

(Questo articolo è una rivistazione di un altro mio articolo del 1993)

Centro Donna-Salute Mentale Una storia di genere

Faccia molta attenzione, quando prende in mano
il coltello, il chirurgo!
Sotto quelle incisioni precise e sottili
s'agita colei che è sotto accusa- la vita
(emily dickinson)

Nel manicomio niente e nessuno è, ciascun oggetto, luogo o persona ha solo il volto/l'immagine della negazione; anche l'intenzione, il pensiero, non può esistere perché nel luogo della non ragione tutto scompare e perde significato.

Così distruzione del manicomio, lotta anti-istituzionale come riconquista di significato, riappropriazione dell'esserci, riproposizione sulla scena di tutto quanto dentro c'era ed accadeva.

Rileggendo da quest'ottica, appare subito chiaro come il processo di ricostruzione, ridefinizione agito, ha riguardato tutto e tutti; nessuna componente, nè poteva essere altrimenti, ha potuto o voluto sottrarsi a questo processo. Anche i luoghi fisici, lo spazio che il Manicomio occupava, ha riconquistato un proprio "esserci", non più luogo da dimenticare, oltrepassare, ma punto d'incontro, percorso cittadino con edifici da usare per i bisogni del quartiere, strade da attraversare, in una parola un "pezzo di città" (uno dei pochi con tanto verde) da agire e sul quale interrogarsi.

Oggi, infatti, il Comprensorio di San Giovanni (l'ex ospedale psichiatrico di Trieste) contiene in sé realtà diverse e diversificate, luoghi vissuti ed agiti, ricchi di memoria storica che, lungi dal rappresentare stigma o vergogna, si propone a tutti per un "mai più come prima".

Si intrecciano qui storie e percorsi, cantieri di lavoro, abitazioni, servizi, laboratori di attività e di ricerca, luoghi di incontro in un continuo rimescolamento di necessità, bisogni, desideri, dolori e gioie che indicano come sia possibile una "cultura della convivenza" fondata non sulla tolleranza acritica e di maniera, ma sul reciproco riconoscimento e rispetto.

Collina di San Giovanni, già manicomio/luogo di negazione ed oggi luogo di continua ri/produzione di vita e socialità per tutti/tutte.

Fascino discreto di una storia che ha segnato mura ed oggetti, di un percorso che li ha attraversati, rendendoli partecipi e complici di un progetto, per certi versi utopico, ma che ancora oggi segnala, in tutta la sua concretezza e materialità tangibile, che "è possibile", partendo dagli ultimi, ritrovare il bandolo della matassa e tessere una trama che sostenga tutti/tutte.

L'apertura dei cancelli, l'abbattimento delle reti, l'irruzione della banalità del quotidiano ha reso possibile il "ricominciare ad esserci per tutti", dacché, trattandosi di una realtà totale, o tutto si metteva in moto o nulla poteva accadere.

Certamente, diverse sono state le strade; ciascuno, inteso sia come singolo che come componente istituzionale, ha agito/subito modalità diverse di percorso per raggiungere l'obiettivo dell'esserci: perché diverso era il punto di partenza, la possibilità di agire, la consapevolezza stessa del "non esserci".

E per i medici "ricominciare ad essere" significava agire una "presenza" reale e concreta nel manicomio, assumere fino in fondo la responsabilità del terapeutico, come risposta al bisogno di salute e benessere dei malati/malate.

Gli infermieri/le infermiere, da parte loro, da custodi dell'ordine istituzionale, si trasformavano in garanti di cura e di sostegno per i malati/le malate. Questi ultimi, infine, divenivano persone, non più oggetti indifferenziati ed anonimi di custodia/cura, ma soggetti di diritto, con bisogni, desideri, singoli e diversificati.

La ridefinizione, quindi, della propria identità, sia istituzionale che sociale, ha rappresentato il filo comune del lavoro che ha portato all'attuale organizzazione dei Servizi di Salute Mentale (S.S.M.) di Trieste.

