

STEFANIA FERRARO

## Politiche sociali, povertà e malattia mentale. Dalla moralizzazione all'individualizzazione del disagio

*La povertà non aveva su di sé che un vecchio sacco stretto, miseramente rappezzato; era a un tempo il suo mantello e la sua cotta, e non aveva che questo per coprirsi; così tremava spesso. Un po' allontanata dagli altri, se ne stava accovacciata e rincantucciata come un cane triste e vergognoso.*

*Che sia maledetta l'ora in cui fu concepito il povero, perché non sarà mai ben nutrito, né ben vestito, né ben calzato! Non sarà neanche amato, né elevato.*

Guillaume De Lorris, *Roman de la Rose*

### Premessa

In questo saggio sono presentati alcuni risultati di una ricerca triennale<sup>1</sup> che ha indagato le logiche di territorializzazione dei servizi socio-assistenziali e le distorsioni del principio di *care economy*<sup>2</sup>, a

1 Ricerca PRIN (2013-2016) *Oltre lo stato sociale di diritto: le professioni del welfare nella prospettiva tardo liberale*, responsabile di Unità prof. Lucio d'Alessandro, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli.

2 La *care economy*, o economia della cura, è quel processo di messa a profitto e di professionalizzazione della principio della cura, strettamente correlato alle logiche di privatizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, che hanno generato un corposo mercato del lavoro precario composto da differenti figure professionali e operatori del sociale spesso molto qualificati. Per un approfondimento cfr. S. FERRARO, E. GARDINI, a cura di, *Il governo del "sociale". Welfare, Governance e Territorio*, Roma, Edizioni Nuova Cultura, 2016. Secondo Alain Supiot alla base della capitalizzazione del principio di cura vi è, in termini di pratiche discorsive, un uso improprio e ambiguo del concetto di solidarietà, funzionale alle dinamiche di globalizzazione dei mercati e delle singole esistenze (A. SUPIOT, *The Grandeur and Misery of the Social State: Inaugural lecture delivered on Thursday 29 November 2012*, Paris, Collège de France, 2013). Molta la letteratura critica in merito alla *care economy*; tra gli altri ricordiamo: N. FOLBRE, *The Invisible Heart: Economics and Family Values*, New York, New Press, 2001; ID., *Measuring Care: Gender, Empowerment and the Care Economy*, in «Journal of Human Development», v.

fronte del radicamento del criterio di individualizzazione dell'esistenza<sup>3</sup> in seno all'attuale "paesaggio sociale"<sup>4</sup>.

Rispetto alla più ampia prospettiva di ricerca, il presente contributo restituisce alcune analisi sull'attuale relazione tra politiche sociali, povertà e disagio mentale, alla luce dei risultati di un'indagine etnografica svolta da marzo a luglio 2015 presso una Onlus che offre

7, n. 2 (2006), pp. 183-199; P. MOLINIER, S. LAUGIER, P. PAPERMAN, a cura di, *Qu'est-ce que le care?*, Paris, Petit bibliothèque Payot, 2009; M. GARRAU, A. LE GOFF, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du care*, Paris, Puf, 2010; J. TRONTO, *Cura e politica democratica. Alcune premesse fondamentali*, in «La società degli individui», n. 38 (2010), pp. 34-42.

3 Per un'accurata analisi del concetto di individualizzazione dell'esistenza cfr. U. BECK, E. BECK-GERNSHEIM, *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, London, Sage, 2002. Il processo di individualizzazione si fonda sull'erosione della cittadinanza come diritto a usufruire di risorse pubbliche e, pertanto, i cittadini meritevoli ora sono quelli capaci di contare su se stessi e sulle proprie forze (sull'argomento cfr. G. PROCACCI, *Cittadinanza sociale e crisi del welfare*, in A. MELUCCI, a cura di, *Fine della modernità?*, Milano, Guerini, 1998; R. SIZA, *Povertà provvisorie. Le nuove forme del fenomeno*, Milano, Franco Angeli, 2009). Se un tempo la norma si fondava sulla responsabilità e l'iniziativa e imponeva il conformismo e l'adeguamento dei comportamenti, oggi essa reclama lo spirito di iniziativa e l'intraprendenza mentale (sull'argomento cfr. A. EHRENBURG, *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Torino, Einaudi, 2010). Il prevalere del principio individualista è strettamente connesso alla condizione di fragilità lavorativa, che comporta un allentamento delle forme tradizionali di sostegno vitale, compreso il cedimento del legame tra famiglia e biografie individuali (R. SIZA, *Povertà provvisorie*, cit.). In tale scenario la fragilità lavorativa non concerne solo i lavoratori con bassa istruzione e scarsa qualifica, ma tutto l'insieme delle categorie lavorative e professionali. Ne consegue un vertiginoso aumento del numero e della tipologia di rischi individuali e il successo soggettivo è direttamente proporzionale alla capacità del singolo di costruire soluzioni personali alle contraddizioni sistemiche (sull'argomento cfr. U. BECK, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma, Carocci, 2000). Ne segue che il processo di istituzionalizzazione dell'individualizzazione comporta un'estensione notevole del *partirre* di individui ai quali chiedere di essere artefici della propria esistenza (sull'argomento cfr. U. BECK, *Costruire la propria vita*, Bologna, il Mulino, 2008). Le logiche del management e dell'empowerment, applicate al settore sanitario e socio-assistenziale, sono una delle più evidenti conseguenze della pratica di istituzionalizzazione dell'individualizzazione; sull'argomento cfr. M. P. CASTRO, *Managerialismo e professionalismo nei servizi di welfare. La formalizzazione del manager sociale*, in «Cambio», n. 7 (2014), pp. 105-120; S. FERRARO, E. GARDINI, *I professionisti del sociale. Crisi del welfare state, crisi economica*, n. 10 (2015), pp. 107-121.

4 Con l'espressione "paesaggio sociale" si intende esplicitare sin da subito una lettura sociologica del sistema delle politiche sociali e del più complesso ingranaggio di gestione del Welfare State attraverso gli insegnamenti di Robert Castel, il quale nella ricostruzione delle "metamorfosi della questione sociale" ha dialetticamente ricostruito il medesimo e il differente del complesso paesaggio socio-assistenziale, composto di molteplici fotogrammi politici e di contesto, ma sempre e comunque determinato dalla pressione centrifuga esercitata dai vincoli spietati dell'economia, che di tale paesaggio e delle sue metamorfosi rappresenta il medesimo. R. CASTEL, *Le metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato*, Avellino, Sellino, 2007 (1<sup>a</sup> ed. 1995).

ospitalità ai senza fissa dimora nel centro storico di Napoli<sup>5</sup>.

Nell'analizzare le testimonianze "confidate" da uomini e donne e nell'approcciare alla loro difficoltà di esistere si è fatto riferimento agli insegnamenti metodologici di Pierre Bourdieu<sup>6</sup> e, poiché la ricerca ha avuto un carattere "partecipato", sono state seguite anche le indicazioni di rilevazione ereditate da Nels Anderson<sup>7</sup>, pertanto la presenza della ricercatrice (nonché scrivente) è stata giustificata con il ruolo di "volontaria" presso la Onlus.

