemento prezioso per la durata, per esempio nelle regge di Cnosso o Micene. Era di Cnosso mi pare? A Micene c'era la reggia che era fatta di mosaico, tutta di mosaico. Oggi sarebbe tutto distrutto e invece s'è salvato un po'...

Angela: Si mantiene, il mosaico dura.

E.: Il mosaico dura, dura.

Nei suoi progetti di edifici, Ernesto “affronta” il foglio coperto di colore piuttosto che come una superficie da iscrivere, come materia che circonda l'oggetto “da sottrarre”. Il suo compito, come uno scultore, è liberare l'immagine imprigionata nel colore.

M.M.: E questo è nato già così? Nel senso che – come dire – cresce mano mano, quando se ne parla, o è un'idea con cui...

Ernesto: Ma, non so che rispondere io, perché i grandi artisti, per esempio Michelangelo Buonarroti che con lo scalpello doveva battere, lui doveva battere il marmo e l'immagine della statua stava dentro il marmo. Lui diceva che era dentro il marmo. (...)

M.M.: Quindi, anche in questo caso le sue opere devono rispettare diciamo una certa armonia formale...

E.: Sì, è l'armonia che mi guida anche a fare... io scarto, levo, metto anche con un modesto disegno... non sono Michelangelo, ma insomma... io so di scultura.

Con un delicato equilibrio di sottrazioni e aggiunte, Ernesto sembrava impegnato a giocare una partita sulle "rovine" lasciate dall'inesorabile scorrere del tempo.

3. Michele D. (30 anni), che scattava diapositive nelle sue escursioni naturalistiche in montagna, ha scelto le foto e i tagli migliori delle inquadrature solo dopo aver proiettato le sue immagini sulla parete bianca, di fronte al gruppo riunito. Le discussioni comuni sulle fotografie di Michele richiedevano una più elaborata esegesi, come si può dedurre dalle mie note di campo.

Si tratta di immagini speciali: in una di queste è ripresa una croce in ferro, dietro un cespuglio di ginepro, nei pressi d'un sentiero di montagna. In un'altra foto, che Michele ha intitolato *Cerbero*, è ripresa in primo piano la testa di cane, con le fauci aperte, che orna l'alare in ferro battuto del camino della sua casa. Sullo sfondo, si intravede la macchia di colore giallo del mantello della piccola statua di Sant'Ubaldo (il patrono della città di Gubbio) poggiata su un mobile. Vi sono poi foto che ritraggono gli animali: per esempio, i piccoli cinghiali che nel bosco seguono la madre, il cui numero preciso può essere individuato solo con fatica, interpretando alcune figure sfocate nella vegetazione. Quando ci parla di queste foto, Michele è molto attento a suggerire connessioni con qualcosa d'invisibile, che continua a mantenere dei legami con gli oggetti inquadrati. Qualcosa che stava proprio dietro di loro o che può averli affiancati per un fugace attimo. Si tratta probabilmente – sostiene Nicola – di elementi già presenti nel campo percettivo della macchina fotografica che devono essergli sfuggiti. Michele si ricorda di frasi ascoltate da fotografi professionisti, i quali sostengono che l'occhio della macchina, in alcune circostanze, vede anche per loro.

4. Lucia F. (45 anni), che vive e lavora in campagna, nell'azienda agricola della famiglia, parlava spesso dei prodotti legati al ciclo delle attività agricole, degli animali domestici con le loro abitudini, dei cibi, che classificava meticolosamente in vari tipi di carne e verdure. Talvolta l'evocazione di questi oggetti assumeva la cadenza ipnotica di una lunga lista di "cose da fare" e di "cose da comprare". Tra questi elenchi si affacciavano visioni minacciose, sogni incompiuti e desideri sospesi, come lei stessa sembrava suggerire negli scambi di battute con Angela.

Lucia: Fò il disegno, però me rimane proprio quell'angoscia de ste cose. Io n' so com'è. Cosa è.

Angela: Quelle brutte te restano dentro?

L.: L'impressione de... ci ho qualche... un coso che me turba... me cosa.

A.: Ti disturba.

L.: Eh. N' so quel coso che è. Vedi, come guardà a sti così. – indicando il disegno che ha fatto oggi: *i funghi* – Vedi come se cosa... come se allarga sta cosa così? – Con un sospiro – Che cose... che cose che sono, che cose che vedo? Tutto bene, tutto rappresentato, no? Pare...

M.M.: Però questo è un disegno...

L.: Fatto bene.

M.M.: È fatto bene e anche, come dire...

L.: Come comportamento è bene.

I pastelli che Lucia ha realizzato sui fogli (cm 35x50) preparati da Angela con una pennellata spessa di gesso dai colori tenui rappresentano i sogni, spesso enigmatici, che la “visitano” periodicamente. Il disegno non cerca di riprodurre le immagini di quei sogni, ma si avvicina quanto più possibile alla “visione”, lavorando sulla forma e sul colore, per non rimanere imprigionati in un cattivo presagio. Così, alla fine, le immagini che potrebbero essere cattive vengono addomesticate come gli animali e “sistemate” come la casa in cui Lucia vive.

Con il passare del tempo, Lucia ha trovato una forma d'espressione personale, nella quale è andata combinando disegno e scrittura. Ha cominciato con lo scrivere un pensiero dietro l'altro attorno ai disegni appena conclusi. Poi è passata a costruire brevi commenti o piccole storie. Alla fine i suoi disegni e la sua scrittura non sono più chiaramente distinguibili dal resto dell'opera: le sue immagini sembrano il frutto di una peculiare *calligrafia*.

5. Le iscrizioni ai bordi dell'immagine “scoperte” da Lucia hanno cominciato a far parte anche dei quadri di Mauro. La grande “tempera su legno” (cm 124x210), intitolata *Caos*, in cui è rappresentata una strada transitata da auto colorate e sagome di passanti è circondata da un testo:

Il caos fa male alla testa perché ti toglie la concentrazione, ti prende l'agitazione aumenta la pulsazione e fa paura. Con il caos viene distrutta la natura, circolano tante macchine che creano traffico e producono oltre ai rumori producono gas nocivi per la salute che discendono con le piogge acide così che rovinano la natura. Voglio fuggire ma non so dove in India in Messico in Brasile che caos solo la musica e il pensiero di sognare mi rilassa, sogno prati fiumi con pesci e io che volo in alto poi cado a terra, il traffico ho paura di attraversare la strada.

Al centro è ritratto un segnale stradale di “stop”, con due frecce segnaletiche: una rossa con scritto “India”, una gialla che nella direzione opposta indica: “Brasile”.

Mauro: Questo è “Il caos”. Cioè, rappresenta il caos della vita quotidiana e c’è il traffico, poi c’è... ci sono delle persone che cercano di attraversare la strada, e poi qui c’è scritto proprio “caos”.

M.M.: I segnali che indicano India e Brasile?

M.: E no, sono così per... per dare un’indicazione.

Quando parla della propria produzione artistica, Mauro dice di voler “dare delle emozioni positive e delle impressioni che siano positive...”. È stato tra quelli che con più caparbietà hanno immaginato e voluto la mostra per un pubblico vasto, possibilmente per tutti gli abitanti della città.

