

UN MOVIMENTO PLURALE E SIGNIFICATIVO

di Francesco Piro

Il tema della rilevanza filosofica delle psichiatrie alternative (e, in particolare di quella italiana) può ricevere diverse linee di lettura. Lo si può trattare partendo dalla dichiarata origine filosofica di molti degli approcci che ispirano la critica dell'istituzione e delle prassi manicomiali da parte degli psichiatri e che permettono loro di ripensare i rapporti tra il medico e il paziente. Lo si può trattare riconoscendo che filosofica è la questione stessa intorno a che cosa possa significare il binomio malattia/salute nel caso di ciò che continua ad essere chiamato il “mentale” (malattia mentale, salute mentale...). Lo si può infine trattare ponendosi dal punto di vista di una riflessione filosofico-politica sulle ragioni per cui nel corso degli anni '60 e '70 le istituzioni manicomiali divennero il centro di un'accanita discussione pubblica che si estese a temi come la natura della scienza psichiatrica o i diritti dei malati di mente (e di tutti i malati in genere), per poi acquietarsi come se si fosse trattato di una semplice moda, ma lasciando insoddisfazioni profonde e il dubbio se quello che è venuto dopo sia all'altezza di quello che si cercava.

Per affrontare tutti questi temi ci vorrebbe un libro o una serie di libri. Questo numero di P.O.I. si concentra, direi, soprattutto sul rapporto con l'oggi. Protagonista implicito ne è il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, meglio conosciuto come DSM, nelle sue varie edizioni e soprattutto nell'ultima, la quinta. All'ideologia che lo ispira, al modo in cui tale manuale costruisce l'immagine del paziente psichiatrico e il ruolo dello psichiatra diagnosticante, sono dedicati *ex professo* i saggi di Grisolia e di Viviano. Il saggio di Bergamaschi affronta sì il tema dell'antipsichiatria e della sua parabola (in particolare dell'antipsichiatria anglo-americana: Szasz), ma per mostrare come essa abbia contribuito a produrre la mentalità neoliberale e tecnicistica che oggi sarebbe dominante, con una forte critica nei

confronti di quel paradigma. I saggi di Drago, Pulli, Di Adamo, ritornano su Basaglia (e meritoriamente anche su altri psichiatri alternativi italiani), ma proprio per ridarci una prospettiva, delle risorse di senso e delle strategie per affrontare “l’epoca del DSM-5”, come scrive Di Adamo. Ovviamente i due temi si incrociano, ma è sano che dalla prospettiva di una rivista si privilegi l’oggi. Mi limiterò perciò a qualche considerazione introduttiva e integrativa di sapore storico, fruttando un mio piccolo privilegio e cioè quello di essere l’erede della biblioteca personale di uno dei protagonisti, Sergio Piro, privilegio che conto di sfruttare più ampiamente altrove¹.

In primo luogo, perché parlare di “psichiatrie alternative” (al plurale) e non di “anti-psichiatria”? Non devo soffermarmi molto su questo perché già molti interventi sottolineano che, se per “anti-psichiatria” si intende la teoria che nega l’esistenza della malattia mentale vedendola semplicemente come un costrutto ideologico, si può negare che essa sia stata una durevole presenza nel panorama italiano. Che buona parte dei ricoverati in manicomio fossero effettivamente “devianti sociali” senza nessuna patologia psichica è un fatto semplicemente vero. Ma questo elemento, fondamentale per la decisione di scardinare e distruggere il manicomio, non comporta di per sé la negazione della “malattia mentale”. Il punto centrale fu invece la scelta di considerare *in ogni caso* il paziente o degente come soggetto, come *partner relazionale* con il quale si può intrattenere una relazione diversa da quella di sorveglianza e reclusione. E questa è la scelta che viene di solito giustificata ricorrendo a una filosofia che aiuti a capire che cosa significhi l’essere soggetti.

