

Medicalizzazione e società neoliberale

Riflessioni critiche a partire da “Salute/Malattia” di Franca Ongaro Basaglia

di Rosanna Castorina

1. Introduzione

Il libro di Franca Ongaro Basaglia *Salute/malattia. Le parole della medicina* ripubblicato nel 2012 a trent'anni di distanza dalla prima edizione (Ongaro 1982) raccoglie una serie di voci scritte tra la fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta e destinate all'Enciclopedia Einaudi. Tale contributo costituisce uno spunto molto importante per affrontare alcune tematiche di stringente attualità che riguardano i concetti di salute e malattia e, nello specifico, il rapporto tra il processo di medicalizzazione/tecnicizzazione della cura e la politica di normalizzazione neoliberale del corpo “malato”, “improduttivo” e “deviante”. Ongaro infatti analizza la nascita della clinica, il successivo processo di graduale superamento dell'ottica custodialistica delle istituzioni totali e giunge a interrogare le possibili contraddizioni che tale rovesciamento, a sua volta, ha prodotto nell'assetto organizzativo e gestionale delle politiche sociali e sanitarie.

Con la nascita della clinica, nella seconda metà del XVIII secolo, la medicina teorizza come fondamento del suo intervento il carattere “naturale” delle condizioni di vita degli uomini e ne riconferma la naturalità come esito scientificamente legittimato, divenendo un sapere/potere normalizzatore all'interno del sistema socioeconomico capitalistico. La salute è vista in tal modo come un'astrazione, un'utopia di benessere fisico, mentale e sociale che deve essere costantemente ricercata attraverso l'isolamento della malattia in istituzioni deputate al proprio contenimento o alla propria “correzione”. La patologia è interpretata quindi come fuga o come deresponsabilizzazione nociva dell'individuo malato, perché rischia di minare l'equilibrio e l'armonia di un corpo individuale/sociale sano, efficiente e produttivo. Allo stesso modo il ruolo del medico, dello psichiatra, dell'operatore sociale che ha in carico il malato è contraddistinto dalla violenza del potere istituzionale che incarna e che deve esercitare rimuovendo e misconoscendo la contraddizione conflittuale che il corpo escluso porta con sé (Ongaro 2012).

La strategia messa in atto dalla clinica per istituire un apparato medico che si occupasse dell'ospedalizzazione e della segregazione del corpo malato all'interno delle istituzioni terapeutiche, dei manicomi e degli ospizi è stata superata in senso anti-segregazionista a partire dalla promulgazione della legge 180/78, che ha posto nella de-istituzionalizzazione il primo fondamentale obiettivo di una lotta politica e civile incentrata sulla necessità di restituire centralità al corpo sano/malato nell'insieme delle sue relazioni con il contesto socio-ambientale in cui è incluso, nella convinzione che è a partire dalla complessità dei bisogni materiali e relazionali dell'esistenza che si può cercare di comprendere il disagio e fornire delle risposte. Infatti, il disagio è espressione di una contraddizione che investe la globalità e la complessità del vissuto di un individuo e che non può essere semplicemente rimosso con un gesto tecnico o includendolo all'interno di rigide categorie nosografiche.

Tale contraddizione è una *richiesta di riconoscimento* che richiede non solo la comprensione della complessità dell'individuo nei suoi bisogni bio/psico/socio/ambientali ma che implica anche la rivendicazione politica di un'autonomia responsabile del soggetto malato che superi dialetticamente sia la dimensione coercitiva della relazione di dipendenza medico-paziente sia l'astratta e paradossale cultura dell'inclusione come tutela deresponsabilizzante.

2. Medicalizzazione e normalizzazione a partire da Franca Ongaro

Prima di esplorare la portata profondamente attuale del discorso di Franca Ongaro, soprattutto riguardo ai possibili spunti di analisi critica dell'odierno assetto economico capitalistico, vorrei chiarire cosa si intende con i termini medicalizzazione e normalizzazione.

La medicalizzazione fa riferimento a una definizione meramente organica del corpo sano/malato volta a ricondurlo a un intervento tecnico-farmaceutico operato dentro istituzioni e da personale specializzato. Come suggerisce Ongaro¹ il processo di medicalizzazione ha costituito, sin dalla nascita della clinica nella seconda metà del Settecento, la base per poter isolare la malattia, riconducendo quest'ultima in maniera diretta e spesso esclusiva all'organo o all'apparato malato e rompendo di fatto la continuità tra la sofferenza del corpo e il punto di attacco della malattia. Infatti tale processo, oggi come ieri, mira a frammentare il corpo malato, rompendo la continuità psicofisica dell'individuo sofferente e facendo della malattia un problema specifico che può essere oggettivato, collocato nel sostrato organico e affidato alla competenza "tecnica" del medico.

Si può dire che la prassi medicalizzante, frammentando il corpo e legando la malattia o il disturbo al sostrato organico, riduce o elimina la componente sociale della spiegazione della patologia e, al contempo, scinde la globalità del corpo dalla parte malata. Si tratta di una duplice separazione: della parte malata rispetto al corpo e di questo rispetto al contesto sociale che genera sofferenza. Ciò significa che l'individuo non è visto come un sistema complesso, olistico, radicato nella globalità dei suoi bisogni organici e delle sue relazioni interpersonali ma un organismo inerte, nel quale la malattia si cela silenziosamente.

Il processo di medicalizzazione è stato funzionale all'imposizione di un certo ordine sociale che si è rivelato indispensabile per lo sviluppo di un determinato modello economico e produttivo: il capitalismo industriale. Sin dalle prime teorie economico-politiche (Malthus 1997; Ricardo 1986) il corpo malato fu considerato come il contraltare del corpo sano: il primo fu affidato alle istituzioni mediche, il secondo al sistema economico e lavorativo. Il corpo malato poteva quindi o essere isolato nelle istituzioni mediche, se irreversibile, o rimesso a posto, guarito e restituito al mercato. Sin dagli albori del capitalismo industriale la medicalizzazione ebbe, pertanto, una funzione socio-organizzativa molto importante e fu un fattore di normalizzazione e di controllo della devianza. I corpi malati, inadatti al lavoro, disfunzionali, furono separati dal corpo sano, allontanati da esso o mantenuti come negatività malata ed etichettata al proprio interno.

¹ Ongaro definisce la medicalizzazione come «riduzione in termini medici di fenomeni che possono essere in tal modo più facilmente controllati» (Ongaro 2012, 149). La funzione medicalizzante della medicina non fa altro che deresponsabilizzare sia il soggetto che è portatore del disagio sia l'organizzazione sociale che la produce.

Si comprende perché la normalizzazione sia strettamente legata alla medicalizzazione. Un corpo in salute risponde perfettamente alla norma mentre uno malato si allontana da essa. Il criterio che definisce quale debba essere lo scarto tra la norma e le parti del corpo che a essa si raffrontano cambiano di epoca in epoca. Essa va di pari passo con il variare del concetto di malattia (Foucault, 2009). Entro certi parametri non si è considerati fuori dalla norma ma suscettibili di essere ricondotti a parametri di normalità. Così, nel momento in cui la salute diviene obiettivo generale di progettazione sociale, la malattia comincia a essere considerata come il male nascosto da combattere e da prevenire².

La salute psico-fisica, infatti, viene a coincidere con un'adeguata condotta «senza incertezze, cadute, ambiguità e contraddizioni» (Ongaro 2012, p. 60). La salute coincide con la capacità dell'individuo di corrispondere alle aspettative sociali e produttive. Essa diviene performativa, «come ci fosse un'equivalenza diretta, obiettiva e soggettiva, tra essere normali e lavorare, produrre o essere in condizione di consumare le merci prodotte» (Ongaro 2012, p. 64).

La linea di demarcazione tra la normalità e l'anormalità segue il concetto di produzione perché è la produzione che ne rappresenta il parametro normalizzante. Questa equazione salute = produttività e malattia = improduttività necessita però di una separazione netta e assoluta: la salute da una parte e la malattia da un'altra. Ne consegue che la salute viene assunta come un valore senza il quale non esiste vita e la malattia diviene un puro accidente che turba il normale funzionamento del corpo in salute. La malattia è intesa, dunque, come qualcosa di estraneo che necessita di un intervento tecnico e che dà vita a un processo di estraniamento del soggetto dalla collettività.