Prese in carico e generi interattivi

1. Nel laboratorio, come può accadere in una bottega artigiana, insieme alle discussioni comuni su scelte “difficili da descrivere a parole”, si sono andate definendo peculiari *forme espressive*, attraverso i gesti concreti. Abbiamo visto così delinearci, nel flusso irregolare della pratica, *poetiche*¹² individuali e collettive che lasciano intravedere una *capacità di agire* socialmente “distribuita”. Tali poetiche fanno pensare all’arte come a “un sistema d’azione concepito per cambiare il mondo, piuttosto che per codificare proposizioni simboliche su di esso” (Gell 1998, p. 6).

Nelle interviste centrate sulle azioni riabilitative che ho condotto con i terapeuti, i riferimenti alle poetiche del laboratorio si intrecciano con i commenti sulle *cause* e sulle *ragioni* (Young 1995) di alcuni comportamenti dei “pazienti”. Varie considerazioni riguardano inoltre le potenzialità artistiche degli “autori” e, in senso ampio, la loro *agentività*. Quando Luisa C., psicologa che ha osservato dall’interno il laboratorio, mi parla dei cambiamenti vissuti da Mauro, evoca una recuperata “presenza” del paziente che sembrava essere scomparsa.

Si vede, ci ha una contrattualità proprio... si vede, è presente nella... poi se me lo ricordo, prima era sempre un po’ assente oltre che chiuso, ma anche proprio una non ricerca del contatto. Invece adesso è presente proprio, è contrattuale nella relazione. (...) Su Mauro ho visto questo: una... veramente una contrattualità, una serenità. Mi viene da usare questo termine parlando di Mauro, non so se è corretto da un punto di vista scientifico, ma mi viene proprio.

La consapevolezza e la contrattualità servono a richiamare le scelte difficili da costruire “insieme” a Mauro. I riferimenti alla intenzionalità del paziente, alla sua capacità di prendere decisioni e alla sua immaginazione, passano attraverso espressioni che impiegano *simboli pubblici* per evocare profondi e *nascosti mondi morali* (Das 1998).

2. Come abbiamo detto, Mauro è un “utente” del Centro di salute mentale. Questo significa che, insieme ad altri pazienti, segue un progetto di riabilitazione nel quale trova organizzati, concretamente, molti aspetti della sua vita quotidiana: si reca al servizio psichiatrico a “prendere la terapia” (espressione che utenti e operatori usano per indicare la somministrazione del farmaco); si confronta con le difficoltà di un “inserimento lavorativo”; discute periodicamente la propria situazione in incontri individuali con la sua psichiatra e in riunioni collettive con gli operatori psichiatrici e i familiari; dipinge nel laboratorio del Centro accoglienza diurno. In questi e altri modi Mauro cerca di affrontare, ogni giorno, i problemi che sono sorti da quando cominciò a restare a lungo in silenzio e a trascorrere gran parte del suo tempo chiuso nella sua camera. Fu quello il periodo in cui i suoi genitori e suo fratello chiesero aiuto al servizio psichiatrico.

La storia vissuta da Mauro va considerata nella cornice della *presa in carico* psichiatrica. La strategia del servizio è esposta nei termini seguenti da Laura M., psichiatra:

Be', nella psicosi, sì, c'è un po' quasi questo protocollo, che passa subito, che comunque va dato un sostegno alla famiglia e va vista la persona. E questo avviene quasi subito, per cui ai familiari gli si dà un referente, che raccolga un po' la storia, ma che soprattutto, appunto con il fatto che la famiglia ha bisogno di essere sostenuta e che ha un ruolo importante nella terapia, parlare con un'altra persona serve per... proprio per individuare quali possano essere i comportamenti della famiglia che aiutano il paziente psicotico a stare meglio. Questo avviene quasi subito come approccio alla psicosi. E poi dopo le altre scelte vengono strada facendo, caso per caso... si tratta di una terapia individualizzata. Quasi sempre, poi, c'è l'intervento dell'infermiere, spesso dello psicologo... e interventi riabilitativi.

In genere, dopo la ricostruzione della storia personale e un primo sostegno alla famiglia è formulato un piano d'azione integrato che coinvolge diverse competenze professionali. Sin dalle prime fasi, è attivata una negoziazione sociale all'esterno dell'ambulatorio e sono mobilitate le reti di supporto nell'*entourage* del paziente.

3. Nella ricerca sulle dimensioni socio-culturali delle azioni riabilitative, che sono ibride e complesse, è opportuno tenere presente come

si articolino la consapevolezza del paziente e le *forme* istituzionali attribuite a tale consapevolezza. Infatti, nel campo della salute mentale, l’interazione di persone in carne e ossa con classificazioni, istituzioni e pratiche, che materialmente classificano e ripartiscono i pazienti, fa del dialogo politico tra *forma di vita* e *nuda vita* un processo storico con peculiari caratteristiche locali.

Nei termini del filosofo e storico della scienza Ian Hacking, il problema è capire come s’instaura e funziona la circolarità tra le *azioni* delle persone che sono classificate “in qualche modo” e la loro ripartizione in *generi interattivi*. Una espressione che porta a considerare come gli *attori* prendono coscienza di essere entrati a far parte di un “genere classificatorio” elaborato dalla psichiatria. Tale *consapevolezza* “può essere personale, ma più comunemente essa è coscienza condivisa e sviluppata all’interno di un gruppo di persone, inserite in pratiche e istituzioni a cui vengono assegnate dal modo in cui sono classificate” (Hacking 1999, pp. 94-95).

Nella logica dei *generi interattivi* di Hacking (1999) a fare “materialmente la classificazione” e i “gruppi”, è l’interazione quotidiana dei pazienti con lo psichiatra, con gli enti previdenziali, con il lavoro, con il farmaco (forme di *biocircolarità*). La sua proposta è dunque appropriata a una etnografia delle azioni corporee di vari agenti nella pratica di ogni giorno.

4. Un esempio del modo in cui le persone interagiscono con le classificazioni psichiatriche proviene dal racconto di Antonio R., un paziente che frequenta le attività del Centro accoglienza diurno, seguito dalla psichiatra Laura M. Per Laura “Antonio potrebbe cambiare” e osare di più, ma in varie occasioni è stato proprio lui a chiedere alla terapeuta di osservare meglio i suoi comportamenti e di verificare il giusto dosaggio del farmaco. A chiederle, in sostanza, di non rischiare e di rassicurarlo sul posto occupato dalla propria diagnosi nella classificazione psichiatrica.

Perché con me lui ci ha un gioco: “io sono schizofrenico, lo vede come cammino su e giù da schizofrenico?”. Sulla rassicurazione che lui è schizofrenico, questa cosa a lui lo rassicura, e quindi lui più di tanto con me non potrebbe sbilanciarsi. Perché se no io penserei che lui sta molto meglio. Quando gli propongo attività diverse: “io questo non lo posso fare”. Invece forse passando per altre vie, che non la relazione con me, potrebbe anche succedere, sempre rispettando la sua necessità di essere inquadrato nella categoria, nella sua nicchia.