In particolare, è stata svolta un'attività di osservazione delle modalità di composizione della lista degli ospitati, di accoglienza notturna, di prevenzione e cura della salute dei poveri; sono state raccolte

5 Napoli è il contesto prescelto per la ricerca PRIN. Questa città presenta tratti di singolare interesse ai fini di un'indagine sulla "questione sociale", sia in termini reali (tassi di disoccupazione, sottoccupazione, reddito, evasione scolastica, illegalismo, degrado urbanistico, reiterate emergenze ambientali, compresenza marcata di "nuove povertà" e precariato sociale), sia in termini di rappresentazioni (si pensi alle narrazioni mediatiche relative all'inefficienza del settore pubblico locale). Per un approfondimento sulla scelta del contesto di ricerca cfr. S. FERRARO, E. GARDINI, *I professionisti del sociale*, cit.; S. FERRARO, *La semimbecille e altre storie. Biografie di follia e miseria: per una topografia dell'inadeguato*, Milano, Meltemi, 2017.

6 Il riferimento è a P. BOURDIEU, a cura di, *La miseria del mondo*, Milano-Udine, Mimesis, 2015 (1<sup>a</sup> ed. 1993). Secondo Bourdieu la ricerca sociologica è tale se guida verso una conversione dello sguardo ed esercita una pratica maieutica. Rispetto a ciò, procedere alla raccolta di testimonianze dirette sul campo (cioè di biografie), tessendo teoria e prassi, può consentire una descrizione in profondità dell'oggetto sociale, attraverso l'analisi delle configurazioni dei suoi rapporti sociali e di potere, delle sue tensioni, dei suoi processi di riproduzione permanente, delle sue dinamiche di trasformazione. Più in breve, lavorare alla raccolta e all'analisi di biografia aiuta a porre in esame il ragionamento organizzativo-pratico attraverso il quale una realtà è definita, per «risalire fino alle vere determinanti economiche e sociali degli innumerevoli attacchi alla libertà delle persone, alla loro legittima aspirazione alla felicità e alla realizzazione di sé, compiuti oggi, non solo dagli obblighi spietati del mercato del lavoro o degli alloggi, ma anche dai verdetti del mercato scolastico, e dalle sanzioni esplicite o dalle insidiose aggressioni della vita professionale» (P. BOURDIEU, a cura di, *La misère du monde*, cit., p. 854). Come precisa Bourdieu, per comprendere tali processi non basta rendere conto di ciascun punto di vista separatamente, ma è necessario metterli a confronto per evidenziare ciò che risulta dallo scontro tra diverse visioni del mondo. In fine, altrettanto determinanti sono le operazioni di scrittura del lavoro di raccolta e analisi del materiale biografico perché il sociologo «deve, al contempo, essere capace di offrire le proprie competenze per organizzare nello spazio-libro la parola raccolta, al fine di renderla intelligibile nella sua integrità, mettendola al riparo dai molteplici inganni delle convenzioni di lettura». A. PETRILLO, *Il verbo e la carne della sociologia*, in P. BOURDIEU, a cura di, *La misère du monde*, cit., p. 18.

7 N. ANDERSON, *Il vagabondo. Sociologia dell'uomo senza fissa dimora*, Roma, Donzelli, 2011 (1<sup>a</sup> ed. 1923). Le affinità con la ricerca di Anderson riguardano sia l'oggetto di indagine, cioè i vagabondi e la povertà, sia le modalità di approccio al campo di analisi, ossia un'osservazione costante e partecipata delle modalità di relazione di una specifica comunità di senza fissa dimora.

note di campo e sono state somministrate interviste in profondità; inoltre, l'analisi dei dialoghi e delle interazioni tra gli homeless e gli operatori della struttura che gli accoglie costituisce una parte corposa del diario etnografico.

Di seguito, dopo aver tracciato un breve quadro dello sviluppo dell'economia sociale, si proverà a indagare l'attuale relazione tra povertà e malattia mentale, non secondo l'immediata lettura che vede i poveri sempre più spesso anche affetti da "follia", ma cercando di evidenziare come il disagio della mente possa persino divenire un dispositivo per garantire un'assistenza minima, per esempio un letto dove dormire, per quei poveri che, poiché anche affetti da patologie mentali, sono "almeno" preservati dal passare la notte per strada.

In sintesi, si proverà a discutere della seguente, paradossale condizione: la contrazione del sistema di Welfare State conduce a un'erogazione dei servizi assistenziali minimi agendo anche in termini di patologizzazione del disagio economico individuale.

## **1. Il governo della povertà: dalla carità alla punizione**

Nella seconda metà del XIX secolo, congiuntamente al definirsi del processo di industrializzazione e di urbanizzazione, si faceva fronte alle rivolte del proletariato istituzionalizzando la "questione sociale", attraverso una legislazione assistenziale e l'introduzione di strumenti di compensazione solidaristica dei rischi prodotti dall'allora nascente economia industriale. In questa fase storica si sanciva il passaggio dalla povertà beata a quella ignobile<sup>8</sup>, attraverso interventi di ridefinizione dello spazio urbano, che assegnavano ai poveri una specifica collocazione e una sempre più netta differenziazione morale.

L'avanzare dell'industrializzazione e il definirsi del sistema capitalistico producevano l'allentamento di quei legami di mutua

<sup>8</sup> Il passaggio dalla povertà beata a quella ignobile è ben descritto da R. CASTEL, *Le metamorfosi della questione sociale*, cit., p. 63, *passim*. Castel analizza la ridefinizione sociale del povero che, da "povero di Cristo" nelle dimensioni comunitarie pre-moderne, diviene povero inetto e socialmente pericoloso con il definirsi delle strutture capitaliste.

assistenza, che avevano caratterizzato l'epoca medioevale e premoderna rispetto alla relazione tra ricchi e poveri<sup>9</sup>.

Naturalmente la destrutturazione della carità evangelica comportava il riversamento di masse intere di "pezzenti" per le strade delle città. Si produceva, dunque, una povertà tenace e vistosa, sempre pronta a ingrossare i ranghi delle rivolte contadine o dei moti contro la fiscalità e rispetto alla quale — come ben ricostruisce Giovanna Procacci<sup>10</sup> — si ricorreva volentieri alla pietà, ma anche alla forza.

Alla fine del XIX secolo l'*État providence*<sup>11</sup> si fondava sulla nozione di rischio, definendo gli interventi sociali in relazione a due assi: la produzione di pericolo e la difesa sociale.

Si gettavano, così, le basi dell'economia sociale quale approccio alternativo o integrativo all'economia politica e la "politica della miseria" governava il pauperismo come un danno sociale al quale porre rimedio attraverso l'impiego di strumenti di moralizzazione, educazione e assistenza<sup>12</sup>, congiuntamente a un'accesa repressione del vagabondaggio nei paesi dell'Europa di allora<sup>13</sup>.