Ongaro si domanda come viene individuato il confine tra normalità e anormalità. La risposta sta nell'individuazione del sistema di valori che è posto al centro della definizione normativa in relazione alla quale si stabilisce che un determinato soggetto o comportamento risulta “conforme” e dunque normale o “non conforme” e dunque anormale. Tale sistema di valori è quello della classe borghese. Il sogno che sta alla base di questa progettualità sociale è la creazione di una “classe media universale” (Ongaro 2012) che faccia assorbire e metabolizzare alla classe dominante i valori e i modelli di comportamento della classe dominata e che conduca quest'ultima a desiderare tali modelli tipici della borghesia. L'anormale, da questo punto di vista, è colui che mette in discussione queste regole e le trasgredisce, ne percepisce la distanza rispetto al proprio sistema di valori e ai propri bisogni. Ciò, secondo Ongaro, avviene soprattutto in psichiatria, dove la malattia mentale è definita in rapporto a un comportamento sociale stabilito come norma. Anche la sociologia contribuisce fortemente a riconfigurare i parametri della normalità e della patologia,

²A partire dalla seconda metà del XVIII secolo è la «*salute come progetto*» a svuotare di significato la vita e ad assumere le caratteristiche di un'astrazione che mette in secondo piano i bisogni del corpo sano/malato, interessandosi maggiormente alla malattia, non più automaticamente identificabile con la morte. Il soffermarsi sulla malattia, infatti, dà paradossalmente l'illusione che la morte non esista e possa essere «*rinviata indefinitamente*», affidandola al sapere sempre più tecnico del medico. Quando, tuttavia, la morte diviene inevitabile, si avrà come conseguenza che essa non rappresenterà più l'incontro dell'uomo con la sua finitudine ma «un'operazione tecnica mal riuscita che lascia sul letto un cadavere» (Ongaro 2012, p.149).

conducendo un parallelismo tra salute/malattia dell'organismo individuale e salute/malattia dell'organismo sociale³.

Le scienze umane sono quelle forme di sapere che hanno più contribuito alla creazione e al mantenimento della separazione delle due sfere del normale e del patologico e ciò preservando la cogenza della norma e consentendo il modellamento di questa su basi economico-capitalistiche:

Le scienze umane pare si siano specializzate nella focalizzazione del “normale” rispetto al “patologico”, del comportamento corretto rispetto a quello deviante, il tutto non più in rapporto a un valore assoluto che accomunava tutti di fronte alla responsabilità dei loro “peccati”, ma in rapporto all'interesse del committente (Ongaro 2012, p. 209).

É a saperi come la psicologia, la psichiatria, la pedagogia, la criminologia che verrà attribuito il compito di neutralizzare la contraddizione, circoscrivendola in istituzioni totali nelle quali potrà essere reificata e immunizzata⁴, separandola dagli altri fenomeni sociali e umani.

Questi saperi e queste istituzioni fungeranno da mediazione con lo scopo di produrre una deresponsabilizzazione della collettività e un trasferimento della “colpa” al singolo e alla propria diversità. Tutto ciò si traduce nella ricerca e nell'isolamento dell'anormalità attraverso un processo di esasperazione della diversità rispetto alla norma che diventa baluardo difensivo degli interessi sociali⁵.

La cura è lo strumento tecnico attraverso il quale si esplica questo potere con finalità normalizzatrice che si esercita incanalando, o addirittura eliminando, la conflittualità che il “corpo espropriato” porta con sé e che potenzialmente minaccia di destabilizzare il sistema della conformità sociale e soprattutto economica. Per questo l'improduttività della malattia deve rientrare nel ciclo del consumo, il quale deve intendersi non solo

³ In Parsons, per esempio, l'equivalenza tra essere in salute e lavorare, o essere malato e risultare incapace di produrre profitto è espressa in termini espliciti in quanto definisce la malattia come ciò che rende incapaci gli individui di svolgere i propri ruoli sociali.

⁴ Per il filosofo Roberto Esposito il termine immunizzazione può essere utilizzato per spiegare il processo di normalizzazione partendo da una metafora che ha l'indubbio vantaggio di accomunare semantica medica e semantica sociale. Il significato etimologico di *immunitas* deriva dal suo contrario, il *munus* che in latino significa dono. Questo termine fa riferimento all'atto del donare che implica il contro-atto del ricambiare il dono. Come mostrano molte teorie antropologiche come quelle di M. Mauss, il dono determina, in un contesto sociale, una forma di vincolo che obbliga chi lo riceve a ricambiarlo. Il legame sociale si crea, cioè, dal dono e dal contro-dono. Rispetto a questa fondamentale valenza sociale l'*immune* è colui che è dispensato dall'obbligo di restituire il dono e, quindi, rimane al di fuori del legame sociale, se ne differenzia perché estraneo o si trattiene al proprio interno in quanto nemico. Quindi, l'immune rimane separato ed è contraddistinto dalla differenza rispetto agli altri. Questa differenza consente a coloro che sono legati dal vincolo del *munus* di riconoscersi uguali rispetto alla diversità espressa dall'immune. L'immune ha quindi una funzione importante perché consente alla comunità di riconoscersi e strutturarsi sulla base di una regola o una norma (in questo caso lo scambio del *munus*). Ma l'immunizzazione è anche un termine utilizzato in ambito medico. Il vaccino è una forma di *immunizzazione artificiale* che consiste nell'inserire in un corpo in salute una piccola quantità di un germe patogeno per prevenire la formazione della stessa malattia in forma più dirompente e nociva. Quindi, con il vaccino si inserisce in un corpo sano una piccola percentuale di malattia, che consente al corpo di rafforzarsi. Trasponendo questo discorso in termini sociali si vede che il soggetto immune è una negatività di cui la società, tuttavia, ha bisogno per mantenere la salute, l'ordine sociale, per ricostituire quella norma astratta e assoluta che definisce cosa è salute e cosa è malattia (Esposito 2002).

⁵ Questa separazione tra normale e anormale avrà due funzioni differenti: ridurre a dato naturale e oggettivabile un comportamento reattivo determinando un'imputazione privata e personale di colpevolezza all'individuo e misconoscendo le cause sociali a esso connesse; annullare la responsabilità dell'atto di esclusione attraverso il ricorso a dispositivi e pratiche tecno-scientifiche. In questo caso sia la norma sia il comportamento deviante subiscono un processo di assolutizzazione che ne rende impossibile la modificazione. Ciò che si deve occultare è il carattere relativo e ambiguo sia della norma sia del comportamento deviante.

come consumo di merci e di prodotti ma anche come consumo sanitario. Infatti a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, con la riorganizzazione ospedaliera e assistenziale, la salute diviene un interesse economico in sé e l'ospedale una fabbrica che produce come sua merce la cura. Si tratta di una dilatazione del mercato cui corrisponde una trasformazione dell'organizzazione tecnica e produttiva della clinica la quale fa sì che la terapia rimanga uno dei principali fattori del controllo sociale. La "fabbrica della cura" diviene una "fabbrica del consenso" (Ongaro 2012).

L'aziendalizzazione della cura (fabbrica della cura) produce come diretta conseguenza il consenso (fabbrica del consenso) in quanto la guarigione, amministrata tecnicamente e depurata delle contraddizioni interne che produce, genera una forma di adesione da parte del malato che si riconosce nella codificazione del sintomo e nella norma che ha definito sia la cura che la guarigione. Ma questa economia terapeutica genera indirettamente nuova malattia nel momento in cui continua a disconoscere la complessità dei bisogni, neutralizzando la conflittualità nata dal disagio sociale o fornendole una risposta in termini esclusivamente tecnico-organizzativi e farmacologici. Ciò avviene senza mettere in discussione il rapporto di dominio che il tecnico esercita sul fruitore della cura e addirittura facendo sì che la tecnicizzazione contribuisca a nascondere gli effetti normalizzanti, celandoli dietro il richiamo astratto a una auspicata democratizzazione del rapporto terapeutico⁶.

3. Ambiguità dei concetti di inclusione delle diversità e tutela.

È in questo contesto che prende corpo l'ambiguità del termine *integrazione*, ambiguità che renderà sempre più difficile per il soggetto avvertire le conseguenze del processo di esclusione/estranazione. L'integrazione rappresenta, infatti, l'altra faccia della medaglia dell'esclusione, in quanto assume la connotazione di un recupero, di una riabilitazione o di un riassorbimento dell'individuo disfunzionale in una totalità di cui la norma è garante e che può essere mantenuta solo attraverso una costante azione di controllo del processo di inclusione/esclusione della diversità. La neutralizzazione della contraddizione di cui l'elemento patologico è portatore si traduce in un fattore positivo per l'organizzazione stessa in quanto ne garantisce la sopravvivenza e persino il rafforzamento (es. progressiva complessificazione degli apparati burocratici).