Sin dall'inizio, nel 1972, si trattava di restituire dignità e senso a storie soggettive, a presenze le più diverse,

a ruoli emarginanti e/o emarginati; di ricostruire un mondo nel quale fosse possibile per ciascuno/ciascuna esprimersi e contare, un mondo fondato sull'assunto che il "diritto di esistenza" non può essere con nulla barattato, né può tanto meno essere scambiato come premio.

Uno slogan segnò nei primi anni il nostro agire: "La libertà è terapeutica", libertà intesa come complesso di diritti/doveri che tutti/tutte ci riguardano, sia come individualità che come corpo sociale.

Non libertà come abbandono, ma come garanzia di un complesso di diritti naturali quali: il diritto di asilo, lavoro, socialità, affettività, privacy, cura e denaro nel manicomio esclusi.

Garanzia di diritti che diviene vuota affermazione astratta se non si traduce in una pratica articolata e complessa che quei diritti renda accessibili ed agibili per tutti, soprattutto per chi, per propria storia, esperienza, problematicità, è più debole e quindi non in grado di autonomamente conquistarli.

Ed il lavoro materiale di restituzione, ricostruzione, a volte costruzione, del diritto pieno alla cittadinanza è stato quanto è avvenuto nell'esperienza di distruzione del manicomio di Trieste.

Diritto di cittadinanza che è diritto politico, civile e sociale; e quindi è evidente come il nostro lavoro su questi tre piani di intervento si sia articolato, costruendo un "progetto unificato", che di tutti e tre tenesse conto senza operare mai, pena l'inutilità dell'agire, scissioni e/o gerarchie. Lavoro che fu reso possibile dal coinvolgimento attivo del personale delle varie agenzie di volta, in volta interessate. Fu necessario lavorare con i servizi sociali del comune, l'Istituto Autonomo delle Case Popolari (I.A.C.P.), l'I.N.P.S., l'anagrafe dovendosi ricostruire esistenze da molti anni civilmente cancellate.

Al fine di rendere più chiaro quanto detto, pare opportuno fare una lista dei "diritti e degli strumenti" adottati per garantirli:

1. Diritti civili: Ricostruzione storie soggettive, carte d'identità, dal ricovero coatto al ricovero volontario, da volontario ad ospite.
2. Diritto al lavoro: 5 Cooperative integrate: 200 soci lavoratori, 100 persone in borsa di form. Corsi di formazione al lavoro
3. Diritto al denaro: Sussidi, Pensioni
4. Diritto allo studio: Corsi di alfabetizzazione 150 ore per conseguimento del diploma III.a Media Corsi di preformazione
5. Diritto d'asilo: Appartamenti per gruppi di persone ricoverate Riconoscimento, da parte dell'I.A.C.P., di un punteggio per le persone ricoverate in O.P.P. Trasformazione e ristrutturazione degli alloggi del direttore, dell'economista, etc...in case per le persone ricoverate
6. Diritto all'arte e al gioco: Laboratori espressivi Politecnico Feste-concerti
7. Diritto alla cura: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Centri di Salute Mentale

Sul diritto alla cura ci pare opportuno soffermarci perché, forse, è il "diritto" che la distruzione del manicomio fa emergere ex-novo. Sempre occultato dall'obbligo della custodia, diviene centrale fin dall'inizio, nell'organizzazione dei Servizi Territoriali.

Nell'O.P.P. il trattamento veniva prioritariamente identificato come privazione di libertà, tutela della normalità dalla sragione. Il processo di deistituzionalizzazione, capovolgendo il rapporto fra la psichiatria ed il proprio oggetto, obbligava gli operatori/le operatrici ad assumersi la responsabilità di assicurare alle persone portatrici di sofferenza il diritto a star bene, ad agire/vivere la propria esistenza (e quindi anche la propria malattia) in modo dignitoso ed adeguato ai propri bisogni/necessità.