Tali misure repressive rappresentavano la risposta alla grave crisi economica che imperversava in quegli anni e soprattutto alla miseria presente nelle campagne; avevano come obiettivo quello di

9 Tra gli studi di ricostruzione storico-sociologica dei legami di mutua assistenza ricordiamo: G. PROCACCI, *Governare la povertà. La società liberale e la nascita della questione sociale*, Bologna, il Mulino, 1998; ID., *Leconomia sociale e il governo della miseria*, in «Aut Aut. Potere/sapere. Materiali di ricerca genealogica e interventi critici», n. 167-168 (1978), pp. 63-80. Per una ricostruzione del governo della povertà rispetto allo scenario internazionale cfr. S.M. BEAUDOIN, *Poverty in World History*, New York, Routledge, 2007.

10 G. PROCACCI, *Governare la povertà*, cit., p. 29, *passim*.

11 F. EWALD, *L'État-providence*, Paris, Grasset, 1986. Ewald spiega che ciò che impropriamente definiamo *État providence* è, in realtà, il primo grande trionfo della filosofia della responsabilità: ognuno è responsabile della propria sorte.

12 Per un'accurata analisi delle pratiche di moralizzazione della povertà cfr. J. DONZELOT, *L'avenir du social*, Paris, Éditions Esprit, 1996. Per una lettura critica dei principi di razionalità governamentale attraverso i quali educare e assistere le differenti forme di povertà cfr. C. GORDON C., *Governmental Rationality: an Introduction*, in G. BURCHELL, C. GORDON, P. MILLER, a cura di, *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, Chicago, The University of Chicago Press, 1991.

13 Il vagabondaggio era, dunque, considerato una minaccia alla società dell'ordine, che si andava definendo a partire dall'organizzazione del lavoro; sull'argomento cfr. R. CASTEL, *Le metamorfosi della questione sociale*, cit.

soffocare qualsiasi forma di “asociabilità”, per nulla funzionale agli ingranaggi di una società che produceva stringenti regolazioni del lavoro. È per questo che, a partire dalla fine del XIX secolo, entrarono in scena le assistenti sociali, gli educatori specializzati, gli animatori, cioè nuove figure professionali chiamate a svolgere una missione civilizzatrice del corpo sociale<sup>14</sup>.

Negli stessi anni, mentre la pratica di normalizzazione della povertà prendeva forma, la psichiatria potenziava i suoi interventi per divenire branca autonoma della medicina e conferire legittimità scientifica all'internamento<sup>15</sup>, riconducendo un “certo crimine” a una “certa follia”.

Sin dai primi albori dell'antropologia criminale italiana senso pratico e celerità divennero elementi di gestione e ripristino di qualunque forma di disordine sociale<sup>16</sup>, giungendo alla lombrosiana patologizzazione dell'uomo di genio, del pazzo e del delinquente: tre soggetti considerati “eterogenei” al corpo sociale e da neutralizzare per il bene della specie<sup>17</sup>.

In sintesi, il sapere esperto costruiva mostri per separare e isolare scientificamente ciò che moralmente era inaccettabile; attraverso la codifica del mostro morale, la psichiatria consolidava il suo potere forense e sociale.

Con il passar degli anni, ridurre la visibilità dei poveri entro lo scenario urbano diventava un'esigenza sempre più impellente, in quanto direttamente

14 A tal proposito Donzelot scrive: «A partire dalla fine del XIX secolo, una nuova serie di professioni è apparsa: le assistenti sociali, gli educatori specializzati, gli animatori. Tutte si raccolgono sotto una comune bandiera: il lavoro sociale. Questi mestieri sono allora in espansione. Abbastanza marginale all'inizio del secolo, l'operatore sociale affianca progressivamente l'istitutore nella missione civilizzatrice del corpo sociale, e i sondaggi attestano che ne ha ereditato i prestigii. Se gli operatori sociali non sono ancora tanto numerosi quanto gli istitutori, i loro effettivi crescono con estrema rapidità» (J. DONZELOT, *L'avenir du social*, cit., p. 99).

15 È Robert Castel a compiere una ricostruzione storico-sociologica dello sviluppo del potere psichiatrico; R. CASTEL, *L'ordine psichiatrico: l'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980 (1<sup>a</sup> ed. 1976). Per un'analisi delle pratiche di governo della follia e della devianza precedenti alla fase storica della modernità cfr. M. FOUCAULT, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 2001.

16 Per una ricostruzione storico-sociologica del ruolo svolto dalla scuola lombrosiana e dall'antropologia italiana in questi anni cfr. S. FERRARO, *La semimbecille e altre storie*, cit.

17 Genialità, pazzia e criminalità divengono il confine invalicabile della borghesia italiana; sull'argomento cfr. F. GIACANELLI, *Introduzione*, in G. COLOMBO, *La scienza infelice. Il Museo di antropologia criminale di Cesare Lombroso*, Torino, Bollati Boringhieri, 2000.

connessa al bisogno di rafforzare le capacità produttive e di generare rapidi profitti, come imposto dal definirsi di un'economia sempre più globale<sup>18</sup>.

L'esigenza di aumentare la capacità di estrazione di valore dall'uomo implicava la necessità di allentare le maglie del lavoro garantito e di generare competizione tra la forza-lavoro.

Per cui, a partire dagli anni Ottanta del XX secolo, il governo delle popolazioni cominciava ad agire in termini di produzione di insicurezza sociale, accelerando il passaggio dallo stato caritatevole a quello disciplinare, dal sistema di protezioni a quello di punizioni.

In breve, con il passaggio al post-fordismo, lo Stato penale e poliziesco sostituiva lo Stato assistenziale: la criminalizzazione della marginalità e la concentrazione punitiva sulle categorie diseredate cominciavano a fungere da politica sociale.

Attualmente, con l'acutizzazione delle politiche di destituzione del Welfare State, le strategie governamentali e punitive della povertà e della marginalità non operano più attraverso la reclusione in uno spazio fisico preposto, ma respingono il soggetto deviante nel suo spazio del privato e del familiare o lo affidano in maniera totalmente arbitraria all'intervento, non sempre strutturato e pianificato, delle singole realtà socio-assistenziali territoriali, spesso di privato sociale, no-profit o volontariato, incapaci di garantire una continuità assistenziale a causa delle modalità attraverso le quali sono ripartiti i finanziamenti pubblici a essi destinati<sup>19</sup>. Si concorre, così, a una più netta e vigorosa discriminazione delle popolazioni da prendere in carico, estendendo sempre più la categoria dei *normaux inutiles*<sup>20</sup> e il richiamo del singolo

18 Per una ricostruzione della genesi e dello sviluppo della politica di trattamento punitivo della nuova miseria di massa prodotta dalla desocializzazione del lavoro salariato e dalla messa in discussione delle politiche di welfare cfr. L. WACQUANT, *Punire i poveri. Il nuovo governo dell'insicurezza sociale*, Roma, DeriveApprodi, 2006 (1<sup>a</sup> ed. 2004).

