

Sommario:

- 379 CNR: Primi dati sull'assistenza psichiatrica dopo l'entrata in vigore della legge 180.
- 382 Nando Agostinelli: Il ruolo degli enti locali nella applicazione della riforma sanitaria.
- 392 Franco Rotelli: Sul cattivo governo della miseria.
- 296 Edgardo Battiston, Mario Reali: Il Centro di Via Gambini, Trieste.
- 399 Agostino Pirella: Il Territorio e i servizi.
- 404 Paolo Serra, Nicoletta Goldschmidt, Onofrio Affatati, Cesare Bondioli, Paolo Pesce: Sull'esperienza di Arezzo.
- 409 Vieri Marzi: L'ospedale psichiatrico.
- 412 Convegno "Psichiatria e Buon Governo, Arezzo 28 ottobre-4 novembre 1979: Risoluzione conclusiva.
- 417 Luigi Anepeta: Neo psichiatria o antipsichiatria.
- 427 Paolo Tranchina, Paolo Collini, Rocco Carosio: Psicanalisi e Psichiatria Democratica.
- 435 Giovanni Rossi, Luigi Benevelli: Programma di ricerca sulle istituzioni psichiatriche della provincia di Mantova. L'origine del manicomio.
- 442 Michele Tansella, Orazio Siciliani: I primi sei mesi di applicazione della legge di riforma della assistenza psichiatrica nel consorzio Verona-sud.
- 449 Dibattito sulla professionalità dello psicologo:  
Giovanni Piero Lombardo: L'albo degli psicologi: note per una strategia scientifico-culturale.
- 454 Collettivi psicologi democratici del Veneto: Mettere ordine?
- 456 Piattaforma di lavoro scaturita alla conclusione del convegno nazionale su "Lo psicologo - ruolo, tutela giuridica e formazione" tenuto a Roma il 15-16/12/79

L. 2.000

**Fogli di informazione: documenti di collegamento e di verifica per l'elaborazione di prassi alternative nel campo istituzionale**

*Bollettino a cura di Agostino Pirella e Paolo Tranchina*

59	60
61	

## “Psichiatria e buon governo”

### Presentazione

Raccogliamo in questo numero dei “Fogli” una serie di interventi letti e dibattuti alla settimana internazionale di discussione “Psichiatria e buon governo” tenutasi ad Arezzo dal 28 ottobre al 4 novembre 1979. Questo incontro ha visto una grossa partecipazione di tecnici democratici e amministratori che hanno fatto, insieme ai molti relatori stranieri, tra cui Maxwell Jones, Thomas Simons, Robert Castel, David Weisstub, Leonard V. Kaplan, Larry Gostin, Erich Wulff, un primo bilancio sull'applicazione della legge 180, sottolineandone gli aspetti positivi e tracciando le future basi di sviluppo in collegamento alla riforma sanitaria.

Il numero si apre con una serie di tabelle che riassumono i primi dati nazionali tratti dalla relazione di Raffaello Misiti del CNR. Sandro Agostinelli, assessore ai servizi di salute mentale della Provincia di Roma affronta il ruolo degli enti locali nella applicazione della riforma sanitaria. Seguono due interventi di Franco Rotelli e di Edgardo Battiston e Mario Reali sui problemi territoriali aperti dalla nuova legge e sull'esperienza del centro di via Gambini a Trieste. Agostino Pi-

rella interviene con la sua relazione introduttiva sui rapporti tra territorio e servizi, l'équipe di Arezzo analizza globalmente l'esperienza aretina con particolare riferimento alle problematiche della nuova legge, Vieri Marzi pone una serie di interrogativi sulla permanenza dell'ospedale psichiatrico e sul suo superamento. La risoluzione conclusiva del convegno, letta da Lamberto Cavallin, assessore alla psichiatria di Genova, conclude la parte del fascicolo dedicata a "Psichiatria e buon governo".

Pubblichiamo in seguito un intervento di Luigi Anepetta che fa il punto sulla situazione della psichiatria in Italia mostrando rischi e prospettive.

L'équipe del IV reparto misto dell'O.P. di Firenze analizza i rapporti tra psicanalisi e Psichiatria Democratica soffermandosi in particolare sui rapporti tra i diversi membri dell'équipe. Giovanni Rossi e Luigi Benevelli presentano un programma di ricerca sulle istituzioni pubbliche della provincia di Mantova. Michele Tansella e Orazio Siciliani presentano i dati del Consorzio di Verona-Sud per i primi sei mesi di applicazione della 180. Giovanni Piero Lombardo e il Collettivo degli psicologi democratici del Veneto continuano il dibattito sulla professionalità dello psicologo aperto da Paolo Tranchina sul N° 53 dei Fogli.

## ABBONAMENTO 1980

Con questo numero, lanciamo la nuova campagna abbonamenti a Fogli di Informazione 1980; per i soliti motivi economici siamo stati costretti a portare il prezzo di abbonamento a L. 8.000 mentre l'abbonamento sostenitore viene portato a L. 20.000.

**L'Amministrazione**

### FOGLI DI INFORMAZIONE

Rivista mensile, Ottobre-Novembre-Dicembre 1979

Redazione: Paolo Tranchina, Corso Ventidue Marzo, 40 - 20135 Milano.