Bisogni e necessità che, se genericamente si definiscono come “domanda di cura”, di fatto implicano e coinvolgono livelli e funzioni le più diverse, nel momento in cui la cura si declina come esperienza esistenziale per entrambi i poli del binomio curante/curato e, come tale, viene perciò contaminata ed attraversata dalle contraddizioni della normalità.

E questa contaminazione, possibile solo fuori dall'istituzione medica (sia essa il manicomio, il reparto ospedaliero, l'ambulatorio psichiatrico o il setting psicoanalitico), configura e sottende una considerazione piena, un pieno rispetto per la malattia e per gli ammalati/le ammalate, per le loro esigenze affettive, maggiori e diverse da quelle dei sani. Considerazione e rispetto che evocano un maggior carico di responsabilità ed impegno di lavoro per i/le curanti, una maggiore esigenza di professionalità nuove ed avanzate, in cui molte e diverse figure possono pienamente realizzarsi.

E nella presenza di tali figure professionali, non sanitarie, si configura quella possibilità di scambio e di individuazione di alternative reali e concrete che permettono la costruzione/ricostruzione di un'identità sociale per la persona sofferente fondamentale per un “progetto terapeutico”, il cui obiettivo non sia la riparazione e/o la restaurazione dello status quo ante, ma la conquista di spazi di salute e benessere ove agire la propria differenza non più diversità.

E tra le differenze possibili ad un certo punto si è imposta quella più naturale, la più ovvia forse, ma proprio per questo sempre nei luoghi di cura occultata: la “differenza di genere”. Questione, questa della “differenza”, che per tutti i primi anni aveva attraversato il processo di distruzione del manicomio in modo sotterraneo, come un fiume carsico che solo per brevi tratti scorre in superficie. [come l'episodio della prescrizione di un anticoncezionale per una giovane donna rinchiusa (1973), il “collettivo per la salute della donna” ('76-'78) nato dalla mobilitazione sul diritto della donna di interrompere la gravidanza per motivi terapeutici connessi al suo equilibrio psichico, la partecipazione attiva ai processi per “stupro” nei confronti di donne portatrici di sofferenza psichica (1978)]

Crediamo di poter dire che allora (negli anni '70-'80), quando a Trieste si lavorava per la rottura del manicomio e dei suoi meccanismi istituzionali, non avevamo la consapevolezza e la cultura di chiamare “qualità femminili” quelle che agivamo. Se da una parte ricostruivamo storie, attenzioni, luoghi dove era possibile e dignitoso vivere, stimolavamo desideri e complicità, portavamo la normale affettività in luoghi e situazioni deprivate da sempre di queste, dall'altra molte di noi furono costrette ad imparare a modificare le proprie emozioni, per acquisire modalità di riconoscimento e di azione maschili, pena l'essere negate o distrutte.

Forse non era possibile agire altrimenti, mancava in quegli anni, e non solo in noi, l'intuizione che il manicomio, la psichiatria, era “figlio naturale” di una logica assoluta che non permetteva, allora come oggi, diversità/differenziazioni.

E così mentre alcune, e noi tra loro, percorrevamo nell'istituzione la logica della parità/omologazione, altre nel consegnarsi all'analisi, se pur fra donne, di fatto riproducevano l'oggettivazione di sé, sfumavano la loro differenza e si immergevano nel terreno minato di una psichiatria liberata da tutto, tranne che dal suo essere scienza maschile.

Così in quegli anni le esperienze di lavoro di donne su donne con sofferenza psichiatrica, se da una parte sollevarono alcune delle questioni dell'esser donna, dall'altra lasciarono immutato il manicomio e tanto più le donne che in quello continuavano ad essere reclusi, non riuscendo ad arrivare al nocciolo della psichiatria, né tanto meno arrivando a restituire al sociale, al sociale della comunità femminile, la sua sofferenza.