19 Sull'argomento cfr. L. BAZZICALUPO, *Dimensioni politiche dell'impresa sociale*, in «Impresa Sociale», n. 2 (2008), pp.63-81.

20 *Normaux inutiles* è un'espressione presa in prestito da R. CASTEL (*Le metamorfosi della questione sociale*, cit.) e indica gli "inutili al mondo", cioè quei soggetti divenuti sovrannumerari di fronte all'aggiornamento in corso delle competenze economiche e sociali. Sull'argomento cfr. anche G. PROCACCI, *Underclass e esclusione sociale nel dibattito odierno sulla povertà*, in V. BORGHI, a cura di, *Vulnerabilità e esclusione*, Milano, Franco Angeli, 2002; L. BAZZICALUPO, *Il governo delle vite. Biopolitica ed economia*, Bari-Roma, Laterza, 2006.



all'esercizio della propria responsabilità nella determinazione della sua esistenza fa da contraltare alla colpa imputabile allo stesso in caso di insuccesso sociale e/o economico.

## 2. Dalla punizione alla colpa: tra individualizzazione e patologizzazione

La condizione dei poveri di oggi interseca naturalmente le logiche di ripermetrazione e restringimento del sistema di Welfare State<sup>21</sup>, che — muovendo dalla declinazione di politiche di *governance* — sta procedendo a ritmi costantemente più accelerati verso la privatizzazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali<sup>22</sup>. Prende, così, sempre più corpo la dimensione di un *État animateur*<sup>23</sup>, chiamato soprattutto a sedare il conflitto sociale e a produrre ordine pubblico.

Di rimando, ora lo Stato agisce in termini di delega totale alle pratiche di classificazione ed erogazione delle prestazioni mediche e rifugge dall'intervento diretto nel “sociale”, lasciando che la macchina economica — che oramai opera spregiudicatamente estraendo valore dagli individui<sup>24</sup> e producendo in essi patologie di ogni sorta, mentali quanto organiche — governi territori e popolazioni.

In altri termini, lo Stato assolve a una funzione di “assicurazione”, elegge il “rischio” a criterio generale di valutazione della moralità delle condotte e la “lotta all'insicurezza” diviene la base del patto associativo<sup>25</sup>.

21 Per un'analisi sociologica delle attuali logiche di razionalizzazione e localizzazione del Welfare State cfr. L. BIFULCO, *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Roma, Carocci, 2015.

22 Ciò avviene a partire dai principi di neoliberalismo sociale ben descritti in J. DONZELOT, *Il neoliberalismo sociale*, in «Territorio», n. 46 (2008), pp. 89-92.

23 *État animateur* è un'espressione presa in prestito da J. DONZELOT, P. ESTEBE, *L'État animateur. Essai sur la politique de la ville*, Paris, Éditions Esprit, 1994; in essa è sintetizzata la funzione di deregolamentazione e delega statale alle realtà locali e in particolare alle città, intesa quale espressione della reale crisi del sistema statale, incapace di farsi garante della coesione sociale.

24 Luciano Gallino connette il principio di “estrazione di valore dall'individuo” al finanzia-capitalismo, cioè all'avvenuto sopravvento della componente finanziaria del capitalismo rispetto al capitalismo dell'economia reale: l'immediata conseguenza in termini lavorativi è il passaggio dalla produzione di valore dalle merci all'estrazione di valore dall'uomo (L. GALLINO, *Finanzia-capitalismo. La civiltà del denaro in crisi*, Torino, Einaudi, 2011).

25 Sull'argomento cfr. R. CASTEL, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino, Einaudi, 2011 (1<sup>a</sup> ed. 2003).



Ciò rappresenta il definirsi di una “socialità asociale”, già descritta da Robert Castel<sup>26</sup> e fondata su codici individualizzanti e spersonalizzanti di interpretazione della realtà, che producono una parcellizzazione delle condizioni esistenziali e cliniche del singolo, a partire da una psichiatrizzazione forzata delle difficoltà emotive; dalla concretizzazione di tale parcellizzazione si produce la narrazione di un gran numero di nuove forme di disagio esistenziale (dall'anoressia al bullismo, dalla ludopatìa alla dipendenza da farmaci), da diagnosticare e curare.

La stessa moltiplicazione delle patologie mentali concorre ad aumentare il senso di insicurezza sociale e provoca un ampliamento della domanda di sicurezza; congiuntamente legittima la deresponsabilizzazione dello Stato, che riconduce la patologia allo stile di vita del singolo individuo e attribuisce alla presunta responsabilità individuale il senso di insicurezza sociale che ne deriva<sup>27</sup>.

In tale scenario, per quanto concerne il governo della malattia mentale, abbiamo assistito alla chiusura dei manicomi e stiamo assistendo alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari. Del resto, la de-psichiatrizzazione è stata la lunga lotta di Franco Basaglia<sup>28</sup>, che non negava la malattia, bensì il valore di un giudizio discriminante della diagnosi, della definizione e dell'etichettamento.

Tuttavia, pur non avendo più i manicomi, abbiamo ancora l'esercizio costante dei dispositivi psichiatrici, che fungono da tutori e garanti dell'ordine sociale, a favore della normalità e in lotta costante contro il patologico<sup>29</sup>. Oggi nella relazione povertà/follia il potere, in particolare

26 R. CASTEL, *Verso una società relazionale. Il fenomeno “psy” in Francia*, Milano, Feltrinelli, 1982.

27 La deresponsabilizzazione dello Stato è direttamente proporzionale alle pratiche di responsabilizzazione del singolo individuo e dunque al definirsi di una politica di individualizzazione dell'esistenza; sull'argomento cfr. C. BEC, G. PROCACCI, a cura di, *De la responsabilité solidaire. Mutations dans les politiques sociales d'aujourd'hui*, Paris, Ed. Syllepse, 2003.

28 F. BASAGLIA, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Milano, Baldini&Castoldi, 1998; ID., *L'utopia della realtà*, Torino, Einaudi, 2005.

29 Si pensi, per esempio, al fatto che oramai la terapia psichiatrica coincide largamente con la somministrazione di psicofarmaci (sull'argomento cfr. P. CIPRIANO, *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Milano, Elèuthera, 2013). Come scrive Faranda, tale condizione di corrispondenza tra psichiatria e farmacologia è conseguenza diretta di «quel processo di costruzione sociale delle malattie mentali che negli ultimi anni ha visto la depressione assumere proporzioni epidemiologiche sconcertanti, soprattutto nelle società postindustriali: negli Usa l'incremento delle vendite di psicofarmaci ha raggiunto negli ultimi

quello psichiatrico, attraversa i corpi mediante un reticolo di relazioni che diventa visibile solo se si guarda alla docilità e alla sottomissione di quei soggetti sui quali, in silenzio, esso si esercita, in maniera meno coercitiva, più subdola, più penetrante, più neutralizzante<sup>30</sup>.