¹ Per una descrizione più accurata di ciò che essa contiene, rinvio alla breve nota *La biblioteca di casa Piro* che conclude il libro AA. VV., *Sergio Piro. Maestri e allievi*, Napoli, Editoriale scientifica 2014. Ne discuterò ancora nel mio contributo a un libro che potrebbe essere tra quelli che aiutano a capire meglio le varie facce della questione del “dopo Basaglia”: *La sfida del dopo Basaglia. L’enigma della salute mentale tra fenomenologia e psichiatria*, a cura di D. Calabrò, L. Ferrara, F. Piro, Mimesis, in corso di stampa.

Se si guarda al periodo che precede il 1968, ci si accorge che questa decisione nasce da storie simili tra loro². In diversi casi significativi, il giovane psichiatra, che ha una formazione e ambizioni universitarie, viene progressivamente messo a lato dall'istituzione universitaria proprio perché ha interessi che non collimano con l'immagine dello psichiatra come scienziato. A questo punto, sceglie una carriera ritenuta all'epoca poco brillante e poco interessante: quella di medico (o di direttore) di ospedale psichiatrico. È quello che capita notoriamente a Basaglia (che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia)³. Ma accade anche a Sergio Piro (che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico Materdomini di Nocera Superiore)⁴. Ed accade anche ad altri meno conosciuti, come Gastone Maccagnani che diviene direttore dell'ospedale psichiatrico "L. Lolli" di Imola e morirà nel 1969 dopo un duro scontro con l'amministrazione (comunista) della provincia di Bologna che controlla l'ospedale e non vuole esperimenti⁵. Solo per

² Il libro migliore su queste vicende, l'unico che guardi con eguale attenzione all'intero panorama nazionale, è quello di V. P. BABINI, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009, in particolare pp. 177-292.

³ Vedi M. COLUCCI, P. DI VITTORIO, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, Milano 2001, pp. 9-74. Questa biografia valorizza molto la formazione filosofica di Basaglia.

⁴ L'analisi più completa della vita e delle dottrine di Sergio Piro è quella di A. MANCINI, *Le dimensioni dell'accadere. Introduzione a Sergio Piro*, Napoli, ESI 1998. Ma molto materiale integrativo, soprattutto sulla figura politica, si trova nel libro-intervista curato da C. CARRINO, *Quando ho i soldi mi compro un pianoforte. Conversazioni con un protagonista della psichiatria del Novecento*, Napoli, Liguori 2010; nella raccolta di saggi *Sergio Piro. Maestri e allievi*, già citata. Infine, all'interno di uno studio sull'intera vicenda della psichiatria in Campania, T. CAPACCHIONE, *Primavera 180. Le lotte e le esperienze psichiatriche alternative in Campania e nella stampa quotidiana*, Roma, Sensibili alle foglie 2018.

⁵ Ricordato da Babini per il suo laboratorio di psicopatologia dell'espressione (fin dal 1954: Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia* cit., p. 166), Maccagnani avrà un conflitto forte con l'amministrazione provinciale di Bologna per la gestione della "comunità terapeutica" che ha creato a Imola, morendo nel

fermarci a questi tre, tutti hanno un carnet di letture filosofiche consistente alle loro spalle e che spiega la loro originalità difficile da accettare: Sartre, ma anche Minkowski e la psichiatria fenomenologica per Basaglia; la filosofia del linguaggio anglosassone e ancora la fenomenologia husserliana per Piro; la psicolinguistica di Jean Bobon, ma poi Husserl, Heidegger, Bingswanger per Maccagnani. E si potrebbe continuare⁶.