In un contributo del 1971 intitolato *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale* totale Franca Ongaro e Franco Basaglia parlano dell'ambiguità del concetto di integrazione sociale nel periodo compreso tra gli anni Cinquanta e la fine degli anni Sessanta. Si tratta di un'ideologia della devianza sviluppatasi dalla precedente ideologia della custodia e della punizione intesa, quest'ultima, come «esasperazione della differenza fra gli opposti, salute e malattia, norma e devianza» (Basaglia, Basaglia Ongaro 2014, p.24). Si tratta di un processo di totalizzazione che riconosce una forma di produttività anche alla malattia senza negare l'esigenza di un capillare sistema di controllo sociale operato sottoforma di etichettamento del deviante (distinguendo tra "devianza primaria" che corrisponde all'esclusione dell'individuo dalla

⁶ Ongaro mostra che l'estensione del consenso si accresce paradossalmente nell'era dei diritti. Con la Rivoluzione francese e con l'epoca dello statalismo l'esclusione, formalmente respinta dalla cultura dei diritti che pone in primo piano l'uguaglianza tra tutti i cittadini, viene sostanzialmente reintrodotta dall'economia politica che teorizza l'impossibilità naturale che tutti gli uomini siano uguali (Malthus 1997).

produzione e “devianza secondaria” intesa come stigma). L’ideologia del deviante, dunque, definisce un cambiamento nel sistema di organizzazione del controllo che, non riducendo la tecnicizzazione delle istituzioni mediche, ne implica tuttavia una riorganizzazione funzionale.

Questa riorganizzazione rischia di condurre le istituzioni sanitarie a compiere due tipi di errori (Basaglia et al. 1975): da una parte proporre delle risposte che vadano oltre la realtà della malattia, inducendo nuovi bisogni e producendo politiche preventive di controllo-stimolo atte a soddisfarli; dall’altra il rischio di aderire troppo alla realtà, riproponendo la stessa logica che genera il problema. Secondo i Basaglia in ambedue i casi il rischio è quello di riprodurre nelle pratiche quotidiane una “realtà-ideologia” che finisce per sostituire la malattia con un «sistema funzionale di organizzazione della malattia» che genera un «dilatamento del campo dell’abnorme» (Basaglia et al. 1975, p. 23) e diviene contesto privilegiato di promozione di politiche preventive a protezione della società, tramite il controllo degli elementi che ne disturbano l’andamento sociale. I servizi di assistenza a carattere preventivo, invece di curare la malattia, ne codificano nuove forme per le quali sarà necessario progettare dei servizi che forniscano nuove risposte. Tale aspetto alimenta l’ideologia-realtà in quanto genera nuove ipotesi organizzative e risposte medico-operative che non rispondono alle esigenze individuate ma che alimentano il “discorso di verità” delle scienze medico-sociali, a loro volta espressione di una logica economica produttrice di bisogni artificiali. In altre parole, si tratta di una ideologia-realtà che si sviluppa attraverso un processo di razionalizzazione e organizzazione dei bisogni; essa non implica il superamento delle contraddizioni ma la razionalizzazione del suo oggetto in termini di produzione col trasferimento della “codificazione di diversità” a un diverso livello nel quale la malattia-realtà risulta dilatata con l’assorbimento nel suo campo di comportamenti prima considerati normali⁷.

I servizi a carattere preventivo che non portano alla trasformazione della logica dell’esclusione e della strumentalizzazione della malattia sono la dimostrazione pratica del dilatamento del campo dell’abnorme, più che del suo restringimento in seguito alla cura (Basaglia et al. 1975, p. 23).

Il secondo processo, corrispondente a un’eccessiva adesione alla realtà, comprende invece la «costruzione di strutture sanitarie tecnicamente più efficienti, che ovviamente conservano intatta la logica in cui sono inserite la malattia, la sua definizione e codificazione, nonché la natura delle misure finora adottate per rispondervi» (Basaglia et al. 1975, p. 23). In questo caso il rischio è quello di dare risposte negative, che non conducono a un ripensamento della relazione tra salute e malattia e soprattutto che perdono di vista la posta politica in gioco dell’allargamento di tale rapporto alla società e alla figura del cittadino, titolare di diritti e doveri sociali.

⁷ All’interno di questo progetto si tende a creare un’illusoria “classe media” in cui tutti risultano inclusi ma in cui l’inclusione della diversità crea i presupposti per nuove forme di esclusione di cui il sistema sociale e produttivo ha bisogno. La “maggioranza deviante”, quindi, rappresenta per i Basaglia l’ultimo soggetto/oggetto ideologico-reale del sistema produttivo vigente nel periodo in cui scrivono (Basaglia, Basaglia Ongaro 2014).

Seguendo tale percorso, ci si può chiedere come l'ideologia della diversità cambi in relazione a un tipo di economia che fa della concorrenza la base delle relazioni economiche e della contrattualizzazione la base delle relazioni sociali tra privati. La nuova concezione della diversità è trattata e al contempo riflessa dalle istituzioni socio-sanitarie in maniera apparentemente non dicotomica. La dicotomia tra corpo sano-produttivo e corpo malato-improduttivo è apparentemente messa in discussione dalla nuova gestione operativa dei servizi socio-psichiatrici, sanitari, di assistenza che vedono il coinvolgimento di un'ampia schiera di soggetti, anche utenti, cui si richiede di collaborare alla gestione e alla conduzione dei servizi. Ciò nell'ottica di una visione olistica della salute che non è nettamente separata dalla malattia ma che, allo stesso tempo, potrebbe non sottrarsi alla – o addirittura finire per reinscrivere nella – funzionalità del sistema economico vigente e nei processi di trasformazione che esso produce.

Ci si deve chiedere se, al pari degli aspetti contraddittori messi in evidenza da Franco e Franca Basaglia in relazione all'antipsichiatria⁸, la trasformazione delle pratiche medico-psichiatriche non si risolva in un capovolgimento che fa emergere una maggioranza deviante ma che non destruttura alle fondamenta l'ideologia-realtà che la anima. Dobbiamo domandarci se le nuove forme di gestione democratica e partecipativa dei servizi socio-assistenziali, sanitari, psichiatrici non nasconda in fondo una nuova forma di «organizzazione produttiva della diversità» (Basaglia, Basaglia Ongaro 2014, p. 140) che razionalizza in modo nuovo i bisogni mantenendo ai margini la conflittualità che porta con sé.

Ongaro ha sostenuto che il settore socio-assistenziale, fino ai primi anni del nuovo millennio, si è mosso in maniera più incisiva sui diritti settoriali che sui processi culturali o sulle pratiche istituzionali e i modelli operativi, continuando a mettere in secondo piano il problema della disuguaglianza, intesa come:

tutto ciò di cui è fatta la problematica della vita quotidiana degli utenti del servizio pubblico: disoccupazione, sotto-occupazione, mancanza di casa, convivenze familiari impossibili, mancanza di spazi soggettivi per esprimere la propria sofferenza, assenza di prospettive e di significato che possono manifestarsi attraverso malattia e devianza (Ongaro 2012, p. 255)

per occuparsi di altri aspetti della discriminazione/differenziazione, alcuni dei quali di tipo naturale come l'età o il sesso.

Una certa ambiguità si riscontra, per esempio, nel concetto di tutela⁹ che è alla base degli interventi socio-assistenziali e riabilitativi incentrati sulla cultura universalistica dei diritti. Da una parte si parla di progetti di abilitazione, cioè «promozione di capacità, autonomia, responsabilità nel rispetto dei nuovi diritti acquisiti,

⁸Nel volume “*La maggioranza deviante*” è presente la critica all'antipsichiatria nella misura in cui lo spostamento dell'attenzione dal comportamento all'esperienza normale/deviante, sana/malata e la centralità della dimensione del *network* come strumento operativo per allargare i confini ristretti dell'istituzione sembrano non sottrarsi alla *totalizzazione dei comportamenti* progettata dal capitale. In poche parole si chiedono i Basaglia: «*in che cosa è diverso il dominio del terapeuta che si dichiara non-terapeuta, nel rapporto con il paziente-non-paziente, nel suo essere colui per mezzo del quale il malato può vivere la propria esperienza?*» (Basaglia, Basaglia Ongaro 2014, p. 135) In quel *può* è espressa la paradossalità di questo cambiamento di prospettiva che potrebbe non rivelarsi una trasformazione profonda della dinamica e del funzionamento dei processi di totalizzazione ma solo un «*capovolgimento del più e del meno*» (*idem*) che produce il rovesciamento dell'ideologia della devianza nella dimensione della malattia come valore.

