

QUADERNI DI MEDICINA DEL LAVORO
ERGONOMIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE

6

Direttore

Marcello IMBRIANI
Università degli Studi di Pavia

Comitato scientifico

Pietro APOSTOLI
Università degli Studi di Brescia

Giacomo BAZZINI
Istituto Scientifico di Riabilitazione Fondazione “Salvatore Maugeri”

Fabio BUZZI
Università degli Studi di Pavia

Carlo Francesco CALTAGIRONE
Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

Enrico PAGGI
Istituto Scientifico di Riabilitazione Fondazione “Salvatore Maugeri”

Gabriele PELISSERO
Università degli Studi di Pavia

Alfredo RAGLIO
Università degli Studi di Pavia

QUADERNI DI MEDICINA DEL LAVORO ERGONOMIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE

I “Quaderni di Medicina del Lavoro, Ergonomia e Terapia occupazionale” vogliono portare un contributo, non solo per gli specialisti del settore o di altre discipline, ma anche per il medico di base, affinché si possa prestare costantemente attenzione alle possibili inferenze del lavoro sulla salute dell’individuo. In questo modo si potrà agire su un livello di prevenzione primaria attraverso mezzi tecnici sui fattori di rischio e sull’organizzazione sociale–produttiva attraverso apposite norme che devono rendere compatibili tra loro produzione e tutela della salute. La complessità dei rapporti tra salute e lavoro ha reso necessario lo sviluppo di competenze che hanno acquistato dignità di specializzazioni afferenti all’area della Medicina del Lavoro (Igiene Industriale, Psicologia del Lavoro, Epidemiologia).

All’interno della collana particolare rilievo sarà dato ad argomenti di “Ergonomia”, disciplina intesa come metodologia di analisi e progettazione, che consente di costruire, gestire e migliorare situazioni ed esperienze che influiscono sulla percezione delle persone riguardo la soddisfazione complessiva dei loro bisogni e desideri. Saranno trattati inoltre, argomenti di “Terapia occupazionale”, una disciplina riabilitativa che si occupa dell’apprendimento e del riapprendimento, in condizioni patologiche, delle attività della vita quotidiana e che si prefigge come obiettivo principale il massimo recupero dell’autonomia e dell’indipendenza, finalizzato al massimo grado di integrazione familiare, sociale e lavorativa del soggetto disabile. Ulteriori interessi della collana saranno i temi legati agli aspetti medico–legali, all’igiene ambientale e all’economia sanitaria; l’importanza di quest’ultima nel campo della Medicina del Lavoro è sempre più evidente.

Hermann Simon

Il lavoro rende liberi?

Dall'ergoterapia all'Istituzione inventata
Seconda edizione

a cura di
Lorenzo Toresini





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXX
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-3156-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

II edizione: Aracne editrice, giugno 2020
I edizione: sapere 2000, gennaio 1990

Il viaggio non durò che una ventina di minuti.
Poi l'autocarro si è fermato, e si è vista una grande porta,
e sopra una scritta vivamente illuminata
(il suo ricordo ancora mi percuote nei segni):
Arbert Macht Frei, il lavoro rende liberi

P. LEVI, *Se questo è un uomo*

Indice

II *Introduzione*
Lorenzo Toresini

25 *Biografia di Hermann Simon*

Hermann Simon

Trattamento più attivo del paziente nell'istituzione psichiatrica

Traduzione di Lorenzo Toresini

33 *Parte I. Per la terapia del lavoro*

33 *Introduzione*

75 *Parte II. Per la psicoterapia delle malattie mentali: esperienze e riflessioni di uno psichiatra pratico*