Perché quest'apertura al nuovo – tipica di persone che si erano formate nel clima della Liberazione – passa innanzitutto per la filosofia? Che cosa cercavano nella filosofia? La precomprensione oggi divulgata vorrebbe che ne abbiano tratto soltanto una carica empatica ed emotiva che li ha spinti a immedesimarsi (fin troppo) con i loro pazienti. Jervis, che non dà tanto peso alla formazione filosofica di Basaglia, scrive che questo “tipo di orientamento” fu al più uno “strumento di apertura empatica”⁷. In realtà, era in gioco molto di più. Si usava la categoria filosofica di “soggetto” per indicare qualcosa che permette di individuare l'umano *al di là* della distinzione tra “normale” e “patologico”. Certamente, molto di questa innovazione fu dovuta al fatto che la filosofia dell'epoca riconosceva una “alienazione” sociale dominante e coattiva anche in persone “normali”, che avrebbero dovuto ritornare ad

1969. Cfr. A. RICCIARDELLI, *Malati e potere. Un'esperienza di psichiatria alternativa*, Imola, Omnia 1972. Il saggio più completo e informativo è S. GARGANO, *Sergio Piro e Gastone Maccagnani. Due esperienze di psichiatria alternativa nell'Italia degli anni '60*, in *Dal linguaggio schizofrenico alla prassi trasformazionale. Borse di studio Sergio Piro – seconda edizione*, Nocera Inferiore, Edizioni CERPS 2013.

⁶ Un altro caso che andrebbe ricordato è quello della collaborazione di filosofi universitari con psichiatri che conducono esperienze “basagliane”. Penso ovviamente a Pier Aldo Rovatti, ma penso anche a Italo Valent (1944-2003), di cui Moretti&Vitali sta pubblicando sei volumi di opere curate dal figlio Graziano. Oltre che con Piro, Italo Valent dialoga con un altro psichiatra basagliano di spessore, Vieri Marzi, che opera in Toscana, prima ad Arezzo e poi a Siena.

⁷ G. CORBELLINI, G. JERVIS, *La razionalità negata. Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri 2008, p. 71.

essere soggetti ribellandovisi, così che la prassi psichiatrica nei confronti degli “alienati” psichici poté essere messa in continuità con la prima, cioè configurarsi come “liberazione”. Ma quest’analogia, di per sé impropria, fu capace di sollecitare un interesse nuovo per la *relazione* terapeutica, che ora veniva vista a partire da un’ottica *esigente*, cioè come prassi che sollecita una riconquista di capacità, una soluzione anche di problemi legati alla storia del paziente, che provoca quello che oggi verrebbe chiamato un *empowerment*. Considerato innanzitutto come un membro di classi oppresse (ed effettivamente la popolazione manicomiale era quasi esclusivamente tale), il degente manicomiale fu il portatore della scoperta che non si può migliorare le capacità psichiche senza restituire libertà e capacità di movimento in senso ampio (“Per prima cosa, slegalo!”). Fu a questo punto che lo psichiatra ospedaliero fu forzato a mettere in discussione la relazione stessa che aveva con il paziente. La creazione di una relazione terapeutica “liberante” trovava il suo ostacolo maggiore proprio nell’assenza di potere del degente manicomiale, nel carattere “totale” dell’istituzione, ed ecco perché la questione della resa dei conti con l’istituzione manicomiale divenne cruciale⁸. Si trattava di definire quanto potere si ha e si conquista nella relazione terapeutica.

Si badi: la questione della “soggettività” del sofferente psichico non era posta in termini di un’identificazione neo-romantica della follia con la creatività o con la ribellione. Vi era un discorso molto più sottile sulla capacità degli esseri umani di guadagnare in autonomia e capacità di vivere in modo dignitoso – anche se magari non conforme agli standard sociali – quando le capacità latenti in loro vengono riattivate dal *cambiamento* della situazione di abbandono in cui sono posti. In

⁸ Per una lettura del processo che porta a questa enfattizzazione di momento “rivoluzionario” della nuova psichiatria, si veda il commento di Fabrizio Meroi a un classico come *L’istituzione negata* (a cura di F. Basaglia, Torino, Einaudi 1968): F. MEROI, *Basaglia, l’équipe, la rivoluzione. Una lettura dell’Istituzione negata (1968)* in, *Rivoluzioni. Aspetti del pensiero del Novecento*, a cura di F. Meroi, P. Vanini, Bologna, Il Mulino 2017, pp. 259 sgg.

nessuno degli psichiatri alternativi italiani che conti, la relativizzazione della coppia normale (sano) / deviante (insano) implicò un rovesciamento romantico dei valori tra i due poli. Ma essa implicò senz'altro la dilatazione degli orizzonti complessivi di ciò che classificabile come “umano” e “portatore di diritti”⁹.