Amministrazione: Centro di documentazione, cas. post. 347 - 51100 Pistoia.

Numeri arretrati L. 2.000, Abbonamento annuo L. 8.000. Abbonamento sostenitore L. 20.000, versate su c.c.p. 5/13923 intestato a Cooperativa Centro di documentazione s.r.l.

Cas. post. 347 - Pistoia - Tel. (0573) 367.144.

Dir. Resp. Daniele Protti - Reg. Tribunale di Pistoia n. 175 del 29-1-1973.

Spedizione in abbonamento postale gruppo III/70%.

Litografia i.p. - via Boccaccio, 26r - Tel. 055/578661 - Firenze

## primi dati sull'assistenza psichiatrica dopo l'entrata in vigore della legge 180 (1)

Tabella 1

### ASSISTENZA PSICHIATRICA EROGATA DALLE PROVINCE

	Ass. psich. diretta	Opera pia	Assistenza psichiatrica indiretta		
			O.P. in altre province	Clin. private	Altri
Nord	27	5	9	0	1
Centro	11	6	10	4	1
Sud	14	8	9	1	1
<b>Totali</b>	<b>52</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

Tabella 2

### RICOVERATI IN OSPEDALE PSICHIATRICO

	Presenti al 31.5.'78	Presenti al 31.5.'79
Nord	23887	20144
Centro	10016	8394
Sud	18402	14988
<b>Totali</b>	<b>52305</b>	<b>43526</b>

Tabella 3

### NUMERO RICOVERI IN ISTITUTI PUBBLICI NEL 1977 E NEL 1978-79

	R. coatti 1977	R. TSO 1978-79	R. volont. 1977	R. volont. rientri e/o serv. d.e.c. 1978-79	totali 1977	totali '78-'79
Nord	18246	7561	31403	14521	27750	49832
Centro	5223	1543	9946	6363	6181	14087
Sud	9818	3111	9587	2940	7140	18396
<b>Totali</b>	<b>33287</b>	<b>12214</b>	<b>50936</b>	<b>33824</b>	<b>41071</b>	<b>77110</b>

**Tabella 4**  
**NUMERO DEI RICOVERI IN ISTITUTI UNIVERSITARI E PRIVATI NEL 1977**  
**e nel 1978-79**

	Numero cliniche e O.P. priv.	Ricoveri 1977	Ricoveri 1978-79	Numero istituti univers.	Ricoveri 1977	Ricoveri 1978-79
Nord	15	4544	4911	9	3354	3816
Centro	40	11188	11069	6	743	1531
Sud	8	706	847	4	121	316
<b>Totali</b>	<b>63</b>	<b>16438</b>	<b>16727</b>	<b>19</b>	<b>4218</b>	<b>5653</b>

**Tabella 6**  
**SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA ISTITUITI DALLA LEGGE 180**

	Servizi di diagnosi e cura in ospedali generali	Posti letto
Nord	73	1027
Centro	28	325
Sud	48	672
<b>Totali</b>	<b>149</b>	<b>2024</b>

**Tabella 7**  
**SERVIZI**

	Numero servizi territ.	ore di apertura					pernott. case famiglia		
		24	12	6	4	salt.			
Nord	334	3	142	85	4	100	6	26	
Centro	150	2	59	62	2	24	1	11	
Sud	80	0	2	50	14	14	1	3	
<b>Totali</b>	<b>564</b>	<b>5</b>	<b>203</b>	<b>197</b>	<b>20</b>	<b>138</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	

**Tabella 8**  
**INTERVENTI SOCIALI**

	sussidi nel '77	sussidi nel '78	abitanti
Nord	5257670656	6280982528	25758688
Centro	3659918080	5372456960	12025764
Sud	1308208128	2294481920	16467219
<b>Totali</b>	<b>10225796764</b>	<b>13947921408</b>	<b>54251671</b>

**Tabella 9**  
**PERSONALE DEI SERVIZI TERRITORIALI**

	operatori a tempo pieno	operatori tempo parz.	operatori cons. 285	totale operatori
Nord	112	3677	14	3803
Centro	89	1779	52	1920
Sud	70	402	8	480
<b>Totali</b>	<b>271</b>	<b>5858</b>	<b>74</b>	<b>6203</b>

(1) Questi dati sono tratti dalla relazione presentata da Raffaello Misiti, del CNR, Progetto finalizzato Medicina Preventiva, Subprogetto Prevenzione Malattie Mentali.

# il ruolo degli enti locali nella applicazione della riforma sanitaria

Nando Agostinelli

## Premessa

Prima di passare all'esame del ruolo degli Enti Locali nell'applicazione della legge 833 del 23.12.1978, è necessario avere chiaro il processo che ha permesso di arrivare alla formulazione dei contenuti di tale legge di riforma.

Questo processo ha avuto i seguenti momenti rilevanti:

a) la riforma della struttura accentrata dello Stato con la legge 382 e con il D.P.R. 616, b) l'approvazione di leggi che hanno affrontato fenomeni e dinamiche sociali di emarginazione attorno ai quali si erano determinati vasti movimenti di massa e di opinione pubblica: come ad esempio l'istituzione dei consultori familiari (legge 405), l'aborto (legge 194), l'alcoolismo e la tossicodipendenza (legge 685), il superamento degli ospedali psichiatrici ed il trattamento sanitario obbligatorio dei sofferenti psichici negli Ospedali Generali (legge 180).