La trasformazione del lavoro nella trasformazione dell'istituzione

Interviste di Lorenzo Toresini

con la collaborazione di Michael Köhlert e Andrea Michelazzi

175 *Intervista a Danilo Sedmak*

183 *Intervista a Ferluga e Fragiacomò*

193 *Intervista a Nerina Russo*

199 *Intervista a Lucio Damiani*

203 *Intervista a Ortolani*

207 *Intervista a Sandro Guglia*

219 *Intervista a Franco Rotelli*

Introduzione

LORENZO TORESINI

Innanzitutto: perché oggi ripubblicare un saggio sul lavoro nelle istituzioni e nei servizi psichiatrici? In realtà si ritiene che il tema, nonostante siano trascorsi 93 anni dalla pubblicazione del libro di Simon (1927), 42 anni dalla legge 180, la legge che sancì la chiusura dei manicomi, e trenta anni dalla prima edizione di questo libro, sia tuttora attuale. Può sembrare infatti un paradosso l'interesse per un problema che si potrebbe considerare risolto, anzi si dovrebbe, con l'abolizione dei manicomi. Può sembrare un anacronismo, e un'esercitazione accademica, la riesumazione di un libro del 1927, sia pure di un autore inedito nel nostro Paese, considerato il papa dell'ergoterapia, di una pratica cioè profondamente connaturata e consostanziale alla struttura e alla cultura stessa del manicomio. Un libro che oggi rischia ancora di prestare intensamente il fianco a una lettura acritica e agiografica di manicomio, di lavoro, di una certa pedagogia istituzionale non priva di suggestioni e, come vedremo, di un certo senso, sia pure profondamente discutibile e da discutere.

Ritengo viceversa che il tema del lavoro rappresenti ancora una sfida; una sfida alle nostre capacità di critica e di discriminazione anche sottile fra ciò che può considerarsi superato ed ha un valore puramente storico, e ciò che di ancora attuale ci può essere nel passato. Per esempio per quanto riguarda il problema lavoro, quanto ci può essere di dimenticato e eventualmente da rivalutare, di fronte alla concezione terapeutica oggi ampiamente diffusa nei servizi fondata sul modello farmacologico e, al massimo, psicologico, e quindi, come tale, "debole".

Una sfida che forse non siamo ancora in grado di accogliere appieno, nello sviluppo del pensiero del nostro movimento, tale è la complessità dei temi che la sottendono. Tuttavia è anche vero che un pensiero deve prima o poi iniziare ad esprimersi, se vuole arricchirsi di quegli scambi, stimoli e nuovi sviluppi, senza i quali è condannato inevitabilmente ad isterilirsi e a morire soffocato sul nascere.

Una sfida su cui si misurano le capacità del movimento di crescere, di superare contrapposizioni riduttive e giovanili fra vecchio e nuovo, di inserirsi in una dimensione storica di più ampio respiro e di più lunga gittata. Una sfida ancora alle nostre capacità di gestire temi di cui la storia non ha

fatto ancora completamente giustizia, e almeno non in maniera così ovvia e così estensiva.

Probabilmente molte persone che leggeranno il testo di Simon saranno ancor oggi indotte a prendere semplicemente per buona l'efficacia dell'ergoterapia, e con essa di un certo modo di gestire il manicomio: all'insegna della calma, del rispetto, dell'alacrità serena e della produttività, risultati questi peraltro innegabili di un modello ergoterapico estensivo alla Simon, capace inoltre di ridurre la dipendenza dell'Istituzione dalla spesa pubblica. In fondo sono passati soltanto sessant'anni–novant'anni, e ce ne vorranno almeno altrettanti prima che il libro di Simon possa venir letto con lo stesso distacco e obiettività con cui oggi si leggono per esempio Lombroso e Moebius.

Perché dunque un libro sul lavoro in psichiatria? Per vari motivi. Vediamoli.

Ritorno al manicomio come punto di riferimento di una lotta, di una riflessione e di un impegno

Innanzitutto crediamo nella necessità oggi, paradossalmente, di un ritorno al manicomio come parametro su cui iniziare, praticamente, politicamente e idealmente, il nostro impegno e il nostro intervento. Primo perché, I MANICOMI ESISTONO, perché solo l'Italia ha avuto la legge 180. E perché con i manicomi esiste ancora l'ergoterapia, assieme a tutti gli altri corollari "necessari" del manicomio: isolamento, contenzione, shock e via dicendo. Questi ultimi tre parametri sopravvivono ancora nella stragrande maggioranza dei Servizi di Salute Mentale di oggi. I manicomi sopravvivendo continuano a legittimare con tutta la carica del loro esistere una certa immagine inquinante e contagiante della follia, avendo essi paradossalmente subito un progressivo abbandono.