Antonio, che vive con la madre e due fratelli, dice di essere “bravo e preciso” nel suo impiego presso un laboratorio di analisi: un lavoro sicuro, perché “protetto”, che rappresenta un passo decisivo per la sua aspirazione di realizzare una vita degna di essere vissuta.

Antonio: Poi m'è dispiaciuto tanto, che ci ho avuto questo inconveniente, poi m'hanno fatto anche la diagnosi, e quindi adesso sono uno che ci ha la diagnosi.

M.M.: Che diagnosi...?

A.: Io ci ho la cartella dal settantasette, con la diagnosi del dottor (...) di sindrome dissociativa. Che sarebbe diciamo... una sindrome dissociativa è un disturbo del comportamento. Cioè, si potrebbe chiamare non sempre schizofrenia, ma sintomi che portano alla schizofrenia, sintomi che riconducono, che richiamano la malattia della schizofrenia, sindrome dissociativa. Ho questa diagnosi. E dopo... sto lavorando diciamo. E adesso ho risolto i problemi...

M.M.: E adesso come si fa? Si supera anche la diagnosi...

A.: No no no, quella no. Io ho raggiunto il massimo, ecco sono contento, ho il certificato con tutti i risultati. Non esiste la guarigione, no no, è questo il fatto. Il discorso... con l'invalidità, con le verifiche, con gli accertamenti, uno deve riconoscere quello, mettere a posto il suo discorso, il suo discorso che s'è elaborato ecco, io l'ho messo a posto.

Nella ricostruzione della storia di Antonio, la terapeuta ha usato l'immagine di Linus, personaggio del fumetto di Charles Schulz, che non si muove senza la sua inseparabile coperta. Alla fine, la "coperta" da cui Antonio trova difficile separarsi, per Laura, diviene "il mantello della psichiatria che lo protegge da tutto".

Quotidiani stati d'eccezione

1. Le classificazioni con cui ogni giorno sono alle prese Mauro, Antonio e gli altri pazienti del centro di salute mentale, sono interrogate criticamente da alcuni terapeuti. In una conversazione sulle contraddizioni che si aprono nel lavoro quotidiano dei servizi, Paolo G., psichiatra, descrive con ironia la zona di *indistinzione* in cui si collocano gli interventi nella psichiatria territoriale. Si tratta di interventi che non sono mai interamente riconducibili al "sociale" e mai inquadrabili, senza residui, nel "sanitario".

Perché se una cosa ti fa bene allora automaticamente è sanitario. È da matti. Se io sono depresso perché ci ho un fallimento, vinco al Totogol sei miliardi, non solo non ci ho il fallimento, ma divento improvvisamente ricco, con un'attività già fatta, che so quello che fare, la depressione mi passa. E allora il Totogol è *sanitario*? Dietro c'è un modello di funzionalità di tipo organico. Per cui se c'è qualcosa di organico, che io posso misurare, "sei malato", se no "sei vizioso", o "sfigato", a seconda dei casi. Il problema è che quello che salta realmente è il modello olistico. Questo salta a tutti i livelli. Tra l'altro, burocratizzando lo Stato sociale ti salta automaticamente, perché, ripeto, dipende dal fatto che uno funziona o non funziona.

Le considerazioni di Paolo richiamano i tentativi degli operatori di fronteggiare la quantificazione e la *burocratizzazione dello Stato sociale*, nel modello organizzativo di tipo aziendale. Un modello messo in crisi frequentemente da quei progetti di riabilitazione che, configurandosi come sperimentali, ibridi e irregolari, sono collocabili con fatica nelle maglie delle classificazioni amministrative della Azienda sanitaria locale.

2. Quegli stessi progetti aprono inaspettate contraddizioni, come mostrano le mie note di campo su quanto è accaduto nel laboratorio i giorni immediatamente precedenti l’inaugurazione della mostra.

Negli ultimi tempi, con l’avvicinarsi della mostra, il lavoro si è fatto più intenso. Ma quando Nicola arriva con la sua attrezzatura professionale, per fotografarci, tutto si placa. Forse perché siamo curiosi e incerti di fronte all’artista che dice di voler prendere le immagini di tutti i partecipanti con “scatti” che celebrino la “morte di un istante”. Nicola dice che così potrà ritrarre ciascun componente del laboratorio in un’atmosfera di sospensione, d’incertezza e d’euforia.

Intanto, c’è ancora molto da fare: spedire gli inviti, organizzare la festa per la serata dell’inaugurazione, tenere i contatti con i critici d’arte invitati a discutere l’iniziativa, completare il fascicolo contenente i materiali – immagini delle opere e stralci d’interviste agli artisti – sui quali psichiatri e critici d’arte saranno chiamati a confrontarsi in un seminario interdisciplinare.

Tra le cose rimaste da sistemare, vi sono anche alcuni problemi “amministrativi”. L’infermiera deve andare a casa del fratello di Ernesto per fargli firmare una liberatoria che autorizzi l’esposizione dei suoi quadri. Ernesto è interdetto.

“Ma come? Ernesto è interdetto? E Lucia? E gli altri...?”. Chiede Giovanni [l’operatore sociale].

Solo in questa occasione ci si è ricordati che Ernesto è soggetto a interdizione, che è giuridicamente limitato nella capacità di agire e nell’esercizio di alcuni diritti. Può fare alcune scelte e prendere decisioni (in questo caso esporre le opere) soltanto sotto la tutela di un familiare nominato da un’autorità giuridica.

Dopo qualche momento d’incertezza, si decide che, per tutelare il diritto alla *privacy* dei pazienti, nel fascicolo che contiene le immagini delle opere, i nomi degli autori non devono comparire. Anche nelle riproduzioni fotografiche dei quadri vengono cancellate le firme. Nicola è contrario a tale scelta, ritiene infatti che dovrebbe essere tutelato l’altro diritto, quello di firmare le proprie opere. Gli operatori fanno notare che non è possibile assicurare contemporaneamente i due diritti: la tutela della *privacy* del paziente; la promozione dell’autorialità di chi espone opere artistiche.

Nel flusso della pratica quotidiana, i membri del laboratorio avvertono il pericolo che comporta l’“esporsi” insieme alle proprie opere nello

spazio pubblico. Fare le opere e mostrarle in città sembra entrare in conflitto con la vita quotidiana di chi, oltre a essere un *autore* è anche un *utente* del servizio psichiatrico.

Il tentativo di muoversi nello spazio pubblico richiede infatti di fare chiarezza sui confini giuridici di legittimità delle scelte del servizio psichiatrico rispetto alle famiglie dei pazienti. In questo rapporto delicato la procedura di interdizione esercita una funzione cruciale. Come notava Foucault nelle sue analisi del potere psichiatrico, la procedura d'interdizione ha come effetto giuridico di trasferire i diritti civili dell'individuo a un "consiglio di famiglia" ponendoli di fatto sotto tutela. La procedura giuridica della interdizione gli appariva così come "un episodio di diritto di famiglia convalidato da un insieme di procedure giudiziarie" (Foucault 2003, p. 94)¹³. Per quel che riguarda Ernesto, tutto ciò significa, molto concretamente, che le sue azioni nello spazio pubblico della mostra sono soggette a un controllo supplementare rispetto a quello esercitato dalla rete psichiatrica o dalla pratica artistica del laboratorio.