La legge 382 e il D.P.R. 616 hanno inferto un primo colpo alla struttura accentrata e burocratica dello Stato, in quanto hanno trasferito alle Regioni e ai Comuni gran parte dei poteri ministeriali; e adesso gli stessi Comuni debbono dimostrare — con i necessari sostegni finanziari delle Regioni e del Governo — di essere all'altezza di assolvere ai nuovi e qualificanti compiti a loro affidati.

Le due leggi rappresentano — ed occorre essere pienamente consapevoli di ciò — una conquista di notevole portata storica per il nostro paese: lo stato delle autonomie ha iniziato a prendere corpo nella società italiana.

## Le autonomie locali

Attraverso questo grande processo di democratizzazione vengono inoltre direttamente attribuiti ai Comuni funzioni e compiti di gestione nei servizi assistenziali, sanitari e civili; vengono soppressi, o comunque sottoposti ad un severo controllo, migliaia di enti pubblici; si creano le condizioni per orientare l'azione politica ed amministrativa in maniera da rendere irreversibili le riforme.

S'introducono principi che fanno superare il carattere corporativo e frammentario dell'intervento sociale e sanitario. Esso, considerato come servizio del territorio e, quindi, legato strettamente all'evoluzione della comunità locale, diviene elemento di aggregazione e di esercizio della partecipazione popolare.

L'obiettivo che si persegue è quello di far ruotare la politica dei servizi sociali attorno alle assemblee elettive. In questo modo si riesce a contenere forme marcate di separazione corporativa, affidando alle Regioni funzioni di programmazione generale, ai Comuni singoli o associati la gestione dei servizi realizzando per tale via, da un lato, un rapporto cittadino territorio che sostituisca il rapporto cittadino-categoria e, da un altro lato, un collegamento dei servizi sociali alla programmazione economica.

## I Comuni

I Comuni si vedono attribuire direttamente tutte le funzioni amministrative in materia di servizi sociali e sanitari, mentre alla Regione viene l'obbligo di emanare leggi che definiscano gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione fra EE.LL. territoriali e, se necessario, promuovendo, ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 117 della Costituzione, forme obbligatorie di associazioni fra gli stessi (art. 25).

## Le Provincie

Alle Provincie, fino all'entrata in funzione della Riforma delle Autonomie Locali, spetta, nell'ambito dei piani sanitari regionali, la localizzazione dei presidi e dei servizi sanitari nonché esprimere parere sulle delimitazioni territoriali, sulle U.S.L.. Tale dispositivo indica chiaramente un ruolo tutto da riempire, sia in rapporto alla programmazione socio-sanitaria locale, sia nell'assistenza tecnica agli Enti Locali per favorire il decollo effettivo del nuovo sistema sanitario nonché acquisire spazi più ampi ai processi di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale che opera nei servizi socio-sanitari.

## I problemi posti da alcune nuove leggi

Le leggi 405, 194, 180 hanno preceduto nella sostanza e nello spirito i contenuti della legge di riforma sanitaria. Tali leggi hanno tuttavia posto complessi problemi alle amministrazioni locali e agli Enti Ospedalieri, sia per l'impreparazione di molte istituzioni e sia per le notevoli resistenze alle innovazioni comportate dalla loro applicazione che si sono registrate nell'opinione pubblica. Ciò nonostante il bilancio è complessivamente positivo anche perché esse hanno spinto le amministrazioni locali a cimentarsi nella sperimentazione di modalità nuove nei servizi socio-sanitari.

Le leggi in questione hanno aperto grosse contraddizioni sia a livello culturale, sia a livello dei sistemi di potere e degli interessi colpiti.

## Una prima riflessione sulla 180

Con l'applicazione della legge 180 le Provincie si sono trovate in generale di fronte ad

enormi difficoltà. Ciò è dovuto o alla mancanza di servizi di salute mentale (come a Foggia, Bari, Matera, Potenza, Latina, Viterbo, Frosinone, ecc.) oppure alla loro carenza come a Roma: dove su 4 milioni di abitanti solo 80 operatori erano addetti ai servizi territoriali.

Gli ospedali generali, già in difficoltà sia per l'assenza di una rete di servizi filtro extra ospedalieri, sia perché più recentemente hanno dovuto fare fronte agli obblighi imposti dalle leggi 685 (droga) e 194 (aborto), sono andati completamente in crisi nell'impatto con la malattia mentale. In molte città i loro servizi di diagnosi e cura non si possono definire tali e per essi sono stati messi a disposizione pochi e angusti spazi operativi che rendono estremamente difficile la terapia e costringono gli operatori a lavorare in condizioni disagiate.

### La legge di riforma sanitaria

Con la legge 833: si è avviata una prima fase di superamento di quella politica frammentaria e disarticolata dalla sanità che — come è noto — ha arrecato profondi guasti economici al nostro paese. Tale politica ha infatti assorbito ingenti risorse, senza migliorare le qualità delle prestazioni, provocando invece la proliferazione degli enti mutualistici e assecondando una tendenza che ha privilegiato — e nel modo peggiore — il momento curativo rispetto a quello preventivo.