In questo divenire, il governo del sociale (e in esso ricompriamo anche la gestione della salute, fisica e mentale) inventa proprio tutta un'innovativa economia sociale e ritaglia su nuove basi la distinzione tra ricco e povero, producendo un ibrido tra pubblico e privato; di fatto, la macchinazione del sociale favorisce di volta in volta gli arretramenti di cui lo Stato necessita<sup>31</sup>, spesso senza alcuna forma di riguardo verso il disagio umano, che — oggi più che mai — è frutto delle contraddizioni sistemiche.

La ripermetrazione dei confini dell'intervento statale necessita di identità pericolose, malate e/o miserabili da porre ai margini del tessuto sociale, considerando la salute come qualcosa da "coltivare" per produrre una sorta di plusvalore di benessere.

Non a caso, negli anni Ottanta del secolo scorso, ai primi albori dello smembramento del Welfare State, la tematica della povertà tornava a essere una condizione socialmente rilevante e non già per progettare interventi di supporto, ma per rintracciare nella condizione del povero gli elementi di responsabilità individuale e di devianza, tant'è che nel concetto di *underclass* confluivano anche gli elementi di miseria, di razza e comportamentali, come spiega Giovanna Procacci<sup>32</sup>. Così, nel definirsi dell'attuale governo del sociale, il sogetto povero è quasi sempre considerato implicitamente deviante

due decenni il 600 per cento, in Europa il 125 per cento; in Italia tra il 2000 e il 2008 si è registrato un incremento del 310 per cento di farmaci specifici antidepressivi e si calcola che nel 2020, dopo le malattie cardiovascolari, la depressione sarà la patologia responsabile della perdita del più elevato numero di anni di vita attiva. Si tratta di un fenomeno di non facile interpretazione, ma non dissonante con la consuetudine a perimetrare la sofferenza, il disagio, il sentimento di solitudine in una categoria nosografica per la quale è previsto un apposito contenitore diagnostico e farmacologico» (L. FARANDA, *Voci dal silenzio*, in S. FERRARO, *La semimbecille e altre storie*, cit., p. 335).

30 Sull'argomento cfr. G. CAMPESI, *Soggetto, disciplina, governo. Michel Foucault e le tecnologie politiche moderne*, Milano, Mimesis, 2011.

31 Si tratta di quei meccanismi di "arretramento statale" che, come spiega Michel Foucault, sono propri della governamentalità; M. FOUCAULT, *La governamentalità*, in «Aut aut. Potere/ sapere. Materiali di ricerca genealogica e interventi critici», n. 167-168 (1978), pp.12-29.

32 G. PROCACCI, *Underclass e esclusione sociale*, cit.

e la capacità produttiva del singolo diviene parametro primario di inclusione o di esclusione dai benefici assistenziali, generando una gerarchia temporale della sofferenza<sup>33</sup>.

Su tali basi si innesta la funzione della medicina psicosomatica, che riscrive in chiave psicologica una serie di disturbi organici — sottraendoli all'intervento sanitario pubblico — e contribuisce a ridefinire la cartografia dei pericoli e, dunque, delle insicurezze che minacciano la società, producendo un elevato costo sociale in termini di mancata assistenza medica rispetto alle patologie organiche dei soggetti indigenti.

Per inciso, il soggetto ricco non è preservato da un intervento diretto della medicina della mente e dell'anima; da un lato il dispositivo psichiatrico agisce sulle masse di indigenti/devianti e produce un senso di sicurezza nelle classi sociali più agiate; dall'altro esso agisce su queste ultime attraverso la sempre più frequente moda della psicoanalisi, la terapia per i ricchi, fatta in prevalenza di interpretazione e soggettivizzazione, come spiega Deleuze<sup>34</sup>.

Per semplificare brutalmente, la produzione e la cura del malessere interiore sono ormai finalizzate al governo dei ricchi, mentre le malattie mentali — narrate come in costante aumento — sono dei poveri e, più in generale, dei soggetti economicamente e socialmente deboli.

Naturalmente, in funzione di tali presupposti, cresce l'allarmismo relativo al rapporto tra povertà e malattia mentale, così come cresce la morsa dell'intervento psichiatrico, che se da un lato cede alla deistituzionalizzazione dei manicomi — portando allo scoperto la follia, rendendola sopportabile al malato e alla società nel suo insieme — dall'altro riattiva le pratiche di un governo morale dei malati, indirizzato a salvaguardare l'ordine socio-economico<sup>35</sup>.

33 Paul Farmer spiega che nel rapporto tra povertà, devianza e patologia si definiscono le attuali logiche di potere di esclusione dagli statuti ordinari di cittadinanza; P. FARMER, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the new War on the poor*, London, University of California Press, 2003.

34 G. DELEUZE, *Due regimi di folli e altri scritti*, Torino, Einaudi, 2010 (1<sup>a</sup> ed. 1973).

35 Sull'argomento cfr. O. DE LEONARDIS, T. EMMENEGGER, *Le istituzioni della contraddizione*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», n. 3 (2005), pp. 1-27; H. SPANDLER, *From Social Exclusion to Inclusion? A Critique of the Inclusion Imperative in Mental Health*, in «Medical Sociology», 2 (2007), pp. 3-16.

Dal 2011 si susseguono dati allarmistici in merito alla relazione direttamente proporzionale tra crisi economica e aumento delle patologie mentali, diffusi sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>36</sup> sia dall'organizzazione Mental Health Europe<sup>37</sup>. Il dato da sottolineare è che tali discorsi allarmistici confluiscono verso la riconversione e la restrizione costante delle risorse istituzionali, a favore di principi vacui di comunità diffusa, di solidarietà, di affettività, quali obiettivi centrali nell'economia terapeutica, che è economia politica. In altri termini, l'intervento istituzionale non avviene in termini di guarigione, di ripristino della vita produttiva, ma di produzione di socialità e di controllo<sup>38</sup>.

Concretamente si determina una perpetua istituzionalizzazione del disagio e della patologia mentale, con una totale abdicazione dell'intervento pubblico, per cui dalla chiusura dei manicomi si è passati al processo di contrazione degli ospedali psichiatrici e alla successiva creazione di nuove forme di abitazione forzata per i malati di mente

36 WHO, 2011, *NCDs, poverty and development*, in «www.who.org», al link: <http://www.who.int/globalcoordinationmechanism/ncdthemes/povertydevelopment/en/>.

37 MHE, 2014, *Annual Report 2013*, in «<http://www.mhe-sme.org/>», al link: [http://www.mhesme.org/fileadmin/Position\\_papers/MHE\\_Annual\\_report\\_2013.pdf](http://www.mhesme.org/fileadmin/Position_papers/MHE_Annual_report_2013.pdf).