Ma, a processo di deistituzionalizzazione ultimato e con servizi territoriali “forti”, perché riconosciuti dalle altre agenzie del territorio come “garanti” dei diritti dei soggetti vulnerabili, e perché capaci di strutturarsi ed organizzarsi in più direzioni e con più funzioni per rispondere alla complessità e polimorfia della sofferenza ed accompagnarla nei suoi percorsi, nuove categorie ed istanze sono emerse come lettura e comprensione di una geografia del territorio non più definita da confini anagrafici ma da bisogni inevasi, diritti violati, desiderio di trasformazione e di riconoscimento autonome.

Desiderio di trasformazione e di riconoscimento che ha spinto le donne dei servizi, indipendentemente dal loro ruolo e/o statuto istituzionale, ad interrogarsi sulla loro “differenza”, differenza che tutte le attraversava e, rispetto alla quale, il rischio di omologazione ed appiattimento sui modelli dell'altro diveniva sempre più forte ed evidente.

Eravamo un gruppo di donne composito (operatrici, utenti, e donne della città) quando decidemmo di assumere come punto di partenza per costruire una pratica di lavoro quelli che, nella cultura comune, sono i difetti fondamentali delle donne: falsità e tendenziosità.

“False” perché costrette a nascondersi ed a seguire strade tortuose ed ingannevoli per affermarsi; “tendenziose” perché costrette a ricorrere a modi di pensiero trasversali rispetto all’obiettività della ragione maschile dominante. Insomma, come suona la formula giuridica, traditrici rispetto ad una verità imparziale che da sempre le ha escluse come parti in gioco.

Ed allora il nostro primo atto fu convocare un’assemblea per tutte le donne dei servizi con un volantino dal titolo: “Siamo false e tendenziose. Vogliamo discuterne insieme!”

Ci ritrovammo in tante: in tante si erano riconosciute in quel volantino e per tutte era chiara la necessità di uscire allo scoperto come donne operatrici rispetto a questioni quali follia, salute, malattia, servizi ed istituzioni.

Quello fu il primo di una serie di incontri; ci interrogavamo sul che fare: se costruire o non costruire un Centro-Donna: un servizio territoriale, cioè, istituzionalmente deputato al trattamento di tutte le forme di sofferenza psichica delle donne (dai trattamenti sanitari obbligatori alle cure ambulatoriali) oppure un’associazione di donne che avviasse iniziative generali su temi quali il disagio delle donne, tralasciando il momento istituzionale più vero.

Entrambe le cose avevano il loro fascino e i loro rischi, ed allora, come spesso avviene per le donne decidemmo di provare ad intrecciare i due percorsi, per misurarci sul terreno istituzionale senza rinunciare alla possibilità di un confronto allargato che lo strumento associazione consente.

Così, nell’estate del ‘90, fondammo l’associazione culturale di donne “L’una e l’altra” e, contemporaneamente, dentro una riorganizzazione complessiva del D.S.M. (dipartimento di salute mentale) di Trieste, formammo un’équipe composta solo da psichiatre e psicologhe cui fu affidata la responsabilità di una zona del D.S.M. composta da 2 Centri di Salute Mentale fino a quel momento distinti e separati.

Inizìò, allora, un lavoro di progressiva integrazione dei 2 centri (il Centro di San Giovanni e quello di via Gambini), di differenziazione delle funzioni in luoghi fisicamente separati, per poter sperimentare nella pratica quotidiana il binomio valore/disvalore, proprio di ogni “differenza” quando non la si voglia vedere come un assoluto totalizzante.

Lavoro che ha prodotto, attraverso passaggi molteplici e variamente articolati l’attuale assetto organizzativo di quella che va sotto il nome di “Unità Operativa 2b” che consta di 3 subunità (un Centro di accoglienza sulle 24 ore a San Giovanni, un Centro Donna in Androna degli Orti sulle 12 ore ed un Servizio psichiatrico presso il Distretto Socio-Sanitario) fra loro strettamente connesse in termini di complementarità e finalità terapeutiche, ma separate per quanto riguarda la fisicità dei luoghi e la specificità di intervento.