⁹Ongaro ne presenta la problematicità nella lezione dal titolo *Tutela, diritti e saperi disciplinari*, tenuta presso l'Università di Sassari nel 2002 in occasione della cerimonia di conferimento della laurea *honoris causa* in Scienze politiche.

ma anche dei nuovi doveri che ne conseguono» (p. 251); dall'altra si fa riferimento alla tutela come «riduzione dello spazio fisico, psicologico e sociale in cui il tutelato possa esprimersi» (p.225). Quindi la tutela oscilla tra un progetto di abilitazione della minorità, che chiama in causa la dimensione della responsabilità e dell'autonomia personale, e la necessità di controllare il soggetto tutelato mediante la delimitazione e la riduzione di quello stesso spazio di libertà che possiede in quanto titolare di diritti universali. I fenomeni da tutelare hanno un carattere totalizzante, riguardando non solo il comportamento ma ogni aspetto della personalità del soggetto tutelato, che può, in conseguenza di ciò, vedere riconosciuto il suo diritto alla cura e alla protezione sociale o essere mantenuto illimitatamente in una condizione di inferiorizzazione/minorizzazione per rispondere alle medesime esigenze di una società «portatrice anch'essa del diritto a essere aiutata e difesa» (p. 251).

Ma l'aspetto importante di questa ambivalenza è insito nel conflitto che la cura/tutela produce mostrando lo spazio di emersione dei fattori ambientali e sociali presenti nella malattia (per esempio dando centralità alla tematica della "prevenzione"). Tale conflitto può scaricarsi in maniera diseguale sugli individui più fragili e svantaggiati generando dei rischi bioeconomici seri oppure può diventare un'opportunità di allontanamento dal modello della delega tecno-scientifica sul corpo sano/malato. In questo secondo caso è necessario che i corpi professionali che si muovono sempre più sul piano del riconoscimento e della tutela di diritti settoriali e universali operino al di fuori della cultura che fino a ora ha contraddistinto in termini diseguali sia la titolarità che l'accesso ai diritti fondamentali come la salute e la cura.

Bisogna dunque agire prioritariamente sui fattori che generano disuguaglianza sociale per poter poi salvaguardare diritti e identità specifiche o settoriali, criticando i modelli operativi tecnicizzanti e medicalizzanti, diversificando le risposte, integrando le competenze e i ruoli e realizzando un intreccio tra sfera sociale, sanitaria e psicologica.

Ongaro richiama l'importante ruolo che rivestono i nuovi protagonisti della cura come le associazioni di familiari e gli utenti. Questi soggetti riusciranno a promuovere un inedito rapporto tra medico e paziente se saranno in grado di lottare contro la radice sociale delle disuguaglianze, agendo in modo tale che i diritti conquistati non producano l'effetto paradossale di estendere a dismisura l'intervento tecnico-specialistico, la parcellizzazione istituzionale, la delega al mercato del corpo sofferente o malato. È questo, infatti, il pericolo più grande cui questa nuova organizzazione delle pratiche e delle attività socio-sanitarie può condurre: l'applicazione della forma economico-contrattuale o negoziale alle nuove pratiche socio-sanitarie, con conseguente sfruttamento a fini bioeconomici della semantica dell' "universalizzazione del rischio".

Robert Castel spiega tale aspetto parlando della contrattualizzazione dei sistemi di protezione sociale¹⁰ e criticando l'abuso del ricorso al concetto di "cultura del rischio" come accettazione dello *status quo* (Castel 2004). I dispositivi di protezione sociale sono attraversati dalla tendenza alla personalizzazione e

¹⁰Sul versante della protezione sociale l'odierno assetto economico contrattuale introduce dei cambiamenti in quanto a una società dell'assicurazione fondata su sistema salariale che dispensava protezione in base alla posizione professionale e collettiva del soggetto nel mercato del lavoro e nella società si contrappone una società del rischio individualizzato che "contrattualizza" e personalizza la concessione previdenziale e assicurativa e la sottopone a un processo di negoziazione.

all'individualizzazione, in quanto mirano a collegare la concessione di una prestazione alla condotta personale del beneficiario. Si tratta di un modello contrattuale di scambio tra chi richiede risorse per proteggersi dai rischi e chi le fornisce. Una tal evoluzione, nonostante abbia avuto esito positivo nel correggere la natura impersonale e burocratica della valutazione dei bisogni, destruttura «lo statuto incondizionato dell'avente diritto» (Castel 2011, p. 73) e sottovaluta la disparità delle risorse tra i contraenti. Il beneficiario della prestazione continua, in tal modo, a subire un profondo processo di stigmatizzazione in quanto rimane pur sempre colui che chiede; inoltre viene a esso attribuito un potere negoziale che spesso non possiede, essendo in condizione di richiedere protezione proprio in quanto privo di risorse. In questi casi, infatti:

l'individuo ha bisogno di protezioni proprio perché, in quanto individuo, non dispone da solo delle risorse necessarie per assicurarsi la propria indipendenza. Attribuirgli perciò la responsabilità principale del processo che deve assicurargli questa indipendenza, significa il più delle volte imporgli un imbroglio. (p. 74)

Questa ipocrisia produce scarsissimi risultati in termini di reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti che beneficiano di misure individualizzate di protezione. Inoltre, questa logica contrattuale batte molto sulla semantica dell'essere attivi, del ricercare in se stessi le risorse necessarie, dell'assumersi in prima persona le responsabilità che è direttamente ricollegabile alla logica contrattuale imperante nel mercato mondiale. Tale logica negoziale è l'esatto contrario del principio dell'universalità dei diritti su cui si fondava il Welfare State di molti stati europei fino alla seconda metà degli anni Ottanta. L'esigibilità dei diritti sociali e civili si contrappone alla negoziabilità degli stessi, in quanto non fonda l'accesso alle prestazioni sui soli meriti dei beneficiari ma mira a distinguere la titolarità e l'esigibilità dei diritti che sono universali – e come tali appartengono a tutti – dalla negoziabilità e dalla conseguente non uniformità delle condizioni di applicazione e di esercizio.

3. Cura: diritto universale o contratto?

Il processi di contrattualizzazione non toccano solo le politiche previdenziali e assistenziali ma anche quelle sociali e sanitarie. Per comprendere ciò bisogna analizzare la differenza tra il concetto di *government* e quello di *governance*, differenza resa evidente dall'emergere del sistema integrato dei servizi socio-sanitari a seguito della riforma introdotta dalla legge 328/2000.

Rispetto ai meccanismi di legittimazione delle politiche sociali basati su un principio di autorità che si pone al centro della definizione di *government*, la *governance* è caratterizzata dalla presenza di una molteplicità di attori pubblici e privati, dall'emersione di una pluralità di ambienti dell'azione pubblica complessi e tendenzialmente a bassa integrazione, dall'esistenza di un'estesa domanda di coordinamento di tutte le realtà, dall'importanza crescente che assumono le logiche negoziali o consensuali.

In questo contesto molte possono essere le forme di *partnership* che si creano tra attori pubblici, privati e società civile. Ciò implica anche varie forme di delega dal pubblico al privato. Lo stato assume una funzione

di regia, divenendo l'istituzione unificatrice che ha il compito di tenere insieme i vari attori e favorire le relazioni tra essi. In tal modo le politiche pubbliche sono sempre meno appannaggio di un modello autoritativo di regolazione e sempre più fondate su forme negoziali che danno vita a un "governo per contratto".

In questo contesto l'esistenza di processi di negoziazione nel campo delle politiche socio-sanitarie non costituisce di per sé un elemento di novità assoluta; ciò che appare inedito è il profondo radicamento e l'estensione, nonché la visibilità pubblica, che questa modalità di azione ha assunto in molteplici settori decisionali. Si tratta, come sostiene Raffaele Monteleone, di un' «arte indiretta di dirigere» (Monteleone 2007, p.10) che trova nel contratto uno strumento giuridico congeniale.

Alain Supiot giudica criticamente questo processo di contrattualizzazione ritenendo che possa compromettere le basi democratiche della società in quanto «conduce a una diversificazione del regime giuridico del contratto in base al suo oggetto, vale a dire a un pullulare di contratti speciali» (Supiot 2006, p. 129). Alle garanzie universalistiche della legge che si basa sul diritto sostanziale si affianca, fino a sostituirsi, la negoziazione che introduce un criterio procedurale; quest'ultimo fa sì che si sviluppi una nuova fattispecie contrattuale, formalmente legittimante accordi che danno luogo a obbligazioni tra i contraenti.