La legge 833 istitutiva del S.S.N. in Italia è una legge quadro, legge i cui principi e obiettivi devono essere accolti nei vari ordinamenti regionali specifici delle sub-materie nelle quali si articola l'attività sanitaria.

Tali ordinamenti vanno, pertanto, riscritti ex-novo con l'obiettivo di restituire unitarietà ad un arcipelago di norme assai variegato e frantumato.

La legge fissa uno scadenziario estremamente minuzioso di obblighi e impegni che occorre rispettare in questa fase di transizione che dovrebbe durare praticamente tutto l'anno 1979, se si vuole che il S.S.N. "a regime" decolli a partire dal 1° gennaio 1980. Occorre subito dire, per anticipare già in questa parte un giudizio che ci deve sempre guidare nella lettura e nella attuazione della legge sul S.S.N., che le forze istituzionali e sociali che vengono coinvolte e messe in campo dal processo riformatore sono imponenti e dotate di quella autonomia politico-decisionale che risulterà essenziale nel rispetto dello scadenziario previsto dalla legge. Basti pensare al semplice fatto che gran parte delle incombenze debbono essere sviluppate da ben 21 assemblee elettive con poteri legislativi (le Regioni e le due Province di Trento e Bolzano) e da circa 8.000 consigli comunali.

È necessario ricordare che anche laddove forze controriformatrici tentassero di ritardare l'attuazione o lo snaturamento della riforma dovranno fare i conti — oltre ovviamente con le forze riformatrici (che non sono di certo poca cosa) — con i vari livelli istituzionali dello Stato che sono tutti tenuti al rispetto e all'attuazione di una legge dello Stato.

### Alcuni elementi qualificanti della legge 833 - Alcuni pericoli

Uno degli elementi più qualificanti della legge 833 è la massima socializzazione e il decentramento della decisione e della prestazione.

Un altro aspetto positivo che occorre sottolineare riguarda il fatto che per la prima volta si costruisce in Italia l'esercizio di una funzione pubblica senza dar luogo ad un "carrozzone separato", vale a dire non staccato dal momento istituzionale decentrato (Regione, Comune singolo o associato).

Il fatto che i poteri decisionali siano spostati ai livelli istituzionali periferici consente una più pregnante azione di controllo dei cittadini singoli o associati sulla funzionalità dei servizi e, pertanto, di porre come la "questione delle questioni", per un consenso di massa, la necessità di assicurare idonei livelli di efficienza e di qualità nella risposta dei servizi sociali e sanitari.

Il problema dell'immediato è come garantire la continuità e il miglioramento delle prestazioni nell'ottica del cambiamento.

I pericoli — è facile intuire — sono tali e tanti da essere pressoché inelencabili. Essi vanno dai ritardi dei momenti centrali dello Stato nel varare le leggi previste, i decreti necessari, le ordinanze immediate, alle resistenze dei gruppi professionali (che però — occorre dire — finora non hanno creato eccessivi problemi, anche perché lautamente gratificati sotto il profilo normativo-economico, ecc.). Ma probabilmente il pericolo maggiore è quello di non riuscire a garantire quel principio di "eguaglianza" fra i cittadini che è stata una delle grandi finalità della legge sul S.S.N. ed un riesplodere (sempreché il S.S.N. non riesca a rispondere alle esigenze dei cittadini) di forme "privatistiche" in sanità, che ancora una volta rafforzino discriminazioni di classe.

A tale proposito alcuni segnali preoccupanti vengono avanti e maggiormente, nei periodi di crisi più acuta ove alcune forze politiche sono più sensibili alle pressioni corporative di taluni gruppi professionali o di interesse.

### Nel merito della 833: U.S.L., prevenzione, altre prestazioni, aspetti giuridici

L'idea forza introdotta nell'ordinamento sanitario, che traduce per la prima volta normativamente acquisizioni scientifiche e culturali, è la prevenzione come sistema, atto squisitamente sociale che ha riflessi anche medici, ove la rimozione delle cause del disagio richiede una conoscenza dei fattori di rischio per la salute del singolo e della collettività nel rapporto fra uomo natura e società.

Emerge, pertanto, con forza "il criterio della territorialità" nella gestione della salute non solo quale esigenza funzionale ad una impostazione culturale (la prevenzione) quanto anche quale preciso obbligo di legge.

Inoltre, la struttura amministrativa delle USL proposta dalla 833, istitutiva del S.S.N., permette di affermare che essa non costituisce un nuovo livello di potere locale.

Di converso non è possibile ritenere che le U.S.L. siano soltanto uno strumento operativo dei Comuni singoli od associati, ossia un nuovo apparato tecnico-funzionale specializzato e qualificato dalla partecipazione degli operatori e degli utenti. Invero l'art. 15 della legge 833 istituisce una vera e propria "amministrazione autonoma" dotata di organi deliberativi propri (salvo l'eccezione dell'U.S.L. coincidente con il Comune), sottoposta a controlli tipici e separati da quelli del Comune, fornita di autonomia gestionale e di bilancio, alimentata da un circuito di finanza pubblica separato, organizzata interamente con uffici direttivi, con personale a regime di impiego diversificato e a ruoli distinti da quelli del restante personale dei comuni.