L'esperienza della lotta al manicomio dentro al manicomio e la trasformazione istituzionale costituì a suo tempo LA MIGLIORE FORMAZIONE per un operatore del territorio che necessiti e intenda creare e disporre di un servizio "forte", capace cioè di rispondere realmente al bisogno psichiatrico. Riproponiamo qui un ritorno alla riflessione su quanto rappresentasse il manicomio, perché riteniamo la deistituzionalizzazione rappresentare la pratica terapeutica più ampia e più completa di quella matassa e di quel groviglio di sofferenze che è la malattia. Per cui deistituzionalizzazione il manicomio alla fine è deistituzionalizzare la malattia. Per noi deistituzionalizzare consiste nell'intervento su più piani contemporaneamente (l'ambiente, la famiglia, la contrattualità sociale ed economica, il lavoro, il tempo libero, il ricovero, l'emancipazione del sé, il farmaco, l'interazione interindividuale, l'intervento di gruppo), piani a loro volta interagenti fra di loro. In fondo la psicoterapia istituzionale di Simon, o "Terapia più attiva

nel manicomio” includeva questi aspetti di pedagogia sociale e quest’accezione più ampia dell’intervento e della competenza medico-psichiatrica, rappresentato appunto dalla pratica del lavoro.

Il confronto con gli operatori e le équipes territoriali che non hanno al loro attivo un’esperienza di lotta e di superamento istituzionale, e che non includono nella loro pratica né la lotta alla gestione ospedaliera dell’acuzie territoriale (continuando a delegare tale acuzie all’SPDC) né l’assistenza attiva degli ex luogodegenti sul territorio, ci consente di comprendere in maniera significativa l’importanza della continuità fra esperienza di lotta nel manicomio e sul territorio. La verifica sta nell’emergenza di un bisogno di “qualificazione” in senso tecnologico proprio in quelle équipes di servizi che, impoverite dalla mancanza di un confronto cogente e quotidiano con il “difficile” e con il “tutto” (dal momento che hanno delegato tutto quello che è “problematico” all’ospedale, o peggio, all’OPG¹), non trovano di meglio che indirizzarsi verso terreni falsi di ridefinizione tecnocratico-ideologica del proprio problema. È una posizione, quella di chi non è riuscito a utilizzare nel territorio la ricchezza derivante dall’esperienza della trasformazione istituzionale, ben riassunta da queste parole:

Si offre la risposta terapeutica più scadente e più somigliante al vecchio modello assistenziale medico-mutualistico. [...] il timore che le profonde innovazioni che hanno interessato il mondo della psichiatria e il suo assetto istituzionale dall’inizio degli anni ’60 (le lotte antistituzionali in alcuni manicomi, le prime esperienze di psichiatria territoriale, la nuova legge psichiatrica ecc.) abbiano inevitabilmente finito per coinvolgere moltissimi operatori e per indurre cambiamenti nella cultura psichiatrica tradizionale, senza tuttavia favorire un riassetto accettabile del livello tecnico dell’assistenza.²

È ben vero che siamo di fronte al rischio diffuso della dispersione del patrimonio culturale acquisito con le esperienze di lotta e trasformazione istituzionale, ma non certo a causa del riassetto del livello tecnico dell’assistenza, quanto piuttosto a causa dell’abbandono del terreno di lotta che, nel territorio, trova una continuità concettuale e pratica ben precisa con la lotta, l’individuazione, lo smantellamento dei meccanismi istituzionali. Ed è proprio in questa perdita di qualità che in molte pratiche territoriali risiede evidentemente la dequalificazione anche tecnica.

Dequalificazione come conseguenza, quindi, non come causa a priori, di cui si debba trovare una soluzione al di fuori delle esigenze concrete dell’utenza reale, non selezionata.

Necessita dunque un ritorno ad un’analisi e ad un impegno sulla struttura e sui meccanismi istituzionali. Ma non vi può essere analisi efficace

1. Oggi REMS.

2. F. ASIOLI, «Sapere», n. 833 novembre 1980.

senza lotta ed impegno pratico. Venendo a mancare questi viene a mancare quella formazione nelle capacità di intervento, su quei rapporti e sui quei meccanismi che sono la base e l'identità stessa del mondo manicomiale. Tali meccanismi e rapporti si ripresentano poi, diluiti, variamente modellati, con gradi diversi di fissazione, ma sempre sostanzialmente gli stessi, sul territorio, informando in maniera diversamente variegata le aggregazioni del vivere collettivo.