Questo nuovo "dispositivo contrattuale", diverso dalla fattispecie canonica del contratto che richiedeva il libero accordo tra persone uguali, garantisce primariamente la legittimazione dell'esercizio di un potere, legittimazione che è accordata, di volta in volta, a differenti attori sociali pubblici e privati sulla base di un criterio negoziale che comporta l'indebolimento dei modelli regolativi incentrati sull'autorità statale. Secondo Monteleone ciò significa, in ultima istanza, che «il contratto ricerca il fondamento della propria legittimità in se stesso» (Monteleone 2007, p. 11) e che le politiche pubbliche, allontanandosi dai dispositivi universalistici di regolazione, adottano sempre più principi regolativi tratti dal diritto commerciale e dall'etica imprenditoriale. Contratto e *governance* quindi si supportano a vicenda in quanto la *governance* utilizza il contratto per sviluppare le reti di relazioni locali e unificare gli attori. Al contempo il modello di "governo per contratto" moltiplica il numero e la tipologia dei suoi strumenti con l'estendersi delle pratiche di *governance*. I nuovi strumenti contrattuali, addirittura, sono in grado di autolegittimarsi, divenendo autonomi e minando il principio di terzietà dello stato. Non a caso per sostituire il ruolo dello stato si diffonde una molteplicità di *authority* indipendenti, incaricate di vigilare sui contratti. È questo assetto che Supiot ha definito "dirigismo contrattuale" sottolineando la centralità delle strategie messe in atto dalle istituzioni statali per connettere soggetti, pubblici e privati, legittimandoli all'esercizio del potere (Supiot 2006).

Secondo Monteleone due sono i processi correlati alla diffusione della contrattualizzazione: il processo di integrazione europea che ha indebolito l'autorità degli stati nazionali e l'introduzione del New Public Management, come strategia di gestione delle politiche pubbliche, importata a partire dagli anni Novanta dall'Inghilterra. Il NPM persegue l'obiettivo dell'aziendalizzazione delle istituzioni pubbliche sul modello della *corporate governance*.

Si parla di uno spostamento della responsabilità e dei poteri verso il basso e verso la periferia del sistema decisionale che, secondo questo punto di vista, favorirebbe la sburocratizzazione e ridurrebbe le inefficienze della pubblica amministrazione. Inoltre il decentramento organizzativo favorirebbe la logica del coordinamento/competizione di rete, tipico del modello manageriale di gestione delle imprese sui mercati (Monteleone 2007). Il concetto di contrattualizzazione, tuttavia, non equivale a quello di contrattualismo. Non si tratta della vittoria del contratto sulla legge ma di nuove forme di azione pubblica che rivelano processi di ibridazione tra legge e contratto¹¹. Questi cambiamenti introdotti dal NPM accentuano e supportano le istanze di decentramento organizzativo ma soprattutto trasformano la concezione stessa di cittadinanza.

Anche Castel sottolinea che la contrattualizzazione delle politiche previdenziali contribuisce alla graduale sostituzione della cittadinanza intesa come *status*, fondata sulla titolarità dei diritti esigibili su base universale o categoriale, con la cittadinanza intesa come contratto (Castel 2004) e incentrata sulla fornitura di prestazioni individualizzate attivabili di volta in volta nei confronti dei soggetti che ne hanno bisogno¹². Ciò nonostante non si deve pensare a una forma di contrattualizzazione che lascia alla *deregulation* del mercato e alla fluttuazione dei prezzi la gestione delle politiche. Non si parla di anarchia del mercato ma di “competizione amministrata” (Bifulco 2005) per sottolineare che tale commercializzazione ha bisogno di una regolazione pubblica delle transazioni di mercato che si concretizza, per esempio, nell’introduzione di un sistema di tariffe che regolano l’offerta e la concessione dei servizi sociali e sanitari da parte di terzi.

4. Normalizzazione neoliberale

Pierre Dardot e Christian Laval (2013) sostengono l’ipotesi che l’odierno assetto capitalistico sia fondato su una razionalità governamentale che non si basa sul mito dell’autoregolazione e del non intervento dello stato nel mercato ma su un tipo di governo imprenditoriale¹³ che non potrebbe funzionare senza una fitta rete di

¹¹Il contrattualismo riconosce il contratto come unica forma di legame sociale; la contrattualizzazione, al contrario, analizza le forme e gli effetti del processo di diffusione dei contratti come modalità negoziale nelle politiche pubbliche. In questo settore, quindi, si analizza il ricorso alla forma contrattuale sia nel disciplinamento delle relazioni tra pubblica amministrazione e soggetti privati coinvolti nell’erogazione dei servizi, sia per comprendere i rapporti con i destinatari delle politiche. Questi ultimi vengono chiamati in causa soprattutto come soggetti attivi delle misure di politica pubblica con l’obiettivo di promuoverne l’*agency*. La contrattualizzazione cerca quindi una conciliazione tra stato e mercato nell’ambito della “marketization dei servizi” (Monteleone 2007; Crouch 2001). Quest’ultima si basa su tre principi cardine: la separazione tra funzioni di indirizzo/controllo/finanziamento ed erogazione dei servizi; l’introduzione della competizione tra i *provider* (fornitori dei servizi) come logica di funzionamento; l’affermazione della libertà di scelta (reale o potenziale?) del consumatore.

¹²Lavinia Bifulco e Tommaso Vitale (Bifulco 2005) individuano tre tipologie di rapporto contrattuale tra soggetti pubblici e privati (ne esiste una molteplicità). I processi di *contracting out*, cioè le esternalizzazioni che attraverso differenti strumenti pattizi, come convenzioni e appalti, mettono in relazione contrattuale pubbliche amministrazioni e fornitori pubblici o privati di servizi. Esistono poi le procedure di accreditamento che favoriscono la libera competizione dei vari attori sul mercato (*voucer*). Infine vi sono i contratti di *partnership* che riguardano la fornitura di servizi o l’elaborazione di programmi e progetti inerenti a interessi collettivi. Le ricerche effettuate da Monteleone e colleghi (2007) sull’utilizzo della contrattualizzazione nel campo delle prestazioni sanitarie fanno riferimento, per esempio, ad alcuni strumenti come i *voucer* e i *budget* di cura.

¹³Questa tipologia di governo imprenditoriale è altra rispetto al modello del *free market* dei conservatori, in quanto è una forma di interventismo economico che si differenzia dal principio del libero mercato. Si tratta, secondo Osborne e Gaebler (1992) di una “terza via” tra il *free market* e il dirigismo burocratico governamentale. Durante la presidenza Clinton fu, inoltre, lanciata la National Performance Review, ispirata dal pensiero di David Osborne e Ted Gaebler e consistente in un progetto di riorganizzazione del governo nei termini dell’efficienza e della riduzione dei costi. In base al rapporto redatto da Al Gore nel 1993, tale progetto avrebbe permesso di ridurre il personale pubblico, attraverso procedure di *auditing* generale che furono fortemente incoraggiate dalle

dispositivi sociali, educativi, scientifici e militari di stampo ordoliberal. Il neocapitalismo mira soprattutto a una trasformazione dell'azione pubblica che faccia dell'intervento statale un intervento regolativo fondato sulle stesse regole della concorrenza su cui si erge il mercato. Ciò fa assomigliare i meccanismi di gestione delle politiche pubbliche a alle politiche imprenditoriali tipiche delle imprese private.

Nel corso degli anni Ottanta il modello dello stato efficace si collegò direttamente al modello dello stato manageriale. Tale nuova forma di gestione non mira solo ad accrescere gli standard di efficienza e di economicità degli apparati pubblici, ma sovverte radicalmente i fondamenti democratici dei diritti sociali e di cittadinanza. All'intervento dello stato a favore dei cittadini si sostituisce un intervento orizzontale di una molteplicità di attori privati nella logica dell'interconnessione funzionale delle reti e del principio di sussidiarietà. Tale trasformazione si riflette anche sul linguaggio politico, laddove questa nuova razionalità statale è definita con termini che assumono, come detto, le caratteristiche operative e la semantica della *governance*.

Questa impostazione è stata introdotta da un approccio teorico chiamato *Public Choice*, che si basa sulle teorizzazioni di autori come James Buchanan e Gordon Tullock(1998)¹⁴. Secondo la *Public Choice* i vincoli del mercato sul comportamento dell'individuo sarebbero più efficaci di quelli del governo. Così le soluzioni prospettate da questi studiosi consistono, per esempio, nel mettere in concorrenza servizi pubblici e privati dando la possibilità alle aziende private di partecipare all'erogazione dei servizi, introducendo incentivi economici alla produzione o organizzando un sistema di promozioni proporzionale al raggiungimento di determinati obiettivi.

Inoltre, l'approccio della *Public Choice* evidenzia l'importanza di una vera e propria sorveglianza finanziaria dell'operato dello stato da parte di un'innovativa razionalità neoliberista. Questa sorveglianza ha assunto la forma della valutazione contabile di tutti gli atti degli agenti pubblici e degli utenti e si basa su un modello diffuso già a partire dagli anni Settanta e denominato "principale-agente"¹⁵.

istituzioni internazionali come l'OCSE e che furono la base per la costruzione di solidi accordi tra governi che intendevano riformare "da sinistra" il sistema di gestione delle istituzioni pubbliche nazionali. Inoltre, tale riforma divenne la base di accordi tra Clinton e Blair alla fine degli anni Novanta. Anche Anthony Giddens (1999) può essere considerato il teorico di questa riforma manageriale e neoliberista dello Stato che fu introdotta nel corso degli anni Novanta con il nome di "terza via" non solo in Gran Bretagna ma anche in Canada, Australia, Danimarca, Svezia e Francia.