Cito un documento di epoca per dare qualche prova. Nel 1963, Maccagnani organizza un “Colloquio internazionale sull'espressione plastica” presso l'Università di Bologna, poi pubblicato nel 1966 con il titolo *Psicopatologia dell'espressione*¹⁰. Ci sono Jean Bobon e Eugene Minkowski, ci sono filosofi e scienziati (per esempio, c'è Silvio Ceccato), ma ci sono anche un bel po' di psichiatri e in particolare di psichiatri ospedalieri. C'è Basaglia che parla dell'”espressione figurativa malata” alla luce di Minkowski e di Enzo Paci. C'è Antonio Slavich, a Gorizia anche lui, che parla di un'esperienza di canto corale con pazienti dell'ospedale. C'è Piro che si misura con la tesi della “asemanticità” dell'arte figurativa sviluppata dal suo primo amore filosofico, Guido

⁹ Lo mostra con chiarezza Piro che, in un articolo per il giornale *Il Mattino* scritto il 15 gennaio 1978 dal titolo *Quando si dice irrecuperabile*, ricorda così una visita a Trieste e definisce il progetto che ispira Basaglia e lui stesso: «Nei viali dell'O.P. di Trieste, oggi per gran parte abbandonato e per altra parte civile casa di ex ricoverati, incontrai un giorno un gruppetto costituito da due mongoloidi, un cerebropatico che trascinava una gamba, uno psicotico cronico. Queste persone erano ben vestite, non puzzavano, passeggiavano e parlottavano tra di loro e ridevano; non vi erano secondini o custodi. Queste persone erano tutte menomate e malate, ma vivevano e la storia della loro vita era differente da quella dei cerebropatici e handicappati che vivono più o meno legati nel loro sudiciume, in uno stato di abbandono privi di ogni piccola luce che li risvegli, di ogni suono familiare, di ogni tocco a loro caro. *Anche un cervello gravemente malato o menomato ha una storia e questa storia può promuovere lo sviluppo di alcune capacità. Il nostro obbligo politico e sociale è quello di promuovere la coscienza nei singoli e nei gruppi al massimo che si può*». Da T. CAPACCHIONE, *Primavera 180*, cit., p. 121, corsivo mio).

¹⁰ *Psicopatologia dell'espressione*. Atti del II colloquio internazionale sull'espressione plastica, Bologna: 3-5 maggio 1963, a cura di G. Maccagnani, M. Gozzano, Editrice Galeati, Imola 1966.

Calogero. Ci sono ben due interventi di Agostino Pirella, allora presso l'ospedale neuropsichiatrico di Mantova, uno teorico ed uno pratico. Di che cosa parlano tutti questi psichiatri ospedalieri? Di quella che oggi si chiamerebbe la *Art Therapy*? No, il loro sguardo è più teorico e discute in genere del ruolo dell'arte nell'esperienza umana e di come essa possa essere strumento di comunicazione. Nessuno di essi attribuisce qualche genialità ai lavori dei pazienti, ma tutti si sforzano di dotarsi degli strumenti teorici per una diagnostica centrata sulla comprensione del "mondo" intenzionale del paziente. Non si tratta di trovare qualcosa da far fare al sofferente psichico, ma del tassello di una *relazione* con lui che si vorrebbe caratterizzata dall'intesa crescente.