Specificità che si definisce, non a partire da categorie nosografiche, ma dalle soggettività nuove che il lavoro di deistituzionalizzazione aveva fatto emergere come centrali ed urgenti sia in termini di bisogni che di diritti.

Nasce così “Centro Donna-Salute Mentale”, che, organizzandosi come un centro sulle 12 ore rivolto alle donne portatrici di sofferenza con solo operatrici e, contemporaneamente, grazie alla compresenza nel centro dell’associazione, come polo, nella città, di aggregazione sulle tematiche femminili, si pone come obiettivo prioritario l’affrontamento del disagio femminile, in termini di differenza di genere.

...<<Posizionarsi come genere e come soggetti rende più facile l’interlocuzione, sia con la psichiatria, quando si vuole fare salute mentale per le donne, che con altre discipline come la storia, la letteratura, l’arte sufficientemente lontane dalla medicina da non correre il rischio di essere mangiate e digerite, come è successo, invece, a saperi di memoria femminile, (l’uso delle erbe e dei fiori, le medicine dolci/alternative/complementari) ormai completamente assorbiti nel Grande Mercato, e quindi, omologati, spogliati di ogni potenzialità realmente trasformatrice perché rinchiusi in un mondo a sé, dove tutto è bio-x e resta rigorosamente fuori dalle questioni.

Per noi, invece, resta sempre aperta la questione del potere e delle donne: non siamo ancora in grado di esplicitare i nessi ed il legame che esiste fra l’antagonismo nei confronti delle istituzioni che la nostra pratica quotidiana produce ed il nostro essere comunque istituzione di potere.

L’antinomia autoritarismo /autorevolezza va sciolta ed attraversata in modo da non ricadere nel vecchio adagio che quando le donne hanno potere diventano come gli uomini, se non peggio. Si sapeva fin dall’inizio, che con questo avremmo fatto i conti: quali strade possibili ci sono nella gestione di un’istituzione:

che non riproduca i soliti meccanismi di oppressione e prevaricazione della più forte sulla più debole,

che non faccia delle donne delle utenti tutte uguali, gradite, che non esprimono desideri che non siano quelli che le operatrici si aspettano, che non criticano, che non mettono in discussione il tuo ruolo,

oppure, fra le operatrici e fra le donne, come dare valore alle madri, alle maestre, alle ministre senza necessariamente ucciderle, rinnegarle, opporsi, e riconoscere autorità ad un’esperienza collettiva presente,

senza cercare sempre un potere altrove, distante, grandioso, violento, repressivo...maschio. >>

Forse, in parte, abbiamo perduto la nostra scommessa perché la questione è ancora aperta, ed anzi in alcuni passaggi è sembrata chiudersi in negativo, ma forse l'origine di ciò sta nella fragilità strutturale del Centro, comune a tutte le istituzioni, specialmente quelle con pretese innovative, che fa correre a volte il rischio di irrigidirsi su posizioni di autodifesa tradendo il mandato originario di servizio e responsabilità.

L'altra questione era ed è capire se è possibile attraversare l'istituzione e costruire risposte su una sofferenza "singolare", cioè differenziare il tipo di sofferenza assumendo come dato fondamentale da cui partire l'irriducibilità della storia di ciascuno/a.

Non si capisce perché, essendo diversi uomini e donne, ad un diverso tipo di sofferenza bisogna rispondere in modo uguale e non invece cercando risposte che di questa "diversità", della "doppiezza" delle donne tengano conto.