Né si tratta di una amministrazione autonoma riducibile nei termini di una azienda ero-

gatrice di servizi personali, quale era, a parte la personalità giuridica, l'ospedale. Infatti l'Unità Sanitaria Locale esplica — sia pure nell'esercizio di funzioni di cui è titolare il Comune — attività diverse dall'erogazione di servizi che sono tipica espressione di potestà amministrativa (autoritative). Ci si riferisce alle funzioni di polizia sanitaria e ai poteri di vigilanza delle Unità Sanitarie Locali, nonché alle funzioni organizzative di attività pubbliche di altri soggetti (in particolare: prestazioni di sanitari e di Istituti di cura.). L'U.S.L. è, cioè, una amministrazione autonoma esercitante poteri amministrativi ed erogante servizi personali che — con disegno organizzativo originale — viene collegata in via principale ai Comuni attraverso le modalità di preposizione agli organi di amministrazione mediante elezioni di secondo grado e attraverso l'intervento diretto dai Comuni sulle decisioni di particolare rilievo; e, in via secondaria, assoggettata a forme istituzionali (da definire nelle leggi regionali) di partecipazione degli operatori e degli utenti.

Il modello organizzativo dell'Unità Sanitaria Locale si presenta come un tentativo di mutazione della figura soggettiva della amministrazione autonoma, — che, storicamente, è la prima forma di modello differenziato (e distaccato) rispetto al modello uniforme dell'amministrazione statale per ministeri e dell'amministrazione comunale per ripartizioni, — in amministrazione autonoma locale "partecipata".

Urge quindi sollecitare le Regioni ad approvare la legge sulle U.S.L. per tradurre così in realtà le disposizioni contenute nella riforma sanitaria.

#### Ancora sulla 180

Torniamo ad esaminare alcuni altri aspetti inerenti la nuova legislazione psichiatrica. La prima fase di attuazione della legge 180 è stata caratterizzata da oggettive difficoltà e, soprattutto, da una campagna volta a spaventare l'opinione pubblica fino al punto di terrorizzarla psicologicamente agitando strumentalmente i più comuni stereotipi della "follia". Qualsiasi tipo di incidente che veda implicato un sofferente psichico sia dentro che fuori l'ospedale psichiatrico, viene amplificato e strumentalizzato in modo vergognoso da parte di alcuni settori retrivi che mirano a far colpo su gran parte dell'opinione pubblica. Si teorizza artatamente che è in atto in Italia una politica di dimissioni selvagge dei degenti dagli ospedali psichiatrici; si parla di un paese "spaventato" dalla prospettiva di convivere con la follia.

A chi parla di una Italia "spaventata" va subito risposto che ciò non corrisponde alla oggettiva realtà del nostro paese, ma che al tempo stesso comprendiamo le preoccupazioni motivate che sorgono in alcune famiglie, ed alle quali dobbiamo dare una valida risposta; va però detto con franchezza che contemporaneamente criticiamo chi strumentalizza tali preoccupazioni, con il secondo fine di ripristinare modelli superati di segregazione e repressione manicomiale.

A parte il fatto che le masse popolari hanno ben più pressanti motivi per essere allarmate (la disoccupazione, l'inflazione, la criminalità comune e politica), mi sembra che, agitando ottusamente il fantasma oscurantista e retrivo del "matto" in libertà la cui "pericolosità" viene ad insidiare la miope tranquillità perbenistica, si punti soprattutto ad inficiare alcuni dei principi su cui si pongono le nuove leggi: la 180 e la 833 che considerano infatti il sofferente psichico un cittadino come gli altri, anche se malato, e pertanto con gli stessi diritti ad essere curato come gli altri e non emarginato.

Questo è un fatto di grande civiltà. Chi non vuole darsene ragione si rassegni: perché agitare fantasmi e cercare pretesti per riaprire i recinti della follia non serve.

I detrattori delle nuove leggi sono abili quanto privi di scrupoli, sono sapienti nell'arte del boicottaggio quanto codardi. Essi attendono nell'ombra che si verifichi il caso eclatante, da prima pagina, al fine di utilizzarlo per bloccare il già difficile cammino del nuovo corso sanitario del nostro paese.

Essi mirano a vanificare e ritardare la faticosa opera di reinserimento nella società dei sofferenti psichici, ad allarme e spaventare la opinione pubblica perché li respinga.

#### Alcuni dati

Il dato nazionale fornito dal CNR sulle dimissioni dei degenti dagli ospedali psichiatrici è chiaro! Dal maggio 1978 ad oggi ne sono stati dimessi solo 8.779 pari al 16% del totale.

Questo dato indica che siamo in presenza, da un lato, di un graduale e meditato processo di deospedalizzazione e, da un altro lato, al contrario di un boicottaggio subdolo della legge di riforma sanitaria.

Inoltre negli ospedali privati — convenzionati con le Provincie — il processo di deospedalizzazione è pressoché insignificante: per citare un caso emblematico su 9.000 degenti negli ospedali della Casa Divina Provvidenza ne sono stati dimessi solo il 3%.

Questi fatti debbono far riflettere a fondo le forze riformatrici, che si battono per il rinnovamento socio-sanitario del nostro paese.