¹⁴ Questo approccio teorico, erede della teoria della scelta razionale, ha prodotto un'analisi del governo interessandosi non della natura dei beni prodotti ma del modo in cui li si produce. Postulando l'uniformità dell'agire umano in tutti i campi, questi studiosi affermano che non c'è motivo per rifiutare un'omogeneizzazione delle strategie di gestione dello stato e dell'impresa privata. Il funzionario è un individuo calcolatore che agisce scegliendo razionalmente, comparando costi e benefici e che cerca di massimizzare il proprio interesse personale a danno dell'interesse generale. Ciò genera uno spreco sociale considerevole. A ciò va aggiunto lo svantaggio che si genera, secondo questa impostazione, dall'assenza di concorrenza nel settore pubblico che provocherebbe l'accrescimento parassitario e inefficiente delle burocrazie a danno dell'efficienza e dell'interesse stesso dei cittadini (Buchanan, Tullock, 1998).

¹⁵ Questo modello, ispirato all'economia aziendale, è fondato su scelte razionali che distinguono il principale, che detiene l'autorità, dall'agente che deve eseguire le disposizioni del primo. Il problema è come assicurarsi, tramite dispositivi di sorveglianza e di incentivo, che il mandatario agisca in consonanza con gli interessi del mandante, partendo dal presupposto che ogni individuo agisce per massimizzare la propria utilità personale. Questo modello è stato esteso all'analisi dei rapporti tra il centro decisionale politico e gli organi esecutivi, dotati di autonomia di gestione ma sottoposti alla valutazione. Quest'ultima è lo strumento gestionale più utilizzato per risolvere il «dilemma dell'*agency*, ovvero il comportamento opportunistico di un esecutore che disponga di informazioni che l'ordinatore non possiede» (Dardot, Laval 2013, p. 395).

Tutto questo si accompagna, in ogni caso, all'introduzione di un più vasto programma di razionalizzazione che risponde a logiche imprenditoriali e che si incentra sull'estensione della concorrenza, sui ridimensionamenti, sull'*outsourcing* (esternalizzazione), sull'*auditing*, sulla regolazione tramite le agenzie specializzate, sull'individualizzazione dei compensi, la flessibilità lavorativa, l'introduzione di indicatori di prestazione, la valutazione.

Tali dispositivi neoliberali sono volti a realizzare un modello di condotta degli agenti pubblici caratterizzato da un «governo a distanza dei comportamenti» (Dardot, Laval 2013, p. 399) che si basa sui principi del *performance management* e che utilizza strumenti importati dai modelli gestionali delle imprese private, come gli indicatori di risultato e la valutazione della motivazione tramite sistemi di incentivi. Si produce uno stretto controllo dell'operato degli agenti pubblici all'interno delle istituzioni, controllo che viene esercitato tramite un sistema di valutazione che stabilisce il livello e la qualità della prestazione in base alla domanda dei cittadini-utenti che agiscono, a loro volta guidati unicamente in base al criterio della scelta razionale. Questa strategia, oltre a produrre l'auspicato effetto di riduzione dei costi e di "efficientizzazione" dell'offerta, genera un effetto normativo/normalizzante che scaturisce dalle nuove pratiche e dal processo di auto-responsabilizzazione che tocca a tutti i livelli sia gli agenti istituzionali sia gli stessi utenti che agiscono pilotando la domanda. Dardot e Laval sottolineano che la forma specifica di razionalità importata dall'economia impone una gestione incentrata sulla prestazione che, però, implica la fissazione di specifici indici ed in generale la definizione di una cultura del risultato applicata alla giustizia, alla sanità, all'istruzione, ecc.

Ciò conduce alla sostituzione dei principi etici e politici dell'azione pubblica con misurazioni tecniche dell'efficienza che si presume possano essere ideologicamente neutre. In tal modo, il rinnovamento manageriale dello stato è affidato ai criteri della neutralità contabile e soprattutto della valutazione generale ed esaustiva che istituisce vere e proprie tecnologie di controllo sull'operato degli agenti pubblici. L'obiettivo di questo modello gestionale è: «far sì che il valutato stesso produca le norme che serviranno a giudicarlo» (Dardot e Laval 2013 p. 408), costruendo un sistema generalizzato di controllo tale per cui ogni agente pubblico dovrebbe costantemente confrontare i propri risultati con gli obiettivi assegnati, interiorizzando la norma della prestazione attesa. Si può parlare, quindi, di un esteso processo di normalizzazione che si incentra sull'illusione della «padronanza contabile degli effetti dell'azione» (p. 409) e che si scontra con l'esperienza professionale degli individui che non è quantificabile.

Ma vi è un ulteriore problema: chi valuta i valutatori? Come vengono definiti i criteri in base ai quali si valuta? Come valutare a priori quali saranno gli effetti?

A tali domande si risponde ammettendo che la valutazione si basa su una tecnologia di potere/sapere che mira a creare un tipo di rapporto che convalida se stesso. Si tratta di una "rivoluzione delle mentalità" (p. 410) che moltiplica le relazioni contrattuali e trasforma l'utente in consumatore, operando una manovra non così neutra come si tende spesso a considerarla. Infatti, questa contrattualizzazione elimina dallo spazio pubblico qualsiasi forma di relazione che non sia fondata sulla corrispondenza commerciale tra costi e benefici. I cittadini non sono più chiamati a giudicare le istituzioni e le politiche dal punto di vista dei valori

comunitari, perseguendo la giustizia sociale, ma a partire dal loro interesse personale ed egoistico e ciò muta radicalmente la definizione stessa di cittadino come soggetto politico.

Quanto detto ci conduce a estendere le considerazioni relative al processo di contrattualizzazione all'insieme delle relazioni socio-economiche e lavorative. Ma dietro qualsiasi forma di contratto si nasconde quello che Dardot e Laval definiscono in termini foucaultiani, «dispositivo d'efficienza», cioè una «concatenazione di processi di normalizzazione e di tecniche disciplinari» (p. 417). Si tratta sia di un addestramento del corpo che di una gestione delle menti che spezza la continuità del carattere plurale del soggetto produttivo e opera una separazione delle sfere pratiche nelle quali l'individuo agisce e vive. Si tratta di un'omogeneizzazione del discorso sull'uomo intorno alla figura dell'impresa.

Come avevano già intuito Franca Ongaro e Franco Basaglia (1971) non si tratta tanto di utilizzare tecnologie disciplinari e repressive di controllo e di regolazione quanto di governare una soggettività deviante che deve essere interamente coinvolta nel meccanismo di funzionamento dell'economia neoliberale. La valorizzazione del “fattore umano” nella letteratura neo-manageriale sottolinea l'importanza che è attribuita a una concezione della soggettività rilevante in quanto dimensione “attiva” (e non meramente “passiva” o “oggettiva(ta)”) dell'*agency*, la quale affonda le sue radici anche nella gestione delle dinamiche desideranti che la investono. Lo scopo principale di tale discorso di potere è che il soggetto lavori per l'impresa come lavorerebbe per se stesso, eliminando, così, ogni distanza tra sé e l'impresa che lo assume.

Ciò può essere realizzato solo attraverso l'autocontrollo e la modulazione della condotta in base agli obiettivi economici da raggiungere. Il soggetto imprenditoriale:

deve migliorare la propria efficienza, intensificare i propri sforzi, come se l'autocontrollo venisse spontaneamente, come se questa condotta fosse imposta dall'interno dall'ordine imperioso del desiderio a cui non c'è modo di resistere. Le nuove tecniche dell'«impresa di se stessi» arrivano senza dubbio al colmo dell'alienazione pretendendo di sopprimere il sentimento dell'alienazione: obbedire al proprio desiderio e all'Altro che ci sussurra da dentro è la stessa cosa (Dardot, Laval 2013, pp. 420-421).

Tale meccanismo continua a prosperare da sempre sul ricatto sociale e sulla dipendenza dei lavoratori e ciò a causa dell'erosione dei diritti sindacali, della precarizzazione delle occupazioni, della maggiore facilità di licenziamento, dell'indebolimento del potere d'acquisto di intere fasce sociali. La naturalizzazione e l'estensione del *sentimento del rischio* tramite il quale le imprese hanno potuto esigere un'accresciuta disponibilità da parte dei lavoratori (Castel 2004) rappresenta una dinamica che è sempre esistita nella logica produttiva d'impresa e ha condotto al progressivo: «modellamento con il quale gli individui vengono preparati a sopportare le nuove condizioni imposte (...) [contribuendo]¹⁶ con il proprio comportamento a inasprire e cristallizzare tali condizioni». (Dardot, Laval 2013, p. 422).