3. Alla fine, ottenute le autorizzazioni dei familiari dei *pazienti*, gli operatori decideranno di non inserire i nomi degli *autori* nel fascicolo che contiene le immagini delle opere. Nelle riproduzioni dei quadri, in quella specie di catalogo appositamente preparato per un seminario interdisciplinare, non compaiono le firme degli artisti. Gli *autori* infatti sono anche dei *pazienti* psichiatrici: un dibattito pubblico sulla salute mentale potrebbe violare il diritto alla tutela della loro identità personale.

Nicola, il responsabile artistico dell'iniziativa, ha continuato a dichiararsi contrario a tale scelta. Si è detto convinto che la produzione degli artefatti avrebbe dovuto avere la priorità anche sui contesti della salute mentale e della riabilitazione psichiatrica. È evidente nondimeno che, in questo caso, operatori e artisti si sono trovati "intrappolati" in una discussione, eminentemente politica, situata in una zona di "sospensione" tra due diritti ascrivibili a un "soggetto" sdoppiato in *paziente* e *autore*.

Questo travagliato itinerario, tuttavia, riesce a svelare i tratti perturbanti dell'opera artistica e del suo autore: riconoscere la soggettività di qualcuno coinvolto nell'attività riabilitativa porta a evocare non solo l'autore dell'opera (la firma), ma anche le procedure di classificazione dei comportamenti e le storie cliniche e giuridiche (la prescrizione medica, la cartella, il dossier...).

Soggetti, circuiti, lotte

1. In una sala della mostra, Michele, a pochi passi dalle proprie fotografie naturalistiche mi racconta episodi della storia della sua famiglia...

Racconta di come durante il fascismo suo nonno, partito per l'Albania dal suo paese natale sull'Appennino, si sia letteralmente "inventato il mestiere di fotografo". Al seguito dell'occupazione militare di Tirana, ha cominciato a fare ritratti fotografici dei soldati italiani che passavano in città. Là ha conosciuto la nonna di Michele, una veneziana. Poi, a causa della guerra, si è visto confiscare tutto quello che possedeva. È tornato in Italia, dopo aver attraversato il fronte con una divisa da tedesco, portandogli nello zaino una gavetta e un cucchiaino d'oro ricoperti di ferro. Con quel "tesoro" ha aperto un'attività di fotografo, il lavoro che ha continuato a fare fino alla sua morte, alla metà degli anni Settanta.

Oggi, con le sue storie e le sue immagini, Michele evoca i legami fra le persone che lo circondano e quelle che non ci sono più. Ma ci sono stati momenti, difficili da richiamare alla memoria, in cui la sua storia personale e familiare di utente psichiatrico è stata più dolorosa. In particolare quando ha subito un trattamento sanitario obbligatorio (TSO): gli è capitato cioè di essere portato, contro la sua volontà, al Servizio psichiatrico di diagnosi e cura del capoluogo di provincia.

Loro m'hanno fatto un TSO, la struttura. Però, da lì a adesso son cambiate tante cose e c'è rimasta solo la pasticca settimanale. Perché io m'ero smesso in pratica de curamme, capito? Perché, ho detto, se c'era un problema, era na questione d'esorcismo, io ce credevo e tutto quanto. Dunque loro possono fa figurà quello che vojono, però, cioè, questo qui non è argomento per me, perché è un passato che... io ci ho na vita da mandare avanti. (...) Io lì, in quel periodo, passavo da un... iniziavo a vedere, iniziavo a entrà su un mondo che non avevo mai visto. Il TSO è proprio... Proprio il TSO, secondo me, è stato uno sbaglio visto male da loro, oppure hanno voluto agì così, magari sedando a me due minuti, poi... tenendome un po'. Chiaro ci ho perso solo io, però...

2. Nei racconti dei pazienti e degli operatori, il TSO appare emblematicamente come il caso in cui il medico, in quanto rappresentante dello Stato, può agire su una soglia di sospensione/attivazione dei diritti della persona che ha rifiutato la cura¹⁴. Esso rappresenta, potremmo dire, il *limite estremo* della presa in carico psichiatrica. Vi sono modi diversi di valutare quanto avviene in simili circostanze. La sfida per l'etnografia è ricostruire un processo in cui viene gestito politicamente il *rischio* e i complessi rapporti di pesi e contrappesi che questo comporta. Se si ricostruisce l'accaduto insieme ai pazienti che hanno vissuto l'esperienza del TSO, ci si accorge che il ricovero può essere preceduto da periodi di forte attivazione delle reti sociali.

Pasquale V. (45 anni), sposato e padre di una bambina, ha lavorato sin da ragazzo nella piccola azienda agricola familiare. Oggi si trova a vivere in un gruppo-appartamento, lontano dalla famiglia. Una soluzione di

compromesso che ha accettato dopo lunghe negoziazioni con gli operatori psichiatrici. Ricorda il momento in cui, nell'estate del 1995, con il TSO tutto è sembrato crollare.

Pasquale V.: M'ha preso, invece del chiuso, de sbottà. Ho sbottato a mezzo-giorno, a mezzogiorno meno un quarto, così. Ho cominciato a spaccà... prima i lampadari, poi un po' de cucina, ho preso na sedia l'ho data ai vetri, e n'sapeo più quel che fare (...). Nel frattempo mì madre chiede aiuto al mì zio... e m'ha levato le mani, e m'è venuto l'istinto de prende e de scappà fori.

M.M.: De andartene.

P.: De andarmene. Avrò fatto due o trecento metri, poi me so fermato. E poi, lì erono in soccorso mì cugina, il marito, altri amici lì, questi de casa, de famiglia...

M.M.: Il vicinato.

P.V.: Il vicinato, ma anche i parenti. Che ci ho molti parenti. E dice "tu adesso stai male, è un periodo che stai male... te devi curà...".

I vicini e i familiari si attivano, mobilitano le risorse disponibili per arginare i comportamenti, per proporre soluzioni negoziali o per intervenire con la forza. In questo modo, l'ambiente familiare diviene luogo di azioni pubbliche e di trattative fra diversi rappresentanti dei poteri dello Stato (gli psichiatri, gli infermieri, i "medici della mutua", i carabinieri...). Pasquale prosegue il suo racconto.

M'hanno accompagnato fino a in fondo le scale, poi so' andato su la camera e, fermo lì per mezz'ora, tre quarti d'ora, a sede[re] sul letto e n'sapeo più che pesci pijjà. E dopo è tornata mì sorella, mio fratello. Mì sorella subito a piagne, ha cominciato a telefonà a dottori, a carabinieri, gne ce venìa nisciuno. (...) E dopo enno arrivati questi di qui, la dottoressa co n'infermiera, poi enno arivati i carabinieri, poi è arrivato il dottore della mutua e io so rimasto sempre fuori, in camera mia. E loro han ragionato dentro co la dottoressa, con mì sorella, mì padre, mì fratello e poi m'han detto d'entrà co 'n carabiniere.