Se essere donna e se il vedere le cose da parte delle donne, È un modo di vedere non univoco, non sicuro, ambiguo e molto più "falso", lo stare male delle donne va letto in questo modo ed essere operatrice significa operare sempre in questo "doppio". E se È vero quello che Basaglia chiamava il "doppio" della malattia, lo star male di chi soffre e l'oggettivazione diagnostica che l'istituzione psichiatrica ne fa, allora nella donna diventa il "quaduplo"

Ancora, nel riconoscersi come donna si va oltre la malattia, ci si aggrega e si costruisce non sulla sofferenza, ma su una identità in positivo e questo riconoscimento, interessando anche le operatrici, rende possibile una reciprocità tra loro e le donne che stanno male.

"Centro-Donna" non nasce facilmente perché viene vissuto come l'esplicitazione di un limite, una sollecitazione agli psichiatri a tirarsi indietro.

Alla sua costituzione partecipa un gruppo agguerrito di donne utenti; la motivazione allo stare insieme quando È motivazione per riconoscersi, per ricostruirsi, e per poter meglio affrontare l'altro che sino a ieri ha preteso che il suo linguaggio fosse il tuo, diventa una necessità.

Le donne che inizialmente non volevano venire, oggi ti chiedono di stare lì. Una volta una ha detto: "Quando sto male non mi piace stare al Centro-Donna, quando sto bene mi rendo conto che È meglio che quando sto male sto qui."

Ed in effetti Centro Donna permette un processo di consapevolezza che si acquista nel leggere alcuni propri comportamenti di sofferenza; permette cioè l'unico processo reale di superamento della malattia, visto che parlare di guarigione non ha senso.

La consapevolezza del proprio star male, dunque l'individuazione di strumenti che permettono di evitare questo star male... nel centro molte donne hanno fatto questo percorso. (Nel 1997 470 sono le donne venute in contatto con il servizio, di queste 333 hanno stabilito un rapporto con Centro Donna. 130 sono le donne che hanno partecipato a corsi di formazione, lettura, scrittura, teatro ed artigianato. 17 donne hanno usufruito di borse di formazione al lavoro e 7 sono state regolarmente assunte.)

Non è un fatto assoluto, ma È eticamente corretto che l'istituzione offra alle donne un luogo separato nel momento in cui stai male.

Non È sottrazione a qualcuno o di qualcosa, È tentativo di arricchimento su qualcosa. Forse non di delle meraviglie, perché ha dato la possibilità di letture differenti, ha sancito il fatto che ragionare per differenze È fondamentale anche in psichiatria.

Ci ha liberato dall'ideologia che presume di totalizzare la lettura della storia dell'altro/a riconducendola, attraverso astrazioni successive, all'interno di categorie generali costruite su medie statistiche e normative.

Ci ha dato la ricchezza di poter far accadere in contemporanea cose tra loro: un corso qui, interviste per un giornale là, una donna in crisi che ha assunto farmaci e noi reagiamo come si fa in una casa, facendole bere caffè amaro per farla vomitare ed impedirne, così, l'ospedalizzazione e la violenza di una lavanda gastrica.

È dall'incontro di differenze che nascono momenti, quelli sì, terapeutici. Momenti che arricchiscono molto la pratica dell'operatrice, mettendola in discussione ed in difficoltà come ruolo di potere. Quanto più si riesce a non stare nella psichiatria, a porre condizioni di normalità, tanto più la gente sta bene. Quanto più i luoghi sono specifici per la sofferenza, tanto meno sono terapeutici.

Se si pone la questione intorno ad una differenza forte, ad una differenza negata e non intorno ad una "sciagura", alla mera astratta "sofferenza", si hanno molte più possibilità di agire processi di salute.

Non È vero che esista la "solidarietà" intorno ad identità negative; se ci si incontra lì o solo lì, non si può che produrre malessere per tutti. Questa È la chiusura della psichiatria, non luogo di produzione di salute, non luogo aperto, ma luogo protetto, chiuso, di sofferenza.

La pratica di Centro Donna È la dimostrazione che non si possono avere certezze, ma che è necessario verificare costantemente quello che si fa, bisogna essere capaci di sopportare anche l'errore, e questo storicamente appartiene alle donne perché hanno, da sempre, dovuto mediare tra bisogni contrastanti.