¹⁶ Nda

Si tratta di una reazione a catena nel modello della microfisica di potere (Foucault 1977) tramite il quale i lavoratori riproducono, allargano e rafforzano i rapporti competitivi e generano un adattamento soggettivo crescente ai dispositivi neoliberali di produzione e consumo.

Pertanto è necessario riconoscere nell'analisi e negli effetti del capitalismo manageriale il duplice volto repressivo e desiderante del potere. Il soggetto è invitato a superare continuamente se stesso, a offrire all'impresa le proprie risorse personali, a perfezionarsi in un continuo apprendistato, introiettando gli indicatori di prestazione e i parametri di valutazione al fine di essere più efficiente e competitivo. Si tratta di una disciplina personale alimentata dalla stimolazione neoliberale della motivazione. L'impresa diviene non soltanto un modello generale di produzione/consumo ma anche un'attitudine da stimolare a partire dall'infanzia, attraverso la gestione e il governo di sé e il governo della società nel suo complesso.

Questo governo delle condotte produce una certa disposizione interiore (Dardot e Laval lo definiscono "ethos") che spinge il soggetto a formarsi come "risorsa produttiva" e a uniformare la propria visione del mondo sulla base dei criteri di valutazione con i quali, a sua volta, verrà valutato nel suo agire sociale e produttivo.

Il governo imprenditoriale di se stessi presuppone certi principi e valori che vanno nella direzione di una razionalizzazione del desiderio e che riguardano l'energia, l'iniziativa, l'ambizione, il calcolo e la responsabilità personale (Rose 2008). L'individuo imprenditore di se stesso conduce un lavoro permanente nell'ottica della trasformazione della propria personalità e del proprio carattere. L'aspetto più caratteristico di questa gestione neoliberale è l'aspirazione al potenziamento costante della propria condotta e delle proprie attitudini personali, sulla base dei principi dell' "apprendimento permanente" (*longlife learning*) e dell' "impiegabilità". All'individuo viene richiesto di essere un'impresa di sé in quanto tutte le attività in cui è coinvolto concorrono a definire la valorizzazione economica tramite la quale si presenta sul mercato concorrenziale. Si tratta di una vera e propria etica personale che si sviluppa a fronte di un'accresciuta incertezza del mercato. Da ciò discende una nuova definizione della "padronanza di sé" che si origina dalla necessità di sopravvivere alla moltiplicazione delle scelte da fare, delle possibilità fruttabili e dell'amplificazione dei rischi che ne deriva (Dardot, Laval 2013). Padronanza in questo caso non significa dirigere la propria vita in modo lineare e coerente, dare continuità alla propria esperienza esistenziale e professionale ma, al contrario, mostrare una spiccata capacità di essere flessibili, adattabili, responsabili, reinventabili (Sennett 2002).

Per mantenere viva questa propensione al perfezionamento si stanno rapidamente sviluppando tecniche come il *coaching* e il *counseling* che si propongono di incrementare la padronanza di sé gestendo le emozioni, lo stress, le relazioni in molti contesti di attività. Esse si presentano sia come scienze psicologiche sia come tecniche pratiche di sostegno e di cura utilizzabili all'interno o all'esterno dell'impresa. Si propongono soprattutto di potenziare l'io in termini produttivistici per renderlo più adattabile alla realtà e più operativo nelle situazioni di incertezza. Le procedure proposte si pongono in un'ottica di *problem solving*, tanto che per questi approcci si può parlare di una «pragmatica dell'efficienza comunicazionale» (Dardot, Laval 2013, p. 433). In queste pratiche lo sviluppo del "potenziale" è considerato il mezzo migliore per rendere più

efficace l'azione e la comunicazione, accrescere il proprio "capitale" di esperienze personali, far fronte alle sconfitte e cercare di sostenere i ritmi di una società che richiede tempi di lavoro e prestazioni sempre più flessibili e spersonalizzati. L'individuo diviene il miglior attore dell'incertezza, un soggetto, cioè, che fa fronte alla contingenza e al rischio con nuove forme di compensazione che chiamano in causa un'etica del rafforzamento della padronanza, dell'auto-regolazione e della fiducia nelle capacità relazionali, comunicative e caratteriali. Si tratta, quindi, di un complesso lavoro di auto-responsabilizzazione, di «un lavoro della soggettività volto ad accrescere le prestazioni, senza che il benessere personale e la gratificazione professionale siano mai presentati se non come il frutto di quell'accrescimento» (p. 436).

L'obiettivo di queste pratiche è la fabbricazione un io efficiente che attribuisca le disfunzioni, gli insuccessi, le battute d'arresto a problemi di regolazione interiore e non a fattori esterni, facendo gravare sull'individuo il peso della competitività e della pressione al perfezionamento. Così per sostenere la motivazione diventa fondamentale un lavoro intrapsichico. Ciò genera, però, auto-costrizione e auto-colpevolizzazione, «perché siamo i soli responsabili di ciò che ci succede» (p. 437). In questo contesto la responsabilizzazione del soggetto non è data per scontata ma rappresenta il risultato dell'interiorizzazione delle costrizioni. L'uomo deve governarsi dall'interno attraverso un processo di organizzazione razionale delle proprie risorse. Ed è in questo contesto che l'esteso utilizzo delle tecniche di *auditing*, sorveglianza, valutazione (oltre che quelle di *coaching* e *training*) consente al soggetto di accrescere il controllo di sé e delle proprie prestazioni.

Nicolas Rose (2008) mette in evidenza l'importante ruolo che la psicologia (ma possiamo estendere il discorso alle scienze sociali) ha avuto come dispositivo di autogoverno del soggetto e della propria condotta. Ciò soprattutto agendo sulla personalità come fattore umano maggiormente convertibile in risorsa economica di cui prendersi cura. Si tratta di una vera e propria economia "emozionale" o "esperienziale"¹⁷ che diviene regola di condotta gestita dagli esperti della formazione e dagli uffici di selezione e gestione delle "risorse umane". Il dogma penetrato in questo "*umanesimo imprenditoriale*" è mosso dalla convinzione che intervenendo sui meccanismi della motivazione, dell'emozione, del sentimento, gestendo efficacemente le dimensioni relazionali e comunicative del lavoratore sia possibile garantire una maggiore soddisfazione e fidelizzazione della forza lavoro, una maggiore disponibilità a lavorare in gruppo, un sentimento di appartenenza che renderebbe le relazioni lavorative più distese e, al contempo, più produttive.

Inoltre un certo impiego della psicologia nel campo dell'impresa ha legittimato un'immagine scientifica dell'ideologia della scelta, secondo la quale nulla deve opporsi alla realizzazione dispiegata dei desideri, che può essere più correttamente definita come razionalizzazione manageriale del desiderio mediante intensificazione emotiva. Ciò passa per la stimolazione intensiva delle emozioni come fonte energetica fondamentale alla produttività (*empowerment*). Il successo è spettacolarizzato come valore supremo e la

¹⁷Esempi che riguardano la cosiddetta economia esperienziale sono: il *marketing virale* (guerriglia marketing) che consiste nello stimolare il coinvolgimento del consumatore nella diffusione e nella circolazione del *brand*, attraverso il passaparola o mettendo in opera le risorse comunicative della vita quotidiana, le relazioni formali o informali degli individui; il *branding di comunità* che consiste nell'associare a particolari condizioni, status, orientamenti sessuali o interessi uno specifico marchio che si propone di rappresentare simbolicamente la condizione, il punto di vista, l'identità del gruppo; il *cool hunting* che consiste nel reperire una serie di figure che consentono di effettuare il monitoraggio dal basso degli atteggiamenti di consumo. Le aziende fanno *trend scouting*, cioè vanno alla ricerca di persone che hanno un elevato grado di motivazione e adeguate caratteristiche relazionali e comunicative che consentono di prevedere e anticipare mode e tendenze; il *marketing urbano* che può essere applicato alla progettazione di beni e servizi, agli interventi di riqualificazione urbana, alla promozione dell'immagine e delle risorse storico-artistiche delle città.

capacità dell'individuo di resistere, di sopravvivere agli insuccessi (*resilienza*) è considerata il campo principale di intervento di una semantica economica che si piega alla logica manageriale promuovendo le capacità adattive del soggetto.