Tutte queste considerazioni ci riconfermano nella convinzione che molti dei recenti accadimenti collegati con le difficoltà di applicazione della 180 sono da ascrivere al mancato superamento del manicomio: come logica, come realtà ad alta carica inquinante, come carenza di riflessione teorica e pratica sui meccanismi più profondi ed esistenziali del manicomio. Mancato superamento come mancata identificazione di quei meccanismi che sono gli stessi che informano in maniera diversa tutte le aggregazioni del vivere collettivo, e che alla fine costituiscono i serbatoi di "pato-genesi" dell'utenza psichiatrica.

Il terzo motivo che ci convince sull'opportunità di "tornare al manicomio" si collega agli innumerevoli segnali provenienti dalla più grande parte delle situazioni nazionali, che ci dimostrano come l'applicazione della legge 180-833 del '78 sia stata semplicemente stravolta, *CAPOVOLGENDONE ESATTAMENTE LO SPIRITO, CHE VEDE IL TERRITORIO COME L'ASSE PORTANTE DELLA PRATICA DEI SERVIZI*, e il momento ospedaliero (SPDC) come eccezione a cui ricorrere solo se inevitabile e in mancanza di migliori possibilità organizzative di risposta e comunque come fatto eccezionale. Da cui ne consegue che la pratica dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura non finisce altro che per essere una pura e semplice riproduzione di una pratica manicomiale, soltanto deportata da un ospedale ad un altro. Contenzione meccanica, porte chiuse, vetri blindati, farmaci usati ad altissimi dosaggi (siamo pur sempre in ospedale!), luogo puro e semplice di raccolta dei TSO, senza alcuno sforzo di gestione del TSO stesso in luogo alternativo all'SPDC, e tanto meno di gestione alternativa al TSO, di gestione preventiva delle tensioni, delle condizioni e delle situazioni che preludono al TSO, come propone/prescrive la legge. Rileggiamo un attimo l'articolo 34 della 833 del 23.12.1978: «Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che *LE CURE VENGANO PRESTATE IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA SOLO SE ESISTANO alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici*» (non significa questo forse, che, ove le condizioni oggettive-organizzative lo consentano, il TSO può anche essere gestito in un luogo diverso dell'SPDC?) «*SE GLI STESSI NON VENGANO ACCETTATI DALL'INFERMO E SE NON VI SIANO LE CONDIZIONI E LE CIRCOSTANZE CHE CONSENTANO DI ADOTTARE TEMPESTIVE ED IDONEE MISURE SANITARIE EXTRA-OSPEDALIERE*».

E poi:

GLI ACCERTAMENTI E I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI DEVONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA INIZIATIVE RIVOLTE AD ASSICURARE IL CONSENSO E LA PARTECIPAZIONE DA PARTE DI CHI VI È OBBLIGATO.

Consenso e partecipazione che evidentemente toglierebbero ogni ragion d'essere al provvedimento di obbligatorietà.

Un quarto motivo di ritorno — si fa evidentemente per dire — al manicomio scaturisce dall'imminenza (degli anni '90) del dibattito parlamentare sulla 180 e dalla constatazione della povertà e della riluttività con cui essa è stata applicata sul territorio nazionale, cioè quasi esclusivamente sull'SPDC. Vale a dire in un'accezione riduttivamente medica, rinunciando a tutto quello strumentario dotato di potenzialità terapeutiche che corrisponde ad un'accezione ben più estensiva della psichiatria e della medicina, di cui il lavoro costituisce certamente uno dei capisaldi, e di cui il manicomio in fondo anche si dotava, sia pure con modalità e all'interno di una logica assolutamente non condivisibile. Perché il lavoro non può prescindere dal libero scambio fra prestazione e retribuzione, anche e soprattutto se si vuole che esso funga da supporto terapeutico. Ecco che l'azione terapeutica finisce per occupare uno spazio che richiede una mentalità e un'impostazione manageriale della “cosa pubblica psichiatrica”.