Inoltre i denigratori della riforma sanitaria affermano che dopo la applicazione della legge 180 si sarebbe verificata una dilatazione della assistenza privata. In base ai dati raccolti dalla unità operativa del CNR emerge con chiarezza che a Roma le 15 cliniche private nel 1977 hanno effettuato 10.921 ricoveri, mentre nel periodo 1.6.1978 fino al 30.5.1979 ce ne sono stati 11.049. Come è evidente si tratta quindi di un andamento stabile senza modificazione di rilievo.

Sempre in base ai dati forniti dal CNR del 1978/'79 i ricoveri obbligatori sono scesi del 60% (17.964 ricoveri in meno).

Ma ecco un dato più significativo e preciso: a Roma nel 1977 ci sono stati 2.266 ricoveri coatti; nel periodo 1.6.'78 al 30.5.1979, i trattamenti sanitari obbligatori sono stati appena 364. Quindi si è verificata in realtà una caduta molto marcata.

È trascorso poco più di un anno dall'applicazione della legge 180 ed i dati forniti ne dimostrano la validità e la giustizia.

#### Convenzioni

Come è noto il 31.12.1980 saranno risolte tutte le convenzioni tra gli Enti pubblici e le cliniche private psichiatriche e neuropsichiatriche. In previsione di ciò l'industria della follia, ha preso la iniziativa di richiedere al Governo la proroga di 2 anni delle convenzioni in atto con le Provincie e le Regioni.

Questa iniziativa viene giustificata col pretesto che nella sola capitale i 1.500 degenti delle cliniche private non saprebbero dove andare, una volta dimessi. La verità è ben altra: le 15 cliniche private romane e la Casa Divina Provvidenza, con i loro 10.500 posti

letto, nel 1979, intascheranno 98 miliardi di lire per le rette corrisposte dalla Regione Lazio e dalle Provincie di Matera, Potenza, Foggia, Bari, Roma, Frosinone, Viterbo.

### Alcune resistenze

Questo spiega l'attacco alla legge 180.

Troppi interessi concorrono per il mantenimento dello "status quo". In qualche ospedale generale ci sono primari che addirittura pretendono per ogni ricoverato un infermiere fisso di giorno e di notte, con ciò pretendendo un ritorno al principio del custodialismo. Questo è ancora il meno rispetto alle richieste di modifica della legge 180. Quello che più ha sconcertato è stata la decisione del Ministro della Sanità di costituire una commissione che dovrà procedere ad una revisione della stessa legge, perché "rivelatasi incompleta e inadeguata alla gravità del problema". A parte il fatto che della Commissione fanno parte cattedratici noti quali avversatori della 180, se i dati dimostrano che la 180 è valida, perché si vuole rivederla? Si vogliono conservare privilegi? Si vogliono mantenere in vita i manicomi e le cliniche private? Si deve agire per una corretta applicazione della Riforma Sanitaria e non viceversa. Oggi il problema è quello di verificare lo stato di attuazione di 8 mesi della legge 180 e di 8 mesi della legge 833. Verificare cioè i limiti e condizionamenti — incontrati a tutti i livelli — per farne uscire proposte ed interventi atti a migliorare l'attuazione della legge.

### Un saggio di una rivista cattolica

Su *Civiltà Cattolica* del 16.6.1979, in un saggio su "I vecchi manicomi e la riforma sanitaria", è stato giustamente rilevato: "Abbiamo la impressione che il grande pubblico, non esclusi alcuni operatori sanitari del settore psichiatrico, non abbia avvertito appieno l'importanza del profondo cambiamento che le nuove norme apportano, superando la vecchia concezione dell'assistenza ai malati mentali, le vecchie prassi di trattamento e di custodia, i vecchi sistemi di vita manicomiale, e non abbia quindi compreso le motivazioni per cui la legge ha voluto creare nuove modalità di fare psichiatria, fondate sulla partecipazione dei propri malati e sulla partecipazione dei malati alla vita della comunità".

Cito ancora testualmente: "Neppure le reazioni negative (comportanti peraltro alcune valide osservazioni critiche) emerse all'indomani della promulgazione della legge 180, sia nell'opinione pubblica, sia nell'ambito dei responsabili degli ospedali psichiatrici e degli ospedali generali, sono riuscite ad indebolire la bontà sostanziale della legge".

### Ritardi e scadenze disattese

Quanto detto va obbligatoriamente accompagnato con alcune serie ed argomentate critiche per il notevole ritardo con cui il Governo sta affrontando gli adempimenti e le scadenze della 833. Anche se non va trascurato che oltre ai più gravi e fondamentali ritardi governativi, alcuni enti locali (le stesse regioni, nonché provincie e comuni) non hanno avuto la completa consapevolezza della complessità della 180 prima e della 833 poi, e quindi si è lasciata decantare la necessità di predisporre quegli atti amministrativi, quei

servizi, quelle consultazioni, finalizzate a ricevere il rinnovamento socio-sanitario disposto dalle legge in questione.

Ma i ritardi governativi, sui quali tra poco mi soffermerò brevemente, debbono essere tempestivamente rimossi, altrimenti l'avvio del Servizio Sanitario Nazionale sarà oltremodo difficile e problematico.