La scena si popola e diviene concitata. Si comprende così che, per "individuare" e "isolare" il paziente, è necessario un prolungato e complesso lavoro sociale. L'intervento sulla crisi non arriva mai in un vuoto di discorso e di azione.

3. Come abbiamo visto, l'esperienza del TSO può essere narrata dal paziente come una drammatica interruzione di una storia comune. Quella stessa esperienza di arresto della vita quotidiana e di conflitto con la famiglia e con i medici è il corrispettivo di quanto può apparire, con un linguaggio formale, nella parte *grigia* delle attività amministrative.

In effetti, la presa sulla *nuda vita* può essere rappresentata attraverso una “geometria” degli spostamenti corporei, nelle routinarie scritte burocratiche. Consultando i materiali d’archivio della psichiatria locale, leggo una lettera datata 10 giugno 1991. Nella lettera, il responsabile delle “funzioni igienico-organizzative” dell’azienda ospedaliera comunica al sindaco della città, a seguito di una richiesta di chiarimento sulle rispettive competenze, che i trattamenti sanitari obbligatori vanno effettuati con auto comuni e due vigili, non con ambulanze.

La presente per segnalare l’assoluta necessità di proseguire i trasporti per i TSO con auto comuni e due vigili.

Il TSO, infatti, riguarda pazienti che rifiutano trattamenti terapeutici e debbono essere condotti forzatamente presso l’idonea struttura dell’ospedale regionale di Perugia. Tali pazienti, pertanto, non necessita[no] di assistenza sanitaria ma solo di forza coercitiva per condurli alla struttura designata.

L’uso dell’ambulanza renderebbe, tra l’altro, difficile il trasporto perché con le possibilità di movimento consentite dall’abitacolo, il paziente è mal controllabile.

Nella resistenza del corpo dei pazienti alla configurazione degli spazi, che dovrebbero essere funzionali al controllo dei movimenti, e nella necessità di sola “*forza coercitiva per condurli alla struttura designata*”, si coglie l’esercizio della presa sulla “*nuda vita*” dentro le maglie della burocrazia. La stessa burocrazia con cui gli operatori psichiatrici contrattano ogni giorno per promuovere e finanziare progetti riabilitativi, nei quali ad esempio è necessario comprare colori, tele e cavalletti, oppure trovare luoghi che possano ospitare una mostra di pittura.

4. Per certi versi, il TSO può essere visto come la situazione in cui, praticamente, un dispositivo psichiatrico “prende fuori” l’eccezione (Agamben 1995; 2003). È noto tuttavia che, proprio in Italia, il TSO – regolato (insieme alla chiusura dell’ospedale psichiatrico) dalla legge di riforma psichiatrica 180 del 1978 – è stato disposto nella prospettiva di mettere il paziente al centro dell’azione del servizio di salute mentale, nel “rispetto della dignità della persona e dei suoi diritti civili e politici”. Ciò significa che il TSO è determinato sempre dalla relazione dinamica fra due aspetti: la sofferenza del soggetto e le capacità d’interpretare e rispondere a quella sofferenza da parte del servizio (Basaglia, Giannichedda 1979, p. 462)¹⁵. In ogni situazione critica che rischia di esplodere, la sfida è mobilitare le risorse a partire dalle contraddizioni sociali che la sofferenza individuale apre nel contesto (Basaglia 2000, p. 13). In questo senso, la *crisi* non è mai soltanto una crisi individuale e può essere socialmente definita come il punto limite

della prassi efficace del servizio. Nell'insieme di relazioni istituzionali (in cui agiscono diversi poteri dello Stato) che definiscono tale limite, la valutazione tecnica affidata allo sguardo medico contribuisce a *dare forma al conflitto tra il paziente e il contesto di vita*.

Nonostante l'estrema delicatezza della scelta, quando si pongono interrogativi al medico sulle procedure che precedono e accompagnano il TSO, la situazione appare relativamente definita. Laura C., psichiatra, mi spiega che vi è una prassi ordinaria di servizio, condivisa dal gruppo dei terapeuti, per valutare lo stato di salute mentale del paziente e le sue relazioni con il contesto (con gradi più o meno elevati di pericolosità) che permettono di operare più rapidamente.

Quando ci sono certe condizioni cliniche, lì scatta proprio la formazione più medica. Per cui ci sono certe condizioni cliniche gravi, che non permettono alla persona di stare in famiglia, c'è un contesto che non regge assolutamente, insomma lì il ricovero è un atto dovuto. E quindi è una responsabilità che avverti che c'è, ma... anche il fatto che deve andare giù l'ambulanza con i vigili, va be', sono quasi automatiche.

Paolo G., riferendosi anche alle specifiche competenze psichiatriche rispetto agli ambiti giuridico e giudiziario, aggiunge:

Noi cerchiamo sempre di definire il campo. Rimandando a... soprattutto ultimamente, – mentre prima la tendenza era prendere tutto: “quello che è nostro lo dobbiamo gestire noi, dalle case popolari, ai carabinieri, all'omicidio”, perché dopo diventava questo – quello che fa di un malato un cittadino... un reato, io... è il carabiniere che deve muoversi, il magistrato deve muoversi. Primo perché è pericoloso, c'è una legge, eccetera, ma secondo, perché la prima cosa gli devo è la sua uguaglianza rispetto alla legge. (...) Se io vedo pericolo io ho il dovere, il dovere/diritto – è un diritto grosso eh! –, gli psichiatri sono gli unici nella legislazione italiana che possono fare questa cosa, un potere enorme... non è un caso che gli altri poteri costituiti, i carabinieri, quando ci hanno situazioni di questo tipo, tendono a fare i buoni, sono loro i buoni: “Ma questo è così perché sta male”.

Epilogo

1. Alla fine, la mostra *Visibile-oltre-invisibile* ha avuto un certo successo.

Seduti al tavolo all'ingresso, trascorriamo il pomeriggio a bere e a parlare. Ogni tanto, qualcuno si alza per andare a osservare meglio un'opera. Mauro è occupato a leggere riviste, ma con il suo fare compassato, è sempre disponibile a scambiare battute sui suoi quadri con i visitatori. È solito ricordare agli ospiti di firmare il quaderno sul tavolo, vicino ai bicchieri di

plastica e alle bottiglie di bibite. Intanto, un visitatore chiede a Ernesto se è lui uno degli autori; se è lui uno di quelli che appaiono nelle foto di Nicola esposte nella sala attigua. Ernesto si schermisce con un rapido segno di assenso e si allontana. Altri turisti stranieri hanno chiesto se i quadri costano molto. Mauro ha risposto con tono sicuro che sì, costano molto. Poi sorride e, rivolgendosi agli altri seduti a parlare, ricorda che “oggi siamo internazionali!”.