In fondo anche H. Simon era un manager, un grande organizzatore dell'ospedale, che egli trasformò in una grande officina dove c'era lavoro per tutti. Dirà di sé di non essere un grande estimatore degli psicologi, né delle grandi sistematiche teoriche: una concezione terapeutica ben più estensiva (“forte”) dell'accezione riduttiva (“debole”) del modello mutuato da quello psicoterapico di privatistica memoria. Oggi possiamo individuare una continuità storica di una visione manageriale dell'azione terapeutica nella sua accezione più estensiva, che discende da uno sforzo storico del recupero di certe finalità pedagogiche che in origine furono fondanti per l'istituzione psichiatrica. Una continuità storica che trae le sue radici nella vecchia “terapia morale”, passa per l'“ergoterapia” (vista come una sorta di pedagogia sociale), fino alla nostra “riabilitazione istituzionale” (con la reintroduzione e la promozione della pratica degli scambi fra tutti i membri dell'istituzione) e fino all'inserimento nel mondo contrattuale e nel mercato del lavoro (cooperative finalizzate).

Si tratta sempre comunque di una visione che risponde alla concezione dell'agire terapeutico come intervento su e trasformazione di uno scenario, di un intervento sui rapporti e sulla situazione (come per esempio l'apertura di una porta di un reparto, cori tutte le implicazioni che tale gesto comporta sulla presa in carico e la trasformazione del microambiente istituzionale),

più che direttamente sui vissuti e le emozioni dei pazienti come individui. Un intervento sull'essere, nei suoi rapporti e nella sua "situazione", più che sulla malattia.

È un filone che in fondo riconosce una continuità anche in un capovolgimento di rapporti fra teoria e prassi, dove al posto della sequenza teoria-prassi, sequenza che espone a rischi immediati di ideologizzazione, per esempio come nella concezione che subordina l'intervento terapeutico alla definizione diagnostica, si sostituisce la sequenza "prassi-teoria-prassi", dove la teoria è lo sforzo di astrazione e di concettualizzazione di un accadere di trasformazione, che funge a sua volta da verifica di questo accadere e da premessa per l'elaborazione di una successiva prassi di trasformazione.

Da questo punto di vista Simon si pone, con il suo rifiuto peraltro un po' viscerale di psicologi e di sistematiche teoriche, al pari di Pinel come autentico psichiatra istituzionale, come "operatore pratico" (R. Castel), come manager dell'azienda terapeutica.

Il lavoro nelle istituzioni totali è un circuito logico di autovalidazione

Ritorno al manicomio sì, ma anche per approfondire la critica, spazzata via forse un po' affrettatamente dalla 180 e da una sua applicazione ancora più frettolosa e superficiale.

Abbiamo visto dunque come il manicomio considerasse uno strumentario terapeutico ben più ampio di quello degli SPDC e dei CIM come semplici ambulatori, luoghi dell'applicazione della 180 nella sua accezione più riduttiva, e come all'interno di questo strumentario avesse larga parte proprio il lavoro. Dunque il lavoro rientrava totalmente in una concezione medico-terapeutica. Vedremo come Simon riuniva tutto il personale alla riunione del mattino per la verifica quotidiana dell'inserimento lavorativo dei malati nelle diverse colonne e nelle diverse attività in cui l'ergoterapia e tutto l'ospedale si declinava. Una verifica di una vera e propria somministrazione della terapia-lavoro puntuale e personalizzata, a seconda di comportamenti, progressi e peggioramenti dei diversi pazienti. Il rientro d'altronde del lavoro nell'ideologia terapeutica costituiva il motivo e la legittimazione della concezione di tale attività come di una prestazione che, per il suo stesso carattere terapeutico, prevedeva che la retribuzione avvenisse innanzitutto in termini di EFFETTO CURATIVO immediato.