Il conflitto di genere non va esasperato ma tenuto costantemente presente, costantemente bisogna mettere insieme i due poli della questione.

I luoghi di accoglienza possono non diventare luoghi di miseria e disperazione; si può portare il territorio nelle istituzioni, costruire luoghi che servono a chi si È visto negare tutto e che contemporaneamente mettano chi si È visto negare tutto, in rapporto con il mondo.

Il Centro non È un'istituzione specifica; ha molta flessibilità di accesso, di agibilità, È fruibile, È, come dovrebbero essere tutte le istituzioni, a bassa soglia.

La "bassa soglia", cioè il grado di accessibilità di un servizio e la sua fruibilità reale da parte dei cittadini/cittadine, non sta nel fatto che l'operatore/l'operatrice parla con la signora dieci minuti dopo che È arrivata.

"Bassa soglia" È entrare in un luogo e trovare un posto dove riconoscersi, che si parli o no con il medico... Un luogo dove esplicitare il proprio problema e cominciare a pensare di costruire risposte per questo problema .

Centro-Donna non d' un modello ma una possibilità di relazionarsi con chiunque, mantenendo il rispetto delle proprie differenze.

è il tentativo, forse utopico, di rompere tutte le categorie, la "messa in scena" di biografie singolari il cui valore e significato sta nella loro irripetibilità e non, come le diverse discipline "psi" propongono, in un astratta ripetitività di dinamiche e modelli interpretativi: è questo il valore differenziale del Centro-Donna.

La possibilità di differenziarsi, di essere delle singole, senza che questo determini accoglimento o espulsione. Certamente viene chiesto qualcosa in cambio, ti devi relazionare con, devi assumere alcune regole istituzionali perché queste fanno parte del gioco, perché sono regole non date a priori: sono come i mobili, che si mettono a seconda di come tu vuoi usare una stanza; non modelli rigidi e prefissati. Anche l'uso dei farmaci È motivo di discussione, segnale del limite, contrattazione, e nella contrattazione accettare di contaminarti con le forme anche più banali, terra terra della vita, del "quotidiano".

Servizio pubblico, separato ma accessibile e fruibile, ove, attualmente, molto si dibatte intorno alla necessità di proporre con forza, soprattutto in psichiatria, la questione dei "Servizi separati" per le donne, visto che la promiscuità altro non ha prodotto se non l'obliterazione e l'oscuramento del corpo e della sua fisicità.

Servizi separati o forse meglio "sessuati", ove sperimentare percorsi e pratiche capaci di produrre benessere fisico e culturale, attraverso un intreccio dei saperi e delle pratiche che, nei diversi settori, le donne propongono.

Intreccio e relazioni che, in questi anni, ha costruito ed agito "Luna e l'altra", l'associazione che fin dall'inizio ha affiancato il centro come allusione possibile ad una continuità senza fratture e ad una reciprocità fra donne provenienti da storie e percorsi i più diversi, tutte, perché, disponibili a "... fare i conti con la paura del silenzio e della follia..."

E così "Luna e l'altra" si È in questi anni impegnata su molteplici fronti: dalla pace alle problematiche del lavoro, dalla formazione al tema della sessualità, dalle questioni teoriche sulla sofferenza alla cultura del piacere, ponendo in essere, volta per volta, momenti teorico/pratici di incontro/confronto che l'hanno resa punto di riferimento per molte di quelle donne impegnate nella costruzione di una "cultura del genere", capace di confrontarsi con la complessità del reale senza rinunciare alle proprie peculiarità.

Sono nati corsi di formazione sulla qualità dei Servizi, pratiche di terapie corporee e naturali, attività di relazioni e scambio con le donne delle vicine repubbliche devastate dalla guerra, ed ancora corsi di scrittura, di lettura e di espressione teatrale, manifestazioni e feste in un intreccio costante di saperi e competenze, che nella propria specificità di genere, riconoscono il terreno comune da cui partire senza invocare discriminazioni di sorta, naturalmente estranee a chi da sempre ha dovuto/voluto tener conto dell'altro da sé.