5. Conclusioni: l'attualità della riflessione di Franca Ongaro

Da quanto detto finora emerge la necessità di riconsiderare il disagio includendovi aspetti come la sofferenza sul lavoro e l'assenza di autonomia, lo *stress* e il *mobbing*. Lo stress, per esempio, è in rapporto con l'individualizzazione delle responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi. Uno dei paradossi di questo tipo di gestione manageriale del lavoro è la delegittimazione del conflitto che discende dal fatto che i vincoli imposti e il controllo appaiono spesso senza soggetto, cioè privi di un autore e di una fonte identificabile, oppure presentati come del tutto oggettivi. In questo caso il conflitto sociale è bloccato perché il potere è indecifrabile. Il che spiega una parte dei nuovi sintomi legati all'iperresponsabilizzazione del lavoratore. Ma anche l'erosione della personalità è considerata da alcuni studiosi come una delle conseguenze più gravi dell'economia manageriale sulla dimensione esistenziale del soggetto che diviene sempre più fluida ed evanescente.

R. Sennett (2002), per esempio, parla di come l'organizzazione flessibile del lavoro si rifletta sul carattere individuale, erodendo ciò che garantisce la stabilità della personalità: i valori sociali, i legami con gli altri, la relazionalità. Il mondo professionale diviene un insieme di transazioni caratterizzate da progetti e missioni e, spesso, inconciliabili con le prospettive vitali ed esistenziali che sono per antonomasia caratterizzate dal lungo termine e da aspettative durature. Nelle nuove condizioni imposte dal mercato del lavoro flessibile non si può più fare affidamento sull'esperienza accumulata nella vita professionale, sulla rete di solidarietà sociale che circonda il lavoratore in contesto comunitario e familiare. Le prestazioni divengono rapidamente obsolete con il rischio di espulsione di una fascia estesa di lavoratori che non riescono ad aggiornare continuamente le proprie competenze e prestazioni per accordarle con tali ritmi di trasformazione.

Un altro disturbo generalizzato è la depressione che è cresciuta progressivamente in relazione allo sviluppo dell'economia *just in time*. Secondo Ehremberg (2010) la depressione è l'esatto opposto della prestazione, cioè una risposta soggettiva all'obbligo di realizzarsi, di essere produttivo e soprattutto di essere responsabile di sé. Si tratta più di una «patologia dell'insufficienza» che di una «malattia della colpa» (melanconia) che era tipica della società del primo capitalismo. Il fallimento sociale è al limite con la patologia e diviene un disturbo che colpisce l'individuo anche in assenza di una conclamata malattia. Si potrebbe definire un disturbo diffuso che si concretizza nell'immagine dell'«uomo in panne». Si tratta di una malattia della responsabilità, di un'usura provocata dalla scelta permanente. La soluzione a questo disagio sociale nella maggior parte dei casi è ricercato nella cura farmacologica (Ehremberg 2010).

Prendendo in considerazione queste problematiche dobbiamo riconoscere che la possibilità di predisporre risposte sociali, psicologiche e sanitarie adeguate alla complessità della condizione di salute/malattia deve essere costruita a partire da una valutazione globale dei bisogni materiali, delle esigenze relazionali e ambientali del soggetto. Tale valutazione deve quindi prendere in considerazione aspetti quali il disagio

materiale e lavorativo, l'esclusione dal mercato, la frammentazione dei percorsi professionali e la precarietà biografico-esistenziale dei cittadini dinnanzi ai processi di contrattualizzazione dei sistemi previdenziali, assistenziali ed educativi.

Pertanto l'attualità del messaggio di Franca Ongaro va colto almeno in due aspetti che dovranno costituire uno spunto di riflessione critica e un programma d'azione politica nell'ottica di un ripensamento delle prassi, nonché nella denuncia della depoliticizzazione e della desocializzazione delle "tecnologie" e dei "dispositivi" della medicina e delle scienze sociali. Nelle politiche lavorative e sul versante dei sistemi di protezione socio-sanitaria la posta in gioco per un'azione politica che metta in discussione i processi di medicalizzazione/normalizzazione si pone al punto di incrocio tra salute, diritti ed economia e consiste nella possibilità di:

-detecnicizzare gli apparati, i saperi e le pratiche professionali degli operatori, denunciando la persistente discriminazione socio-economica dalla quale scaturisce l'ineguale trattamento dei soggetti che manifestano bisogni di cura, di protezione, di assistenza. Franca Ongaro e Franco Basaglia hanno sempre sostenuto la necessità di affrontare prioritariamente il problema degli squilibri economico-sociali come risultato delle divisioni di classe prodotte dall'economia capitalista.

-estendere le forme di protezione in modo tale da mitigare gli effetti discriminanti del mercato, garantendo la sicurezza sociale nella prospettiva dell'esigibilità-titolarità di diritti universali non negoziali (Castel 2004) e tuttavia non tralasciando la consapevolezza dell'esistenza di profondi rischi insiti nelle contraddizioni del sistema di protezione di tipo welfaristico-assistenziale (Ongaro 2012).

Il carattere subdolamente normalizzate delle pratiche e dei dispositivi di potere/sapere dall'economia neoliberale, prestando il fianco a strumentalizzazioni, riduzionismi o vere e proprie manipolazioni, stabilisce un metro di valutazione produttivistico/quantitativo di ciò che è salute e di ciò che è malattia, misconoscendo la complessità della condizione umana, che è fatta sia di benessere sia di stati patologici.

La malattia è una condizione di *fragilità* che inerisce all'individuo, che lo costituisce nel profondo della stessa condizione umana, giocata nel paradosso di una salute mai assoluta ma che si dibatte tra opposte polarità. La "negatività" che le nostre società mosse dal miraggio del benessere materiale e dell'accrescimento indefinito hanno rimosso fa invece parte della condizione umana, ne definisce paradossalmente la dimensione vitale.

A partire da questo presupposto la proposta di Franca Ongaro e di Franco Basaglia assume un significato inedito e dirompente: la cura è sollecitudine e la salute è un progetto globale di vita che non esclude, ma al contrario contiene, la dimensione conflittuale.

Solo comprendendo che il valore dell'uomo – sano o malato – va oltre il valore della salute e della malattia, si può capire come la malattia, al pari di ogni altra contraddizione umana, può essere usata come strumento di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione e di dominio.

(Ongaro 2012, pp.76-77)

Bibliografia

- Basaglia F., Basaglia Ongaro F., *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Milano, Baldini&Castoldi, 2014.
- Basaglia F. (a cura di), *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, Torino, Einaudi, 1975.
- Bifulco L., *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*, Roma, Carocci, 2005.
- Bifulco L., Bobbio L., Cremaschi M. (et al.), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Donolo C. (a cura di), Milano, Mondadori, 2006.
- Buchanan J. M., Tullock G., *Il calcolo del consenso. Fondamenti logici della democrazia costituzionale*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Castel R., *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Torino, Einaudi, 2004.
- Cecchi C., Curti F., De Leonardi O., Karrer S., Moraci F., Ricci M. (a cura di), *Il management dei servizi urbani tra piano e contratto*, Roma, Officina Edizioni, 2008.
- Crouch C., *Sociologia dell'Europa occidentale*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- Dardot P., Laval C., *La nuova ragione del mondo. Critica della razionalità neoliberista*, Roma, DeriveApprodi, 2013.
- Eherenberg A., *La fatica di essere se stessi. Depressione e società*, Torino, Einaudi, 2010.
- Esposito R., *Immunitas. Protezione e negazione della vita*, Torino, Einaudi, 2002.
- Foucault M., *Microfisica del potere. Interventi politici*, Fontana A., Pasquino P. (a cura di), Torino, Einaudi, 1977.
- Foucault M., *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, Feltrinelli, 2009.
- Giddens A., *Terza via. Manifesto per la fondazione della socialdemocrazia*, Milano, Il Saggiatore, 1999.
- Malthus T. R., *Saggio sul principio di popolazione*, Maggioni G. (a cura di), Torino, Einaudi, 1997.
- Marx K., *Manoscritti economico-filosofici del 1844*, Bobbio N. (a cura di), Torino, Einaudi, 1968
- Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione delle politiche sociali: forme ed effetti*, Roma, Officina Edizioni, 2007.
- Ongaro Basaglia F., *Salute/malattia. Le parole della medicina*, Giannichedda M. G. (a cura di), Merano, Edizioni Alphabeta Verlag, 2012.
- Ricardo D., *Principi di economia politica e di imposta in Opere di David Ricardo*, Pier Luigi Porta (a cura di), Torino, UTET, 1986.
- Rose N., *La politica della vita*, Torino, Einaudi, 2008.
- Sennett R., *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Torino, Feltrinelli, 2002.
- Supiot A. 2006, *Homo juridicus. Saggio sulla funzione antropologica del Diritto*, Milano, Mondadori.
- Supiot A., *Homo juridicus: saggio sulla funzione antropologica del diritto*, Milano, Mondadori, 2006.
- Vitale T., *Contrattualizzazione sociale* in «La Rivista delle Politiche sociali», n. 1 (05), 2005, pp.291-323.