Un contributo simbolico poteva accompagnare generalmente il compenso reale che però FONDAMENTALMENTE IMPLICITO NEL DATO TERAPEUTICO ed in esso sostanzialmente si esaurisce. Contributo simbolico di cui tuttavia si evita con cura che assuma la forma di denaro corrente. Tipico dei manicomi è per esempio il compenso in sigarette (dell'ordine di qualche pacchetto

per una settimana di lavoro!!!). A Trieste, come vedremo, fino a non molto tempo prima di Basaglia era in uso una piastra metallica che fungeva da moneta interna di scambio (bar, sigarette, ecc.) e da compenso per i degenti lavoratori. L'esorcizzazione della realtà libero-scambista del mondo esterno era spinta fino in fondo, come se si fosse trattato di un'immoralità o di un disordine antiterapeutico. Simon dirà: «Di rado ci si imbatte nell'obiezione che non si lavora senza remunerazione. Se emerge questo problema si chiarisce razionalmente al malato che l'attività è necessaria per il buon mantenimento delle sue capacità lavorative, e che comunque essa è nel suo interesse».

Il lavoro dunque è una terapia, e come tale non va e non può andare retribuito, nella concezione ergoterapica, ma alla fine risulta indispensabile all'automantenimento dell'istituzione, la quale a sua volta ha bisogno dei suoi malati e delle loro prestazioni lavorative.

Si tratta in fondo di uno di quei circuiti logici perversi su cui si fondava il manicomio, simile e parallelo per esempio a quello con cui la malattia istituzionalizzata si caricava e aggravava della stessa istituzionalizzazione, aggravamento che confermava e comunemente legittimava l'esistenza dell'istituzione stessa. Ecco che approfondire, decodificare il problema lavoro equivale ad approfondire lo smontaggio culturale della psichiatria istituzionale, perché in ultima analisi istituzione totale ed ergoterapia sono strettamente intrecciate e si convalidano l'un l'altra.

Il problema a questo punto è e si sposta su cosa tale autolegittimazione crociata serva a nascondere. Hermann Simon descrive molto puntualmente, quasi "candidamente", come "negli anni della fame", il primo dopoguerra, a Warstein, il primo manicomio dove egli sperimentò e mise in pratica la sua concezione dell'ergoterapia, i ricoveri fossero contratti per motivi di ordine congiunturale generale. È un'ammissione che collegando immediatamente l'epidemiologia clinica alla situazione economica allargata, getta una luce significativa su ciò che in fondo l'autolegittimazione dell'ergoterapia cerchi di coprire.

L'irrazionale produttivo che la psichiatria pretendeva di reperire e dimostrare unicamente all'interno dell'individuo, e ritrovandone le basi nella "follia" e nello scadimento delle capacità prestazionali dell'individuo stesso, in realtà si fonda in buona parte oggettivamente nell'irrazionale del "fuori", nella sragione cioè del sistema produttivo e del mercato del lavoro, che semplicemente non prevede che ci sia posto per tutti.

Negli "anni della fame" di Simon evidentemente non vi era un problema di sottoccupazione, e non c'era motivo di non utilizzare le forze lavoro nella Germania che si avviava alla ricostruzione.

Se dunque il manicomio è lo spazio della sragione, e se esso era destinato alla nota funzione protettiva e di legittimazione della ragione, e se

tale spazio infine era diventato il regno della sragione improduttiva, dato che non si produceva niente (“clinoterapia”, “inerzia”, “pensieri inutili”, “bighellonaggio”), una contraddizione come quella di uno spazio all’interno del quale fosse consentito di non lavorare non poteva permanere a lungo senza generare grave scandalo. Da qui il senso del lavoro obbligatorio nell’istituzione, come ulteriore sforzo di razionalizzare quanto di irrazionale è ancora rimasto (Dörner): la follia e il manicomio. «Tutto il trattamento deve partire dallo sforzo di reintrodurre la logica dei sani nella loro vita e nel loro mondo interiore. . . » (Simon). Ecco dunque cosa copre il circuito (cortocircuito) logico perverso che tiene insieme ergoterapia e istituzione totale.