(...) Nell'altra sala, mi ritrovo a camminare insieme a Mauro tra i disegni di Lucia che, nell'allestimento finale, sono stati appesi al soffitto con lunghi sottili fili di ferro e ora ci sembrano galleggiare nell'aria. Mauro ne parla con ammirazione, indicandomi la perizia nei tratti di matita e lo spessore delle paste colorate. Mi fa notare inoltre che ci troviamo in un ambiente che sembra completamente rinnovato. Poi sale in piedi sopra il muretto di pietre grigie, alto poco più di un metro, che segna la metà della grande sala. A qualche passo dai suoi quadri, mi chiede serio: “Sono alto?”. Per qualche istante, se ne sta così, in piedi, con le braccia che ciondolano, come se fosse su una scogliera a ricevere la brezza del mare.

In circostanze come questa, si comprende il carattere sfuggente e microscopico delle “trasformazioni” che investono i gesti quotidiani e delle quali gli operatori si mettono spesso alla ricerca nella riabilitazione psichiatrica¹⁶.

2. Attraverso questo *studio di caso*, nella prassi del laboratorio e nella presa in carico psichiatrica, abbiamo visto intrecciarsi diverse possibilità d'espressione e forme di resistenza che, in modi diversi, mettono in questione lo statuto dell'individuo. Si tratta di forme di resistenza che, come ha mostrato Michel Foucault, non sono mai “in posizione di esteriorità rispetto al potere” e che si costruiscono in alleanze trasversali, nelle quali la soggettività è presa in una contesa politica: “Tutte le lotte contemporanee ruotano attorno alla domanda: chi siamo?” (Foucault 1982, p. 240).

In effetti, le pratiche degli operatori – che accompagnano i cambiamenti nelle *forme di vita* dei pazienti e nei loro contesti quotidiani – non si limitano mai alla sola gestione del capitale simbolico e terapeutico dei diversi agenti nel campo della salute mentale. Esse hanno a che fare in senso più ampio con pieghe e sfumature nell'*agentività* e nella prassi corporea delle persone coinvolte nei progetti riabilitativi. È quanto abbiamo potuto vedere, ad esempio, seguendo le tracce della scrittura proliferata attorno ai quadri prodotti nel laboratorio: scrittura che da “forma espressiva” scoperta da Lucia è in seguito diventata uno stile di lavoro collettivo.

D'altra parte, l'*agentività* dei partecipanti alle attività terapeutiche e riabilitative può essere colta anche nella resistenza alla relazione di

cura (i racconti centrati sulla pratica del TSO ce ne hanno fornito la chiave) o nella presenza inattiva del paziente che *preferisce non agire*¹⁷ (la paura di rischiare di Antonio ce ne ha dato un esempio). Nel primo caso, la presa in carico può divenire uno scontro anche molto duro; nel secondo, la “non-azione” o il silenzio del paziente possono rappresentare degli interrogativi rivolti alle logiche che attraversano le classificazioni diagnostiche.

3. L'interesse della esperienza riabilitativa che ho preso in esame risiede nella chiarezza con cui lascia trasparire la relazione contraddittoria tra *sfera privata* e *sfera pubblica*, nelle azioni di produzione culturale e nel confronto politico, in cui sono stati coinvolti pazienti e operatori. Nello specifico, sul confine tra pubblico e privato, abbiamo visto manifestarsi una contraddizione fra due esigenze: da una parte la promozione di un percorso di “individuazione” che, puntando sul riconoscimento dell'autore di un'opera artistica, potrebbe aprire una via d'accesso al “mercato legittimo dei beni simbolici” (Bourdieu 1992); dall'altra parte, la gestione della malattia del singolo paziente che, dal versante medico, deve fare i conti con tecniche disciplinari e iter burocratici. In entrambi i casi, ci siamo trovati di fronte a procedure amministrative che circoscrivono la cittadinanza – il nome, la biografia del paziente, la storia familiare – e che mettono in gioco i confini politici e i rapporti di potere nel campo della salute mentale.

Da quanto è emerso, si comprende che lo *stato d'eccezione* può riguardare non solo la presa del potere sovrano sulla *nuda vita*, ma anche l'agire concreto in una *forma di vita* che cambia¹⁸. E che sarebbe probabilmente un errore considerare singoli aspetti delle biopolitiche contemporanee separatamente dal flusso plurale e irregolare di scambi quotidiani su quella soglia fra *nuda vita* e *forma di vita* di cui possiamo tentare una intensiva esplorazione etnografica. È infatti seguendo da vicino l'azione di chi è quotidianamente impegnato nella trasformazione della realtà circostante che il potere, di solito inteso come un enigma e un oggetto opaco, assume i tratti molteplici di relazioni storiche concrete.

Note

¹ Nel Centro di salute mentale di Gubbio (provincia di Perugia, USL n. 1 della Regione Umbria) ho svolto una ricerca etnografica sulle pratiche terapeutiche/riabilitative e sulle politiche comunitarie promosse dalla psichiatra territoriale. L'indagine di terreno è stata realizzata in una prima fase (novembre 1998-giugno 2000) concentrando l'attenzione sulla presa in carico psichiatrica e sulle azioni comunitarie; è poi proseguita (nel biennio 2002-2004) ri-

costruendo specifiche iniziative di riabilitazione psico-sociale anche in altre aree della Regione Umbria. La ricerca è stata ideata e condotta con la supervisione di Tullio Seppilli (nel quadro dell’attività del dottorato in “Metodologie della ricerca etnoantropologica”, Università degli Studi di Siena, Perugia e Cagliari) ed è stata portata a termine grazie a un “assegno di ricerca” nel quadro del progetto “Retoriche della follia e pratiche della guarigione” (responsabile: Giancarlo Baronti), Dipartimento Uomo & Territorio, Università degli Studi di Perugia.

In accordo con coloro i quali hanno partecipato alla ricerca, in questo testo userò degli pseudonimi ed eviterò di fornire indicazioni che possano identificare le persone coinvolte.

Ringrazio Cristina Papa, Giovanni Pizza, Ivo Quaranta e Tullio Seppilli per aver letto e discusso con me questo testo.

² La letteratura antropologica su questi temi si è accresciuta considerevolmente, investendo diverse aree d’interesse: la produzione culturale della “persona”, la naturalizzazione della vita e della morte, l’emergenza di nuove forme di vita (Kaufman, Morgan 2005). Particolarmente rilevanti sono gli studi in cui il biopotere è visto come un insieme eterogeneo e plurale di “pratiche corporee routinarie localizzate nelle famiglie, nelle comunità, nelle istituzioni” (Lock, Kaufert 1998, p. 6) e quelli che mostrano come, nella vita quotidiana delle persone, il piacere di una vita creativa e i poteri dello Stato non siano facilmente separabili (Farquhar, Zhang 2005). In queste “antropologie del quotidiano” il corpo “che agisce” avviene nello stesso tempo *forma di vita* e bersaglio del potere sovrano sulla mera vita biologica (Pandolfi 2003).

³ In proposito, contributi fondamentali provengono dagli antropologi che hanno lavorato sulle determinanti storiche, sociali e politiche della “sofferenza sociale”. Vedi, in particolare, il lavoro di Paul Farmer sulla “violenza strutturale” (2003; 2004). Per un’*antropologia degli stati d’eccezione* è fondamentale il lavoro di Michael Taussig (1992; 1999).