Se vi è una ricaduta direttamente operativa è di altro livello e la esprimono con molta chiarezza due jugoslavi, Bohaček e Sartorius, che si domandano se i neurolettici favoriscano o inibiscano l'espressione libera e usano appunto le produzioni artistiche dei pazienti per sincerarsene. Il tema riemerge anche in altri interventi: sono arrivati gli psicofarmaci, c'è il sospetto che possano inibire, insieme con i sintomi, anche le capacità vitali del paziente, occorre capire che effetti hanno e la capacità di espressione artistica può fornire un banco di prova. Questi psichiatri non hanno inibizioni ad usare psicofarmaci, ma non si limitano a leggere il bugiardo, essi cercano di stabilire *in autonomia* che cosa essi facciano di buono o di cattivo. E pertanto debbono avere qualche idea su quella che oggi si chiamerebbe "qualità della vita", partendo dall'unica letteratura che ne parli, che al momento è quella filosofica.

Perché discuto di questo documento di un lontano passato? Perché non soltanto esso mostra le idee e le convinzioni di partenza di alcuni di coloro che furono tra i protagonisti del cambiamento nella psichiatria italiana. Esso mostra anche la loro curiosa condizione. Proprio perché lo psichiatra è ancora *l'unico* specialista che la società deleghi al rapporto con la follia, questi psichiatri non possono fare riferimento a steccati disciplinari per stabilire come analizzare o gestire il sofferente psichico, il "malato mentale". Non possono dire che qualcosa è psicologico o antropologico o sociologico e dunque *non* di loro competenza, perché

una distinzione di questo tipo è contraddittoria con la situazione del manicomio dove lo psichiatra decide su *tutto* ciò che riguarda il degente e dunque di tutto deve tener conto nella diagnosi e nella terapia. Ecco perché l'alternativa è secca: o si lascia il degente nella condizione di oggetto da piazzare in qualche posto e tenere sotto controllo o lo si aiuta a ritornare ad essere “soggetto” per quel che può.

Ed è proprio questo l'elemento che viene poi a creare difficoltà nel momento in cui si pone il problema di che cosa viene *dopo* il manicomio. Si è lungamente discusso del drammatico ritardo con cui, dall'abolizione del manicomio nel 1978, si passa a nuovi servizi territoriali. Lo si è imputato alla incapacità o inibizione politica a progettare dei basagliani. Scrive ancora Jervis a proposito di Basaglia: «...né lui né i suoi collaboratori descrivevano come avrebbero dovuto essere i nuovi servizi. Non ho reperito un solo scritto da parte loro che fosse somigliante a un piano o a un programma, per l'assistenza psichiatrica in Italia»¹¹. Se Jervis avesse guardato anche un po' più a sud di Trieste, avrebbe forse potuto formulare un'analisi più articolata. La disastrosa Campania produce nel 1983 un piano di servizi psichiatrici piuttosto organico e con una buona ripartizione di funzioni e compiti. Ma l'attuazione di questo piano è lenta e parziale e non solo per il malgoverno e l'inefficienza delle istituzioni locali. Si rivela difficile coordinare ciò che dovrebbe essere principalmente spostato nel territorio e ciò che resta ospedaliero, fare convivere logiche che vanno differenziandosi in modo crescente. L'immissione in ruolo di personale non medico (psicologi, sociologi...) avviene con un ritardo sospetto, le strutture riabilitative e residenziali sul territorio non partono, i servizi territoriali e quelli ospedalieri non si collegano¹². In breve, la ricchezza di relazioni interne, il dialogo costante, che sarebbero necessari sia tra gli specialisti stessi sia tra istituzioni e territorio per “prendere in carico” effettivamente la sofferenza psichica non si rivela realizzabile nelle ripartizioni di

¹¹ CORBELLINI-JERVIS, *La razionalità negata*, p. 146.