Non dobbiamo tuttavia dimenticare che la speculazione che ha consentito lo svelamento di questo intreccio di autovalidazione è consentito e si è fondato su una pratica, cioè sulla rottura della logica istituzionale chiusa e sulla riflessione consentita da tale pratica. Ed è per questo che sosteniamo, a 40 anni dalla legge 180, di riproporre tale ricchezza di analisi a partire dal lavoro e dal manicomio, e dal loro superamento, senza i quali si rischia di ripartire da zero trovandosi negli SPDC e nei CIM più poveri che mai, senza sapere da dove si proviene e tanto meno dove ci si vuole dirigere.

La pratica di smantellamento manicomiale ci ha portato a toccare con mano come il malato, già ridotto nella sua dimensione clinica e nella sua specificità, via via recuperata dal suo isolamento rispetto al mondo della comunicazione e dello scambio, riabilitato nella sua contrattualità sociale come l’attribuzione di una soggettività economica (sussidio, pensione, lavoro), la cui natura assistenziale dovrebbe essere solo provvisoria³, alla fine di questo percorso si trova a confrontarsi con quel messaggio di indisponibilità nei suoi confronti da parte del mondo produttivo, che è il messaggio originario che lo ha instradato nella carriera dell’emarginazione, al termine della quale egli è approdato per la prima volta in manicomio⁴.

Ecco dunque come la rottura radicale con l’istituzione fa collassare tutto il castello ideologico che sostiene la pratica del “lavoro nell’istituzione: l’ergoterapia”. Di un lavoro non richiesto dalla ragione sociale, per una riabilitazione al lavoro che è falsa perché non trova sbocco nel mondo, di una terapeuticità quindi irrazionale rispetto alla ragione del mondo, che è

3. Comunque rappresenta una razionalizzazione rispetto al peso economico dell’assistenza 24 ore. “Indagine conoscitiva comparata sui costi nelle quattro province del Friuli-V. Giulia”. TORESINI L. e TREBICIANI M., *Fogli d’informazione*, 1968.

4. Nel 1973 il tasso d’incremento degli investimenti nei settori dell’agricoltura e dell’industria fu dell’8,9%. Nello stesso anno la base produttiva si è ristretta dell’1,01%, e nell’anno successivo è aumentata solo dello 0,27%. Nel 1974, poi il tasso di incremento degli investimenti è stato del 5,36%, mentre la base produttiva nell’anno successivo è diminuita addirittura dell’1,62%. Nel 1975 c’è stato un crollo nel tasso di variazione degli investimenti (-17,8%). La base produttiva nell’anno successivo, cioè nel 1976, è rimasta pressoché invariata, diminuendo solo dello 0,38%.

finalizzata all'automantenimento e all'autoriproduzione della segregazione a costi fra l'altro oramai non più accessibili, ed è razionale rispetto a un criterio eminentemente etico, tagliato quindi sulle aspettative del "fuori" più che sui bisogni di chi sta "dentro".

Cultura manicomiale e divisione del lavoro

[...] il bottone che si preme è sempre bello e bianco, e quel che succede all'altra estremità del filo riguarda altra gente, che a sua volta non preme bottoni a titolo personale. Le pare orribile? In questo modo facciamo morire e vegetare migliaia di creature, smuoviamo montagne di dolore, eppure concludiamo anche qualcosa! Starei quasi per affermare che in ciò, nella forma di divisione sociale del lavoro, non si esprime altro che l'antica dicotomia della coscienza umana in scopo giusto e mezzi tollerati, quantunque in modo grandioso e pericoloso.⁵

Si diceva poc'anzi come l'autovalidazione dell'ergoterapia nell'istituzione coprisse l'intreccio fra lavoro e psichiatria.

È sorprendente l'analogia fra il modello dell'organizzazione del lavoro nel manicomio-officina e quella tayloristica nella fabbrica in via di modernizzazione. Citiamo qui alcuni brani presi a prestito dal libro di Simon contenuto in questo volume, e al libro di F.W. Taylor del 1910⁶, nel quale questo ingegnere e imprenditore industriale, noto come l'inventore della catena di montaggio, descrive e teorizza con accuratezza la razionalizzazione e la divisione del lavoro in officina. È un'analogia sicuramente non casuale, data anche la continuità cronologica (Taylor 1910-Simon1914)

Chi scrive non pensa affatto di consigliare l'uso di un lavoratore a salario elevato per fare un lavoro che potrebbe essere compiuto da un manovale qualificato o da un operaio con paga inferiore. Chi potrebbe pensare di servirsi di un bel trotatore per trainare un carro da droghiere? Altrettanto non si dovrebbe permettere a un meccanico specializzato di fare un lavoro che potrebbe essere eseguito da un manovale qualificato.