Intreccio di saperi e competenze che ha prodotto un Progetto Salute Donna (P.S.D.), che si propone di operare, sia sul versante culturale che su quello organizzativo dei Servizi Sanitari (territoriali ed ospedalieri), introducendo in questi, come centrale e non più eludibile, il tema del "corpo" e della sua individualità, non più da scomporre in sommatoria di funzioni e/o bisogni.

Progetto che l'Azienda Sanitaria Triestina ha fatto proprio, riconoscendo valore e significato ad

un'ipotesi di lavoro che pone, come fondante per qualunque verifica di qualità/efficienza dell'agire sanitario, garantire e salvaguardare i diritti della persona, primo fra tutti quello alla propria differenza.

P.S.D. rappresenta una delle due articolazioni del progetto-obiettivo materno-infantile, previsto dal Piano Sanitario Nazionale, sul presupposto che il considerare il binomio madre-figlio/figlia come un'unica entità È non solo concettualmente scorretto, ma talvolta addirittura metodologicamente rischioso, dacché non permette di riconoscere bisogni, necessità, diritti non sempre coincidenti ma, anzi, a volte tra loro in conflitto. Conflitto la cui mediazione È possibile soltanto quando si È in grado di riconoscere sia la madre che il figlio/la figlia, come singole individualità e quindi di organizzare risposte differenziate per entrambi.

E proprio la questione della maternità, intesa sia come possibilità/capacità di agire la funzione dell'educare che come "mettere al mondo", si propone, oggi, come terreno da assumere in modo forte per quante, operatrici della salute, si sentono impegnate nel contrastare processi e meccanismi di svalorizzazione e negazione del "genere".

La violenza, sia fisica che psicologica, che le istituzioni in generale, quelle della salute e della giustizia in particolare, attualmente agiscono sul "genere" in nome di un "etica" astratta sta assumendo aspetti davvero paradossali. La facilità con cui si costruiscono percorsi di annullamento e negazione della singola donna richiede un'attenzione ed una riflessione "laica" e non ideologica che ancora stenta a manifestarsi.

Noi, come operatrici di Centro Donna, quotidianamente riceviamo segnali preoccupanti in questa direzione, tanto più preoccupanti perché, in maniera asettica ed apparentemente neutrale, forniscono giustificazioni scientifiche ed "oggettive" ad una normativizzazione del corpo che privi le donne di qualunque diritto su questo.

Diritto quale il diritto alla integrità psico-fisica del proprio corpo e, quindi, ad agire vivere la propria sessualità in maniera autonoma e consapevole che è diritto naturale, politico e sociale, la cui negazione fornisce il sostrato culturale ad ogni forma di violenza sul corpo di donna, prima fra tutte la violenza sessuale.

Ritorna qui la questione della "cittadinanza" come categoria da continuamente ridefinire e ridisegnare in modo tale che possa in sé comprendere le molteplici singolarità che nella città vivono. Ma questa è un'altra storia che ancora dobbiamo fare per poterla domani raccontare.

Già, perché quanto finora descritto è storia di un percorso di trasformazione di un'istituzione totale, dentro la quale si intrecciano e si confondono le storie di tante donne, singolarità e collettivo insieme, di quelle che ci sono state anche solo per un momento e delle altre che da anni impegnano ore ed ore del proprio tempo per curarsi, lavorare, divertirsi, imparare ed insegnare, in un dare/avere che non conosce fine.

Storie singole, soggettive, che durante quel cammino si sono ricomposte, ciascuna potendo, proprio nella partecipazione ad un lavoro comune, ritrovare parti di sé, conquistarne di nuove, riproporsi alla vita non più come oggetto passivo di un fatto ma come soggetto attivo di un'esistenza complicata, forse, ma comunque degna di essere vissuta.