¹² Per la storia della non-applicazione della legge 1/1983 in Campania, cfr. EAD., *Primavera 180*, cit., pp. 50-63.

competenze istituzionali e professionali che caratterizzano il post-manicomiale. A questo punto, progressivamente si impone la soluzione semplificatoria, che riduce una spesa avvertita come “improduttiva” (in quanto riguarda ceti prevalentemente poveri), privilegiando il momento ambulatoriale e l’uso della farmacopea. Lo psichiatra, che aveva rischiato di divenire solo un polo di un’*équipe* più ampia e policentrica, riprende il ruolo centrale, proprio perché insostituibile di erogatore di farmaci. Arriverà poi il DSM per definire con precisione come fare le diagnosi e tutto sarà concluso. Anche quando si cercherà di costruire servizi che si preoccupino anche del resto (e ci si inizia a rendere conto di questa necessità man mano che emergono nuove e inedite patologie diffuse), anche quando si cercherà di reimmettere qualche aspetto “sociale” nei nuovi servizi, i concetti resteranno ambigui e molto generici (“riabilitazione”, “inclusione”, “qualità della vita”) e ambigui resteranno i compiti, i rapporti con la dimensione medica, i criteri di verifica del lavoro, infine i rapporti da istituire con il famoso “territorio”. Una riflessione più ampia su questi problemi viene inibita o ritenuta programmaticamente insignificante, mentre gli approcci emergenti si presentano come puramente oggettivi e sospettosi di ogni ideologicità in altri approcci. Quanto poco siano non-ideologici non lo discuto, ne discutono già i saggi raccolti in questo numero di P.O.I.

Ma forse, più ancora che di ideologie o di ideologemi, si dovrebbe parlare di *miti*. I miti infatti riescono a resistere e a trasformarsi, a rendersi difficili da riconoscere attraverso nuove vesti, con maggiore abilità degli ideologemi assunti esplicitamente, come ci direbbero Lévi-Strauss e Furio Jesi. Si può ammettere che Jervis abbia ragione e che, nella diffusione di massa del verbo *antipsichiatrico*, vi fosse un mito nascosto, quello della concezione della coscienza come anima che può dirigere il corpo e farlo guarire con i poteri “spirituali” della parola, della convinzione, del sentimento. Vi è però anche un altro mito pernicioso che pervade pesantemente la psichiatria e si spaccia come riconoscimento dell’importanza del corporeo (oggi: del neurologico): quello della normalità come “natura”. Così come c’è un funzionamento “normale” (cioè funzionale alla vita) del polmone, così ci sarebbe anche

un funzionamento “normale” del cervello ed è quello che produce una persona a sua volta “normale” che ama gli spaghetti (se italiano), lavora, rispetta le norme e i semafori, sceglie le donne se uomo e gli uomini se donna, vota FdI o PD o 5S. Se una persona non è fatta così, non *riesce* ad essere fatta così, ci deve essere una malformazione da qualche parte nel cervello, e dunque va medicalizzata. Un giorno forse ci sarà una pillola miracolosa che, una volta somministrata, trasformerà di colpo uno psicotico in un cittadino normale e produttivo, che ama gli spaghetti eccetera. Poiché non c'è, si deve scegliere la terapia che riporti quanto più possibile la persona a qualcosa di simile alla “normalità” almeno nel comportamento. E chiaramente, nel farlo, non dobbiamo tenere conto di quel che pensa o di quel che dice o di quel che vuole perché è *solo* un corpo malato, da esaminare con la debita oggettività e distanza, senza eccedere in “empatia”.

Il primo mito certamente è stato presente nelle ricezioni di massa delle raffinate analisi di Foucault o Goffman o Laing. Oggi è uscito dal dibattito sulla psichiatria, anche se è facile ritrovarlo in altre dimensioni della vita sociale: nelle terapeutiche di stile new age e soprattutto nel populismo “fai da te” in campo medico, emerso con forza negli anni del Covid-19. Il secondo mito ha invece ripreso capacità egemonica e consenso in tutto il dibattito sulla mente e sulla follia. Certamente, lo ha fatto purificandosi dei suoi aspetti più grossolani: alla fin fine, anche il DSM ha recepito il fatto che l'omosessualità non è una patologia. Ma la macchina mitologica – pur funzionando in modo più sottile – continua a restare in piedi. Lo stesso concetto di “salute mentale” non è in fondo che un proclama con cui persone di buone intenzioni cercano di fornirci una possibile purificazione di questo contenuto di fondo. Può darsi che ci riescano, ma io sospetto con Lévi-Strauss che ogni interpretazione razionalizzante di un mito ne sia anche la riproposizione, la disseminazione ulteriore.