Infatti è necessario ricordare all'attuale Ministero (un Ministero, vi rammento, il cui partito tra l'altro ha votato contro questa riforma): 3° comma art. 47: il Governo è delegato ad emanare il 30.6.1979 lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali, ed ancora: 1° comma art. 67: entro il 30.6.1979 il Ministro della Sanità, di concerto non i Ministri del Lavoro e della Previdenza Sociale e del Tesoro ecc., stabilisce i contingenti numerici, suddivisi per ente e per qualifica, degli operatori da iscrivere nei ruoli del personale addetto ai servizi delle U.S.L. e da assegnare ad enti differenti da quelli statali. Niente o poco di tutto questo è stato fatto. Anzi, si è stati costretti da un vero e proprio stato di necessità, ad un decreto che proroga al 28 dicembre la delega al Governo per l'emanazione dello stato giuridico del personale. E sappiamo quanto sia importante la determinazione della collocazione economica, normativa ed amministrativa degli operatori. Infatti su di essi graveranno le più svariate richieste da parte dei cittadini o degli stessi servizi, e la qualità della loro risposta sarà determinante per l'attuazione della riforma.

Ma ci sono ancora altre cose: il Governo deve accogliere la proposta avanzata dagli infermieri psichiatrici e dalle loro Organizzazioni Sindacali unitarie per sanare la sperequazione determinatasi tra il personale parasanitario.

Si devono battere i ritardi sulla approvazione del Piano Sanitario Nazionale, previsto dagli artt. 53 e 54.

Dove sono — e mi riferisco agli artt. 63 e 57 della legge 833 — le deliberazioni del Consiglio dei Ministri che emanano l'estensione e la relativa disciplina della partecipazione contributiva degli utenti, della assicurazione obbligatoria delle malattie per tutti i cittadini, nei limiti delle prestazioni INAM, nonché l'unificazione dei livelli delle prestazioni sanitarie?

A che punto è il decreto del Ministero del Lavoro per la attribuzione all'INPS della competenza ad erogare la indennità di malattia, di cui all'art. 74?

Ed ancora, perché non è stata predisposta la normativa relativa alla disciplina dei farmaci, al prontuario, alla pubblicità ed alla informazione scientifica sui farmaci stessi, così come prevedono gli artt. 29, 30 e 31 della riforma?

Ed infine, è grave — e pesa — il ritardo con cui non si dà attuazione all'articolo 39. Il raccordo tra U.S.L. ed Università, il relativo schema di convenzione, la consultazione con le Regioni ed il C.S.N. sono elementi essenziali per riconvertire in positivo l'utilizzazione comune delle risorse universitarie e territoriali.

Sono consapevole che questa girandola di articoli e di numeri può dare una immagine piatta e burocratica, fatta di mere scadenze, di tale riforma, che, invece, è la prima riforma strutturale del nostro paese e il frutto di una grande battaglia culturale ed ideale. Ma è pur vero che la realizzazione dei decreti e delle leggi è il momento strumentale necessario a materializzare l'avvio dei processi di rinnovamento.

## Le probabili conseguenze degli inadempimenti

Alcune brevi considerazioni ulteriori in merito approfondiranno quelle che possono essere le conseguenze di questi ritardi.

Ritardare ancora la presentazione della normativa-quadro per il personale che dovrà operare nei servizi sanitari determina infatti uno stato di precarietà e di incertezza che potrà ripercuotersi in maniera negativamente determinante sul nuovo servizio sanitario. Allo stato attuale questo Governo, come quello passato, è gravemente inadempiente e senza alcuna giustificazione. Inoltre, mentre occorre presentare e discutere subito i provvedimenti sul personale, occorre anche evitare che tali provvedimenti contengano inaccettabili soluzioni stravolgerebbero i contenuti e gli obiettivi della legge 833, come si ricava dalla lettura delle bozze fatte circolare informalmente dal precedente Ministro della Sanità.

Si impone una contrattualistica unica che superi, nello ambito del personale del S.S.N., quella diversificata foriera di conflittualità e disimpegno nonché di spirito corporativo. Occorre però che i suoi contenuti siano in grado di sanare e perequare situazioni di evidente ingiustizia fra le categorie del S.S.N., tenendo conto della professionalità e della responsabilizzazione. Le modalità con le quali pervenire a tale contrattualistica unica debbono inoltre tener conto della necessaria gradualità. A tal fine l'avvio delle trattative per il rinnovo del contratto di alcune categorie di operatori dei servizi sanitari (ad esempio gli ospedalieri) potrà permettere di agganciare successivamente le altre categorie e di costruire così "in itinere" l'obiettivo voluto dal legislatore: il contratto unico nazionale di tutto il personale del S.S.N.

Occorre che il Governo presenti al Parlamento il provvedimento relativo al Piano Sanitario nazionale e che le forze politiche riformatrici si impegnino affinché il Parlamento non ne ritardi l'approvazione.

È bene ricordare che il piano nazionale non solo rappresenta la direttrice di sviluppo del nuovo sistema sanitario e quindi l'orientamento all'azione delle Regioni, ma si configura anche come elemento di certezza in quanto definisce e precisa la consistenza del S.S.N. e, di conseguenza, offre la garanzia di una continuità nelle prestazioni e di una diversa qualificazione degli investimenti nel settore sanitario, garantendo agli Enti Locali un fondo adeguato e capace di assicurare loro i mezzi necessari alla attuazione del servizio sanitario di base.