38 Uno dei paradossi più evidenti delle attuali logiche di governo del sociale è che individualismo, personalizzazione e disciplina dell'autonomia devono coesistere con il ritorno dell'idea di "comunità" (considerata uno spazio sociale in grado di auto-governarsi) e il rafforzarsi delle pratiche di partecipazione [per un'analisi critica del riaffermarsi del concetto di comunità nell'ambito delle politiche sociali cfr. E. GARDINI, *Sulle possibilità del welfare. Dalla protezione sociale alla promozione di sé*, in S. FERRARO, E. GARDINI, cura di, *Il governo del "sociale"*, cit.; per un'analisi critica delle pratiche di partecipazione nel contesto neoliberista cfr. G. MOINI, *Le pratiche partecipative nel contesto delle politiche neoliberiste*, in «Rivista italiana di politiche pubbliche», n. 1 (2011), pp. 93-121; ID., *Teoria critica della partecipazione*, Milano, Franco Angeli, 2012. In merito al principio di comunità si consideri che la legge n. 328 del 2000 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*); per una lettura critica di questa legge cfr. A. D'ASCENZIO, *La reinvenzione dello spazio pubblico. Tra programmazione e impresa sociale in Campania*, in S. FERRARO, E. GARDINI, cura di, *Il governo del "sociale"*, cit.) istituzionalizza proprio il concetto di *caring society* o di *community care*, cioè la presa in carico di una comunità da parte di alcuni soggetti della comunità stessa; di fatto parliamo della messa a profitto da parte dello Stato dell'intreccio di aiuti, in origine informali e spontanei, poi divenuti cooperative sociali, associazioni di volontariato e mutuo aiuto (sull'argomento cfr. S. FERRARO, *Sistema sociale, sistema lavoro. Professionisti, operatori e volontari: tra paradossi, retoriche e riforme*, in S. FERRARO, E. GARDINI, cura di, *Il governo del "sociale"*, cit.) Per comprendere il livello di incisività di tale istituzionalizzazione, bisogna tener presente, come spiegano Carlo Pennisi e Maria Carmela Agodi, che le norme giuridiche non sono solo semplici strumenti per definire obiettivi, mezzi e procedure, ma sono anche prodotti culturali specifici; C. PENNISI, M. C. AGODI, *Il diritto delle burocrazie. Il welfare di cui non si parla*, Milano, Giuffrè, 2001.

più disagiati; si tratta, spesso, di piccole realtà organizzative private, di natura più assistenziale che sanitaria<sup>39</sup>.

I rischi connessi a tale processo sono i medesimi che investono tutti i servizi sanitari e socio-assistenziali e sono strettamente connessi all'evoluzione e alla professionalizzazione standardizzata dell'attività di volontariato, che per alcuni anni ha svolto una funzione di supporto al tradizionale sistema di Welfare State. In merito alla specifica condizione della riforma psichiatrica italiana, resta il pericolo costante che le strutture intermedie di assistenza si trasformino in asili di nuova cronicità, ove gli operatori diventano delle figure ambigue, sfocate<sup>40</sup>.

### 3. Soggettività povere e “malate”

Bourdieu spiegava che la miseria è distinguibile in miseria di condizione — che si riferisce al reale stato di indigenza — e miseria di posizione, relativa al punto di vista di chi la prova<sup>41</sup>. Il sociologo francese faceva anche riferimento alla necessità di dare spazio e analizzare la miseria di posizione, o piccola miseria, poiché porre la grande miseria (quella di condizione) come misura esclusiva di tutte le miserie impedisce di scorgere e di comprendere miriadi di altre sofferenze.

Quella degli homeless incontrati durante la ricerca presso la Onlus che offre loro assistenza è fuor di dubbio la grande miseria, cioè è povertà concreta, profonda e visibile. È la miseria di vite sregolate, di assenza di reti familiari, di non-lavoro. Si tratta di figure contemporanee della povertà urbana, soggetti di esclusione, appartenenti a una specifica rappresentazione dello spazio sociale definito *underclass*<sup>42</sup>.

39 Per un'analisi critica di tale condizione cfr. M.G. GIANNICCHEDDA, *Introduzione. L'utopia della realtà. Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*, in F. BASAGLIA, *L'utopia della realtà*, cit.

40 Sull'argomento cfr. P. DI VITTORIO, *Le balbuzie di Basaglia*, in «Aut Aut», n. 285-286 (1998), pp. 87-133.

41 P. BOURDIEU, a cura di, *La miseria del mondo*, cit.

42 *Underclass* è l'etichetta linguistica con la quale è attualmente definita la povertà urbana; sull'argomento cfr. D. FASSIN, *Exclusion, underclass, marginalidad. Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine*, in «Revue française de sociologie», n. 1 (1996), pp. 37-76.

Tuttavia, la costante attività di rilevazione etnografica ha consentito anche un confronto con “la piccola miseria” — o miseria di posizione — quella cioè vissuta e raccontata dagli operatori e dai volontari che assistono e “curano” la povertà, facendo quotidianamente fronte a risorse economiche sempre più scarse, a una burocrazia addirittura aggravata dal sistema di territorializzazione dei servizi di Welfare State e, in molti casi, alla loro stessa precarietà lavorativa.

La struttura presso la quale è stata svolta la ricerca accoglie ogni sera 140 senza fissa dimora, che possono permanere in tale ricovero per 15 giorni e, poi, devono lasciare il posto agli altri homeless: si tratta di una permanente rotazione di soggettività. Gli uomini sono più numerosi delle donne, che tuttavia crescono costantemente. Colpisce il dato sociologico relativo all'eterogeneità dei soggetti presenti: uomini separati, ex badanti che non riescono più a trovare lavoro, migranti e persino qualche ex dirigente che è appena stato licenziato.

Per Anderson<sup>43</sup>, che studiava la vita degli *hobo*<sup>44</sup> nel 1922, il senza fissa dimora era il lavoratore in posizione provvisoria, tanto disposto ad andare dovunque per cogliere l'opportunità di un lavoro, quanto ugualmente pronto a lasciarlo in seguito; in altri termini un tempo gli homeless erano essenzialmente i vagabondi, uomini che si dissociavano dal senso di appartenenza moderno e dall'organizzazione sociale, privi di legami familiari, caratterizzati dall'elemento saliente della mobilità; erano sostanzialmente coloro i quali si sottraevano alla schiavitù del lavoro in nome dell'altrui plus-guadagno.

Oggi, invece, aumentano corposamente i soggetti in condizione di indigenza a causa della precarizzazione del lavoro.

Pertanto, non è cambiata nella sostanza la tipologia di senza fissa dimora; tra loro — come ai tempi di Anderson — ritroviamo ancora quelli che svolgono lavori saltuari o stagionali, disoccupati,

43 N. ANDERSON, *Il vagabondo*, cit.

44 Il termine *hobo* è introdotto nel linguaggio sociologico proprio dalla ricerca di Neil Anderson, il quale studiò i senza fissa dimora che popolavano un'area periferica di Chicago, detta appunto *Hoboemia*; gli hobo possono essere definiti come un popolo senza nazionalità né frontiere, prodotto della rapida espansione economica: rappresentavano il confluire di esperienze, stati d'animo, progettualità tradite dall'industrializzazione e relegate allo spazio extraurbano.

coloro i quali hanno problemi nella vita privata o di salute. Ciò che è profondamente cambiato è il meccanismo di costruzione e di gestione del loro *déplacement*<sup>45</sup>: la loro condizione è l'esito di una traiettoria di progressivi sganciamenti dai contesti lavorativi e quindi di inclusione sociale, pervenendo a una condizione di *désaffiliation*, cioè a un processo di "sganciamento" dagli statuti ordinari della cittadinanza a seguito della perdita di lavoro e/o delle garanzie a esso connesse<sup>46</sup>.