Gli psichiatri “alternativi” della metà del secolo XX. furono i primi a combattere frontalmente il mito del cervello normale che produce persone normali. La radicalizzazione progressiva di molti di loro (e del Basaglia degli anni '70 in particolare) è reattiva rispetto alla scoperta

della persistenza e della capacità di riproposizione del mito, scoperta che lo porta a sospettare che la vittoria sia stata provvisoria e fragile. E, infatti, il consenso ottenuto allorché si trattava di eliminare un'istituzione che assomigliava veramente *troppo* a un lager – il manicomio –, si sfalda quando si tratta di passare a una nuova organizzazione della “cura” che salvi e approfondisca le conquiste precedenti e però abbia come attore un'organizzazione strutturata secondo la divisione burocratica del lavoro intellettuale e (più tardi) secondo la logica aziendale dell'efficienza. Ed in effetti ripensare la “cura” su un piano di gestione dei rapporti tra istituzioni e territorio fa emergere problemi ardui anche sotto il profilo teorico¹³. E, ovviamente, vi erano interessi economici e professionali che remavano in una direzione completamente diversa, integrando sempre di più il sapere psichiatrico all'interno del potere economico e non solo economico delle grandi industrie farmaceutiche.

E tuttavia la lotta contro il mito è continuata e continua tuttora. Essa non ha più come protagonisti grandi intellettuali che leggevano opere di filosofia e che si sentivano partecipi di una battaglia dell'umanità contro l'“alienazione”, né organizzazioni politiche e sindacali che facciano loro da sponda, ma gruppi molteplici e differenziati di fruitori dei servizi. Ciò

¹³ L'opera matura di Sergio Piro può essere vista come un tentativo di misurarsi con questa nuova problematica. Piro resta fedele all'idea che ci debba essere *un* sapere generale teorico-pratico che presieda alla “cura” in tutti i suoi aspetti ma lo distanzia sempre più dalla psichiatria definendolo come “antropologia trasformativa” (che poi si pluralizza ulteriormente in “antropologie trasformativi”) rivolta a tutti gli operatori del mutamento sociale. Alle filosofie dell'alienazione e della soggettività, riconosciute come obsolete, viene sostituita una concezione ispirata a Lotman del “campo antropico continuo”, costituito di relazioni dinamiche di influenzamento reciproco tra i poli del campo. Infine si caldeggiavano metodologie complesse per l'operatore sociale postulando una voluta contaminazione di metodologie e strategie di intervento (una metodologia “diadromica”, che corre qua e là). L'analisi più sistematica di questo tentativo di teoria generale resta quella, già ricordata, di Antonio Mancini, ma qualche elemento di analisi ulteriore comparirà anche in diversi contributi presenti in CALABRÒ, FERRARA, PIRO (a cura di), *La sfida del dopo Basaglia*, cit.

che tali persone chiedono è di essere aiutate ad affrontare le difficoltà che nascono da ciò che sono, ma anche – e qui siamo ai limiti della contraddizione – di essere riconosciute e ascoltate *proprio per la diversità* di ciò che sono. Né esse criticano le tecnologie in quanto tali ma i loro usi e il loro controllo, magari ne desidererebbero di più capaci di dare chances a chi di potere ne ha poco, di contraddire la natura se intesa come stabilità ed equilibrio, ma di alleviarla se intesa come proliferare di differenze e di novità. Per quanto la filosofia che è alle spalle di queste idee sia certamente molto diversa da quella degli psichiatri formati negli anni '50, è qui che opera ancora lo spirito delle “psichiatrie alternative” italiane del XX. secolo.