⁴ Sui processi di egemonia e sulla malattia come incorporazione delle ineguaglianze in una prospettiva gramsciana, v. Pizza 2005 e Otegui Pasqual, Seppilli 2005.

⁵ Lungo questa direzione può essere raccolto l’invito di Jean Comaroff a studiare cosa accade in “una politica che stabilisca un legame tra una vita non così nuda e una più vigorosa pratica di cittadinanza” (Comaroff 2006 *supra*, [p. 66]). Effettivamente, nelle società in cui l’accesso ai diritti fondamentali e alla sicurezza è regolato dalle *politiche del rischio* biologico più di quanto non lo sia dall’organizzazione del lavoro, il rapporto tra *forma di vita* e *nuda vita* va pensato nel quadro dei mutamenti del *welfare* e delle *metamorfosi della questione sociale* (Castel 1995; 2003).

⁶ Vedi le *tesi sulla storia* (in particolare la sesta) in cui Walter Benjamin (1942) richiama la necessità di fare i conti con lo *stato d’eccezione* divenuto ormai irrimediabilmente la regola.

⁷ Per quanto riguarda la riflessione di Hannah Arendt sul significato politico dell’azione umana nello spazio pubblico, al confine del paradigma biopolitico, v. Esposito 2004, pp. 194 sgg.

⁸ Sul dibattito in Italia concernente la biopolitica in psichiatria cfr. *Potere psichiatrico e biopolitica*, Atti del convegno “Il soggetto che non c’è / Le sujet qui n’est pas. Michel Foucault 1984-2004” (Trieste, 5-6 novembre 2004), 2005. V. anche Foucault 2004. Sulle molteplici relazioni locali nelle quali lo psichiatra è chiamato a gestire un “eccesso” di potere-sapere, v. Di Vittorio 2005, p. 56.

⁹ Nell’insieme di scambi fra *potere sovrano* e *poteri disciplinari* la famiglia rivestirebbe un duplice ruolo: attraverso il potere di sovranità, consentirebbe di legare un individuo a un apparato disciplinare (la scuola, il servizio militare di leva, la fabbrica...); in quanto punto di congiunzione degli apparati disciplinari permetterebbe di far circolare gli individui da un apparato all’altro (Foucault 2003, pp. 86, 87). In proposito si veda anche quanto scrive Pierre Bourdieu (1994, pp. 121-131) a proposito della famiglia come principale soggetto delle strategie di riproduzione biologica e sociale negli Stati moderni.

¹⁰ Per Foucault, negli Stati moderni, a salvaguardia del potere di sovranità – “punto di incastro assolutamente indispensabile al funzionamento di tutti i sistemi disciplinari” (Foucault 2003, p. 86) –, sono stati posti il discorso e la pratica centrati sulla psicologia degli individui: la cosiddetta *funzione-Psy*, che mantiene legami ambivalenti con quanto appare familiare, domestico e intimo.

¹¹ Tra gli obiettivi dei due responsabili del laboratorio, e degli operatori psichiatrici che li affiancavano, vi era quello di definire insieme alcune regole per sviluppare la creatività, senza strutturare in modo troppo rigido le sedute di lavoro. Interrogati in proposito, essi sostenevano che la regola principale e imprescindibile – oltre al necessario rispetto dei tempi e all'ordine da tenere fra gli strumenti del mestiere – riguardava i confini da attribuire a uno spazio vuoto, in cui agire liberamente. Doveva essere, in altri termini, la zona interna alla cornice a stabilire i termini del lavoro. Per questi motivi, i supporti delle opere sono stati concepiti ciascuno in un modo specifico per ogni partecipante all'attività riabilitativa.

¹² Ove il termine "poetica" può essere inteso sia come modo di *dare forma* agli oggetti, sia come modo di modellare norme sociali e strategie d'interazione (Herzfeld 1997). In entrambi i casi possiamo pensare a quel "fare le cose in un certo modo", che implica una conoscenza corporea e intersoggettiva. Si tratta allora di descrivere con attenzione: "le 'forme' delle regole, delle istituzioni che sono diventate natura, necessità nella misura in cui hanno costruito il mondo della vita in un orizzonte di senso condiviso" (Borutti 1993, p. 142). Nella prospettiva qui adottata, il termine "natura" potrebbe richiamare non solo "il mondo della vita in un orizzonte di senso condiviso" ma anche il corpo e i processi d'incorporazione. Il fatto cioè che le istituzioni divengano "seconda natura" quando concretamente "si fanno" corpo, tecniche e habitus.

¹³ Ciò avviene in un groviglio di atti di sovranità che Foucault ordina in tre passaggi cruciali: una richiesta da parte della famiglia; una misura di ordine giudiziario; una sospensione dei diritti civili (Foucault 2003, p. 94).

¹⁴ Sulle problematiche connesse al TSO, v. Giannichedda 1988 e 2006. Il TSO ha obbligatoriamente la durata di una settimana, ma può essere prorogato adducendo adeguate motivazioni, con una nuova procedura. È richiesto da due medici (uno dei quali deve essere necessariamente psichiatra), è disposto dal sindaco o da un delegato dell'autorità cittadina ed è autorizzato da un giudice che deve anche tutelare i diritti del paziente durante il ricovero.

¹⁵ Proprio perché è posto in una dinamica zona di transizione, il TSO può essere visto come uno specchio della variegata situazione italiana. Esso è stato "in alcuni luoghi tradotto in servizi, procedure e culture coerenti ed efficaci mentre altrove è stato agito come riproposizione in altri termini del ricovero coatto del vecchio regime normativo" (Giannichedda 2006, p. XLIX). Il caso specifico dell'Umbria è significativo perché si tratta della regione italiana con il più basso tasso di ricoveri ospedalieri degli ultimi anni. Una percentuale di ricoveri cui corrisponde un altrettanto basso numero di trattamenti sanitari obbligatori.

¹⁶ In questi frangenti è la sorpresa di fronte a gesti inattesi a suggerire che quello che Franco Basaglia chiamava l'"ottimismo della pratica" (Basaglia, Ongaro Basaglia 1974) può effettivamente innescare trasformazioni significative.

¹⁷ Nella pratica di ogni giorno, nei contesti riabilitativi, accade spesso di trovarsi in situazioni di indeterminazione che pongono il problema di una potenza *che può non passare* all'atto (Agamben 1996; Deleuze, Agamben 1993). È così evocata l'*apertura* contenuta in ogni gesto: "i singoli modi, atti e processi del vivere non sono mai semplicemente fatti, ma sempre e innanzitutto possibilità di vita, sempre e innanzitutto potenza" (Agamben 1996, p. 14).

¹⁸ Sul rapporto fra *potere sovrano* – che si pone momentaneamente fuori del diritto – e *stato d'eccezione* nella prassi linguistica, in senso più ampio nell'azione innovativa, v. Virno 2005.

Bibliografia

- Agamben, G., 1995, *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino, Einaudi.
 Agamben, G., 1996, *Mezzi senza fine. Note sulla politica*, Torino, Bollati Boringhieri.
 Agamben, G., 2003, *Stato di eccezione*, Torino, Bollati Boringhieri.