Sembrirebbe quindi dovere degli imprenditori, sia nel loro interesse che in quello dei loro dipendenti, provvedere che ciascun lavoratore sia incluso, per quanto possibile, nella categoria di lavoro più elevata alla quale egli sia atto per intelligenza e fisico (Taylor, p. 16).

La necessità da un lato di non sovraccaricare le forze e le capacità ancora disponibili del malato, dall'altra di mantenersi prossimi al livello superiore delle sue capacità, determina la necessità di una ATTENTA INDIVIDUAZIONE di tutta la terapia occupazionale. In ciò risiede uno dei compiti più importanti e spesso anche dei più difficili per il medico alienista.

5. R. MUSIL, *L'uomo senza qualità*, Einaudi, p. 619.

6. F.W. TAYLOR, *L'organizzazione scientifica del lavoro*, Ediz. di Comunità, Milano, 1952.

Questo sforzo di condurre ogni malato a livelli prestazionali sempre più elevati ricorda un po' l'organizzazione della scuola, dove gli scolari sono divisi fra i diversi livelli secondo i loro progressi e le loro capacità. Al livello scolastico più basso si trovano gli eccitati, i confusi, gli handicappati gravi e i cretini, dei quali non si può parlare di una seppure modesta autonomia; ai livelli superiori i più ordinati, capaci di lavorare in piena autonomia e in nulla inferiori come prestazioni mentali. Il passo successivo a questo livello è quello nella totale libertà che esita nella dimissione in esperimento (Simon, p. 27).

In ogni stabilimento si dovrebbe fare in modo:

- a) che ogni operaio sia assegnato, per quanto possibile, alla più alta categoria di lavoro alla quale abilità e fisico lo rendano idoneo;
- b) che ad ogni operaio si richieda di fornire la massima quantità di lavoro che un operaio di prim'ordine della sua categoria può eseguire senza danno per la sua salute;
- c) che ogni operaio, quando lavora al rendimento massimo di un operaio di prim'ordine, venga pagato dal 30 al 100% più della media della sua categoria.

Con l'applicazione di questo sistema chi scrive ha visto molti lavoratori, che altrimenti sarebbero rimasti operai mediocri per tutta la vita, divenire invece eccellenti. (Taylor, p. 27)

È rimarchevole notare come l'ingegnere si sia fatto psicologo, sia pure psicologo del lavoro, e lo psichiatra si sia fatto ingegnere, al punto fra l'altro di progettare e inventare di persona macchine ad hoc per l'officina-manicomio (Simon-biografia). Siamo all'inizio del XX secolo, ed evidentemente le esigenze della produzione e del governo del mondo imprenditoriale scoprono la necessità di introdurre strumenti derivati dalle scienze sociali. Nulla di più naturale del fatto che le agenzie del controllo sociale scoprono e adattino ai propri scopi le tecniche della gestione e della razionalizzazione del mondo imprenditoriale. Ciò che sorprende invece è il fatto che tutto questo patrimonio e questo sforzo in fondo di modernità con un suo valore contingente nel contesto storico sia andato successivamente completamente sperperato (per esempio a seguito della "grande illusione" della clinica e della psicofarmacologica) invece di subire un'evoluzione e una progressiva crescita al mutamento dei tempi e delle esperienze.

Infatti non crediamo che l'intimo connubio fra psichiatria istituzionale e divisione del lavoro possa semplicemente essere eliminato, abolito così come non ha senso parlare di eliminare la divisione del lavoro. Ha molto più senso invece immaginare ed operare uno spostamento progressivo ma reale dei termini di tale connubio: da un'accezione clinica repressiva e riduttiva del lavoro come strumento terapeutico, ad un'accezione aperta, potenzialmente ristrutturante, implicante il rischio di vita e rappresentante una reale risorsa per la reintegrazione nel mondo della produzione e degli scambi per la produzione e riproduzione di soggettività.