Tuttavia, questa stessa grande miseria si compone, a sua volta, di una miriade di piccole miserie o di miserie di posizione, per ritornare a Bourdieu<sup>47</sup>. Esiste, infatti, tra gli stessi ospiti della Onlus una sorta di gerarchia della sofferenza: quanto maggiore è il disagio mentale che accompagna la loro condizione di indigenza tanto più alcuni soggetti possono assicurarsi una permanenza stabile presso la struttura e non essere costretti ad abbandonare il letto dopo i 15 giorni di turnazione.

Per esempio, Luisa ed Enrico sono due homeless che alloggiano permanentemente presso la struttura, sono poveri e congiuntamente entrambi hanno diagnosi di malattia mentale legata a disturbi comportamentali.

Come Luisa ed Enrico, presso la stessa struttura vi sono altre 17 protagonisti di "biografia patologiche", rispetto alle quali non si indagano le cause della loro presunta devianza, quanto piuttosto si rafforzano gli argini della loro separazione dal resto del corpo sociale, ritenuto sano.

La patologia mentale diagnosticata a queste vite di marginalità paradossalmente "li tutela", garantisce loro un letto dove dormire poiché li rende più fragili e quindi comporta per gli operatori e i volontari della struttura un maggior senso di responsabilità nell'assistere queste vite. Povertà e follia si ricongiungono in queste vite e assicurano a Luisa e a Enrico un tetto sotto il quale ripararsi, a tutela del principio di utilità sociale o di sicurezza dei cittadini "sani".

Che la loro diagnosi sia fondata o meno, che sia piuttosto normale vivere stati di ansia, di disorientamento, di paura e perciò piangere o urlare in maniera scomposta quando si è in condizioni di estrema indigenza, poco conta nell'attuale gestione dell'economia sociale.

45 Sull'argomento cfr. R. CASTEL, *Le metamorfosi della questione sociale*, cit.

46 *Ibidem*.

47 P. BOURDIEU, *La miseria del mondo*, cit.



Tuttavia diviene sociologicamente rilevante il fatto che questi uomini e queste donne imparano a convivere con la loro patologia mentale, persino “ostentandola” a garanzia di un letto. Questa loro paradossale condizione di “garantiti” genera negli altri homeless una permanente conflittualità, uno “stato invidia” nei confronti di chi preserva un letto perché “matto”. Giulio, un uomo divorziato che si arrangia lavorando saltuariamente come facchino, racconta:

Sono finito qui perché mia moglie ha chiesto la separazione e io non ho più la mia famiglia d'origine, nel senso che mamma e papà sono morti e la mia unica sorella sta più rovinata di me e non mi può aiutare. Facevo il camionista, ma poi mi hanno licenziato perché il lavoro è diminuito molto. Mi arrangio facendo il facchino, lavoro in nero, senza un contratto e, dovendo pagare gli alimenti alla mia ex moglie (abbiamo pure 2 figli), non posso pagare il fitto. Ogni 15 giorni finisco per strada per almeno un mese perché le liste d'attesa per il posto-letto sono lunghissime e io finisco sempre in coda perché ho solo 46 anni e sono sano. Se non tieni un problema di salute, devi finire per strada. Qua ci stanno quelli che sono matti e che non vengono mai cacciati. Se almeno riuscisci a dare di matto non mi caccerebbero più, capisci? (Intervista a Giulio, Napoli, 3 luglio 2015).

La testimonianza di Giulio è sintomatica di una percezione di sé come più misero tra i miseri ed è, pertanto, un'evidente esempio di miseria di posizione, che si definisce nel più complesso sistema della grande povertà, perché conduce alla messa a nudo di un micro-conflitto per la sopravvivenza stessa.

Del resto, la sociologia fenomenologica e l'approccio biografico consentono di “ruotare” attorno al soggetto e di comprenderlo, analizzandolo soprattutto nelle sue debolezze<sup>48</sup>.

Non a caso la narrazione di Luisa esplica la consapevolezza sia della sua paradossale condizione di privilegiata sia della funzione di etichettamento sociale del suo stato di disagio mentale; racconta, infatti:

48 Sull'argomento cfr. C. CIPOLLA, *Oltre il soggetto, per il soggetto. Due saggi sul metodo fenomenologico e sull'approccio biografico*, Milano, Franco Angeli, 1993.

Sono finita qui perché un giorno, mentre ero a lavoro nella fabbrica di pelati dove ho lavorato per 7 anni, ho avuto una crisi isterica dopo una litigata con il capo-reparto. Le litigate con lui erano frequenti, perché tanto aveva deciso che mi doveva fare fuori, licenziare, perché ormai c'erano troppi operai e poco lavoro e io ero la più giovane. Avevo 31 anni 5 anni fa, quando è successo il fatto. Lui mi provocava e io reagivo. Quella volta ho cominciato ad agitarmi e a tirare tutto quello che mi capitava fra le mani. Lanciavo oggetti e i miei compagni di lavoro fuggivano da tutte le parti. A un certo punto ho sentito che hanno chiamato l'ambulanza e ho deciso di fuggire. Non mi hanno vista mai più. Mi hanno dato una liquidazione misera, ma io non ho potuto fare niente perché avevo paura di tornare lì e i danni li avevo fatti, avevo pure lesionato una delle macchine lanciando un barattolo contro il capo-reparto. Insomma, brutta storia... Sono fuggita perché ho avuto paura: da piccola un giorno arrivò un'ambulanza a prendere la vicina che pure aveva avuto una crisi isterica e non l'ho più vista. Mi hanno detto che l'avevano chiusa nell'ospedale dei pazzi e io ho avuto paura che succedesse pure a me. Non ho più trovato un lavoro stabile e quando ho finito i soldi della liquidazione ho dovuto lasciare la stanza che avevo preso in fitto e sono arrivata qua. All'inizio qua avevo paura di tutti e varie volte ho aggredito gli altri barboni, poi spesso mi agitavo e urlavo contro chiunque, ma perché avevo paura. Allora, un giorno, mi fecero visitare da un medico che mi ha diagnosticato la malattia della mania di persecuzione, con tutta una serie di altre manie. Da quel momento mi hanno dato la terapia e non mi cacciano mai di qua. A me così va bene, anche se però ormai sono malata per sempre e trovare un lavoro diventa proprio difficile (Intervista a Luisa, 37 anni, Napoli, 6 maggio 2015).