- Arendt, H., 1958, *The Human Condition*, Chicago, University of Chicago Press; trad. it. 2003, *Vita activa. La condizione umana*, Milano, Bompiani.
- Basaglia, F., 2000, *Conferenze brasiliane*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Basaglia, F., Giannichedda, M. G., 1979, "Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico", International Congress of Law and Psychiatry, Oxford, in F. Basaglia, F. Ongaro-Basaglia, a cura, 1982, *Scritti. II. 1968-1980*, Torino, Einaudi, pp. 445-466.
- Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F., 1974, "L'utopia della realtà", relazione al Congrès de la Société suisse de psychiatrie, Genève, maggio 1973, «Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie», 114, in F. Basaglia, F. Ongaro-Basaglia, a cura, 1982, *Scritti. II. 1968-1980*, Torino, Einaudi, pp. 339-348.
- Benjamin, W., 1942, *Über den Begriff der Geschichte*, «Zeitschrift für Sozialforschung / Studies in Philosophy and Social Science», special issue, Walter Benjamin zum Gedächtnis, Los Angeles; trad. it. 1997, "Sul concetto di storia / Über den Begriff der Geschichte", in G. Bonola, M. Ranchetti, a cura, *Sul concetto di storia*, Torino, Einaudi.
- Borutti, S., 1993, *Per un'etica del discorso antropologico*, Milano, Guerini.
- Bourdieu, P., 1992, *Les règles de l'art*, Paris, Édition du Seuil; trad. it. 2005, *Le regole dell'arte. Genesi e struttura del campo letterario*, Milano, il Saggiatore.
- Bourdieu, P., 1994, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Éditions du Seuil; trad. it. 1995, *Ragioni pratiche*, Bologna, il Mulino.
- Castel, R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Gallimard.
- Castel, R., 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Paris, Édition du Seuil-La République des Idées, ottobre; trad. it. 2004, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino, Einaudi.
- Comaroff, J., 2006, *Oltre la politica della nuda vita. L'AIDS e l'ordine neoliberista*, infra, pp. 51-70.
- Crehan, K., 2002, *Gramsci, Culture and Anthropology*, London-Sterling (Va.), Pluto Press.
- Das, V., 1998, *Wittgenstein and Anthropology*, «Annual Review of Anthropology», 27, pp. 171-195.
- Deleuze, G., Agamben, G., 1993, *Bartleby la formula della creazione*, Macerata, Quodlibet.
- Di Vittorio, P., 2005, *Margini del potere*, «Rivista Sperimentale di Freniatria. La rivista della salute mentale», vol. CXXIX, n. 3, pp. 54-78.
- Esposito, R., 2004, *Bios. Biopolitica e filosofia*, Torino, Einaudi.
- Farmer, P., 2003, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley-Los Angeles-Oxford, University of California Press.
- Farmer, P., 2004, *An Anthropology of Structural Violence [Sidney W. Mintz Lecture for 2001]*, «Current Anthropology», 45, 3, pp. 305-325; trad. it. infra, pp. 17-49
- Farquhar, J., Zhang, Q., 2005, *Biopolitical Beijing: Pleasure, Sovereignty, and Self-Cultivation in China's Capital*, «Cultural Anthropology», 20, 3, pp. 303-327.
- Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la Santé. Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France.

- Fassin, D., 2000, *Entre politique du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé*, «Anthropologie et Sociétés», 24, 1, pp. 95-116.
- Foucault, M., 1976, *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard; trad. it. 1978, *La volontà di sapere. Storia della sessualità, I*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault, M., 1982, “*The Subject and the Power (Le sujet et le pouvoir)*”, in H. L. Dreyfus, P. Rabinow, a cura, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*, Chicago (Ill.), The University of Chicago Press; trad. it. 1989, “*Perché studiare il potere: la questione del soggetto*”, in H. L. Dreyfus, P. Rabinow, a cura, *La ricerca di Michel Foucault. Analitica della verità e storia del presente*, Firenze, Ponte alle Grazie, pp. 237-244.
- Foucault, M., 2003, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Paris, Seuil-Gallimard; trad. it. 2004, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli.
- Frankenberg, R., 2003, *The Ethnographers' Shared Task with their Informants: The Eye Witness as We-Witness or the Production of Cultures by Means of Cultures*, Paper presented at Medical anthropology at home 3. Medical anthropology, welfare state and political engagement, Perugia, 24-27 settembre.
- Gell, A., 1998, *Art and Agency. An Anthropological Theory*, Oxford, Clarendon Press.
- Giannichedda, M. G., 1988, *Sul trattamento sanitario obbligatorio*, «Democrazia e Diritto», nn. 4-5, pp. 249-282.
- Giannichedda, M. G., 2006, “*Introduzione. L'utopia della realtà. Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*”, in F. Basaglia, *L'utopia della realtà*, Torino, Einaudi, pp. XLVIII-XLIX.
- Hacking, I., 1999, *The Social Construction of What?*, Cambridge (Mass.)-London, Harvard University Press; trad. it. 2000, *La natura della scienza. Riflessioni sul costruzionismo*, Milano, McGraw-Hill.
- Herzfeld, M., 1997, *Cultural intimacy. Social poetics in the Nation-State*, New York-London, Routledge; trad. it. 2003, *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, Napoli, L'Ancora del Mediterraneo.
- Kaufman, S. R., Morgan, L. M., 2005, *The Anthropology of the Beginnings and the End of Life*, «The Annual Review of Anthropology», 34, pp. 317-341.
- Lock, M., Kaufert, P. A., 1998, “*Introduction*”, in M. Lock, P. A. Kaufert, a cura, *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge-New York-Melbourne, Cambridge University Press, pp. 1-27.
- Michel Foucault e il potere psichiatrico*, 2004, «Aut Aut», fasc. 323.
- Otegui Pasqual, R., Seppilli, T., 2005, “*Presentación*”, in idd., a cura, *Antropología médica crítica*, «Revista de Antropología Social», 14, pp. 7-13.
- Pandolfi, M., 2003, *Le arene politiche del corpo*, «Antropologia», 3, 3, pp. 141-151.
- Pizza, G., 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.
- Potere psichiatrico e biopolitica*, 2005, Atti del convegno “Il soggetto che non c'è / Le sujet qui n'est pas. Michel Foucault 1984-2004”, Trieste, 5-6 novembre 2004, «Rivista Sperimentale di Freniatria. La rivista della salute mentale», vol. CXXIX, n. 3, supplemento.

- Taussig, M., 1992, *The Nervous System*, New York, Routledge.
- Taussig, M., 1999, *Defacement. Public Secrecy and the Labor of the Negative*, Stanford, Stanford University Press.
- Virno, P., 2005, *Motto di spirito e azione innovativa. Per una logica del cambiamento*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Young, A., 1995, *Reasons and Causes for Post-Traumatic Stress Disorder*, «Transcultural Research Review», 32, pp. 287-298.
- Young, A., 1997, *Modi del ragionare e antropologia della medicina*, «AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica», 3-4, pp. 11-27.