Di fronte a simili vite la dimensione esistenziale e narrativa diviene ovviamente parte dell'anamnesi e si interseca sia con la rilevazione dei sintomi clinici sia con la cura, come spiega Rita Biancheri<sup>49</sup>; la stessa Luisa ne è consapevole:

La mia è stata ed è una vita difficile. A 18 anni sono scappata dalla mia famiglia perché lì vivevo come una reclusa, neanche a scuola mi volevano mandare, ero

49 R. BIANCHERI, *Introduzione*, in «Salute e Società», n. 3 (2016), pp. 13-17.

l'ultima di 7 figli ed ero pure l'unica femmina. Facevo, in pratica, la cameriera dei miei fratelli e di mio padre insieme a mia mamma. Vivevamo in un paese in provincia di Caserta e tenevamo la campagna e le pecore. Stavamo abbastanza inguaiati a soldi, non era bella quella vita e pure senza prospettive e allora me ne andai e, poi, mio padre non mi ha mai più voluta vedere e nessuno dei miei fratelli mi ha cercata, ma va bene così. È ovvio, però, che ho paura di tutto e tutti, sono sempre stata da sola e ho dovuto imparare a difendermi. È ovvio pure che aggredisco quando mi sento in pericolo; però, sembra che non sia così ovvio, sembra che sia una malattia della testa e io ho questa malattia e qui mi curano e mi danno una terapia. Ma secondo te la paura è una malattia? (Intervista a Luisa, 37 anni, Napoli, 6 maggio 2015).

La povertà, poi, si interseca spesso anche con un passato fatto di dipendenze, per esempio da alcol, come per Enrico:

Ho 52 anni e sono un ex-alcolista. Ho bevuto per ben 10 anni e per questo ho perso il lavoro, la moglie (che mi ha lasciato) e pure la mia famiglia. Lavoravo, avevo un buon lavoro in un centro commerciale nel mio paese in provincia di Benevento però, poi, ho rubato gli incassi per bere e mi hanno licenziato e così ho perso tutto, pure la speranza ho perso.

Non voglio giustificare le brutte cose che ho fatto però la verità è che non ti danno un'altra possibilità perché io, poi, mi sono disintossicato in una struttura e ho cominciato a cercare lavoro, ma non ho trovato più niente. Per un po' ho guadagnato qualcosa vendendo calzini per strada a Benevento, ma l'idea di non poter tornare a casa mia, da mia moglie, mi ha fatto impazzire e infatti un giorno ho cominciato a fare cose strane per strada, non ricordo molto, so solo che urlavo e mi prendevo a pugni da solo. Mi sono risvegliato in un letto di ospedale, mi avevano fatto un TSO [trattamento sanitario obbligatorio]. È stato bruttissimo stare lì dentro e quando mi hanno dimesso mi hanno affidato al Centro di Igiene mentale di Benevento e mi hanno bombardato di medicine. Ho capito che mi stavano inguaiando e allora ho deciso di lasciare quella città e venire a Napoli. Da allora sto qua, in questa struttura, e la cosa bella è che qui non mi cacciano perché quando sono arrivato ho detto che avevo una diagnosi di disturbo della personalità. Gli operatori mi hanno osservato per molti giorni e io ho capito che mi vedevano come uno strano,

infatti poi mi hanno mandato dallo psicologo che ha confermato la mia malattia. Più mi comporto strano, più non mi cacciano e allora la verità è che a me in questo momento conviene così, almeno so dove dormire (intervista a Enrico, Napoli, 7 aprile 2015).

Da sempre la psichiatria si affanna a stabilire un nesso di causalità tra povertà e malattia mentale: da un lato chi vive in povertà risulta avere un rischio di malattia mentale superiore; dall'altro le persone malate di mente corrono un rischio maggiore rispetto ad altri di diventare povere. Per curarsi, infatti, devono affrontare costi sanitari elevati, hanno difficoltà a ottenere e mantenere posti di lavoro, sono meno produttivi nel lavoro, soffrono dello stigma e dell'isolamento sociale dovuti alla stessa malattia mentale.

Queste sono, per grandi linee, i nessi che da sempre il sapere medico che "cura" la mente va professando.

Tale nesso legittima, nei fatti, la patologizzazione della povertà e la medicalizzazione di ogni singolo conseguente disagio che essa produce, ma soprattutto oggi — a fronte di un sistema socio-assistenziale sempre più scarno — avallare tale nesso significa esimere il potere statale da un eventuale intervento sulle cause della povertà e delegare gli effetti della stessa all'intervento medico.

Quando, poi, come nei casi di Luisa ed Enrico, la povertà si fa cruenta e quasi irreversibile, il rinvio alla malattia mentale consente di limitare ai minimi termini l'intervento assistenziale: un letto dove dormire e qualche farmaco, ottenendo congiuntamente due risultati, il primo è l'assenza dell'intervento statale sulle cause della loro povertà e il secondo è l'assenza di un piano terapeutico di reale guarigione. Tuttavia, va sottolineato con forza che entrambi gli obiettivi sono perseguiti a patto di negare ai soggetti in questione i loro diritti di cittadinanza. Nei fatti si tende a mantenere lo *status quo* del povero/matto, affinché sia placata ogni possibile azione di rivendicazione da parte del soggetto in questione, garantendo l'ordine sociale e preservando l'arredo urbano quasi a "costo zero".

#### 4. Per concludere: massimizzare l'esistenza

La patologizzazione del disagio economico è funzionale alle attuali logiche neoliberali di massimizzazione dell'esistenza. Attualmente la complessa macchina sociale, in nome del finanzia-capitalismo, interviene direttamente sui processi di costruzione dell'identità e del legame sociale disgregandolo, poiché più si è isolati, più si è controllabili e gestibili<sup>50</sup>.

La capacità di presentarsi come soggetti responsabili e sani, in grado di partecipare alla produzione di profitto, è il pre-requisito per l'accesso ai diritti<sup>51</sup>. Del resto, come ben chiarisce Luciano Gallino<sup>52</sup>, il neoliberismo ha generato una sorta di macchina sociale capace di penetrare in maniera capillare in tutti i sotto-sistemi sociali e in tutti gli strati della società, della natura e della persona.

La finanziarizzazione del mondo è prima di tutto finanziarizzazione della singola vita, innescando costanti processi di desoggettivizzazione dei perdenti, precarizzando le loro esistenze e congiuntamente ridefinendone aspirazioni, desideri e bisogni di distinzione.

In sintesi, per massimizzare e accumulare il valore estraibile dal maggior numero possibile di esseri umani, sotto forma di capitale e di potere, il sistema neoliberale deve abbracciare ogni momento e aspetto dell'esistenza; nei casi di massima estraneità al corpo sociale "sano" esso deve agire in termini di patologizzazione, così come avviene per Luisa, Enrico e gli altri incontrati durante la ricerca.

50 Sull'argomento cfr. L. GALLINO, *Finanzcapitalismo*, cit.

51 Ciò implica che ammalarsi può persino divenire un diritto, proporzionato alla capacità di essere un soggetto responsabile; ne consegue che il diritto a essere curati è direttamente proporzionale alla capacità produttiva dell'individuo. Sull'argomento cfr. A. MATURO, G. REMUZZI, *Ci curano o ci curiamo? Il malato tra crisi economica e responsabilità individuale*, Milano, Franco Angeli, 2013.

52 L. GALLINO, *Finanzcapitalismo*, cit.