Il problema degli investimenti si collega strettamente con la inderogabilità della riforma della finanza locale e, soprattutto, della riforma del sistema delle autonomie locali. Il che è tanto più necessario in quanto, tra gli altri e anche più evidenti motivi, si dovrà così trovare un nuovo ruolo ed una nuova dimensione all'Ente Provincia quale organo intermedio di raccordo tra le associazioni dei Comuni sia in senso programmatico che tecnico-consulativo.

## Conclusioni

Concludendo con una considerazione solo apparentemente scontata: l'attuazione dell'art. 25 e del D.P.R. 616 e la riforma dell'assistenza inaugurano nuove dimensioni di gestione e di organizzazione dei servizi sociali ed assistenziali.

Da questo Convegno lanciamo a tal fine un appello alle Regioni perché:

1) in tutto il territorio di loro competenza istituiscano i servizi di diagnosi e cura negli ospedali generali;

2) entro il 31.12.1979 approvino il piano sanitario regionale nell'ambito del quale devono essere previsti i tempi e modalità di superamento degli ospedali psichiatrici con l'indicazione di adeguate strutture e servizi territoriali.

Propongo inoltre che in questa fase transitoria di gestione della salute mentale (in attesa del suo trasferimento alle U.S.L.) le Provincie si impegnino concretamente a reperire le strutture alternative ai ricoveri coinvolgendo in ciò Comuni e Circostrizioni per sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi della sofferenza psichica e determinare quindi un clima di fiducia e di stimolo necessario perché gli operatori esprimono, ancor più rispetto al passato, tutte le loro capacità (creative, intellettuali, organizzative, umane) nello sforzo indispensabile all'attuazione della riforma sanitaria.

Le Provincie hanno prodotto una nuova cultura psichiatrica, che è stata integralmente recepita dalla riforma sanitaria.

Questo patrimonio culturale di notevole portata storica deve essere salvaguardato.

Da qui la necessità che le Provincie oggi più di ieri — in quanto si trovano in questa fase di delicato passaggio delle loro competenze psichiatriche ai Comuni — aiutino questi ultimi nell'opera di costruzione del servizio sanitario di base. È necessario una continuità di lavoro e questa comporta che non si abbia alcuna deresponsabilizzazione dell'UPI — a tal fine — deve sollecitare le Provincie e predisporre subito l'inventario dei beni e l'elenco degli operatori sanitari e parasanitari, nonché le forze politiche riformatrici che hanno approvato la legge del servizio sanitario nazionale, a impegnarsi e battersi concordemente per l'attuazione della riforma esigendo dal Governo il suo decollo dall'1.1.1980.

Se la riforma subirà slittamenti si andrà incontro inevitabilmente a nuovi costi e a nuovi guasti a detrimento degli urgenti investimenti che, nel quadro di un diverso sviluppo economico del nostro paese, debbono essere effettuati a favore del mezzogiorno, dell'agricoltura, dell'occupazione, della casa. In questa battaglia l'unione delle Provincie di Italia farà fino in fondo il suo dovere. Questo convegno promosso dall'UPI d'altro canto è la testimonianza netta e chiara dell'impegno assunto dalla Provincia nella costruzione del S.S.N.

*Nando Agostinelli: Assessore ai servizi di salute mentale, Provincia di Roma.*

## sul cattivo governo della miseria

Franco Rotelli

Dopo il manicomio, il territorio. Dopo il luogo deputato alla separazione dal corpo sociale, il luogo della reclusione, la reimmissione nel sociale. Ma nulla ci dice di questa restituzione. Ovunque il modulo è di costruzione di servizi tendenti specificamente ad appropriarsi di cicli specifici e separati di contraddizione, di circoscritti livelli di conflitti, di precise formule di risposta, di segmenti separati dei cicli di riproduzione.

La proliferazione dei servizi, il loro progressivo nascere e organizzarsi costituisce gamme di utenza, modula e riformula i bisogni, tende a programmarli e costituirli come separati, come isole.

Sul terreno della costruzione di soluzioni territoriali alternative la "vocazione terapeutica", come desiderio di servizi depurati ed igienici, ambulatoriali, è ben lontana dal morire per le rigidità che oppongono, proprio nel territorio, le diverse forme della miseria, la incomunicabilità tra strati e ceti nelle loro ideologie di appartenenza e nelle loro morali produttive che li vuole, da sempre, in competizione: divisi su delle linee di confine oltre le quali c'è il contagio della sporcizia e della malattia.

L'infermiere di manicomio che passa le giornate nella cucina del reparto, il medico che le passa in direzione, il malato che sta dietro la porta chiusa, sono figure sociali ritrovabili nell'ovunque istituzionale, ove la separatezza dei ruoli e dei poteri, la loro riproducibilità è ormai tecnica, tecnica di vita, tecnica della sopravvivenza di ciascuno.

Il territorio come manicomio con i suoi quartieri per i tranquilli e per gli agitati, per i lavoratori e per gli ammalati, per i vecchi e per i giovani con i suoi guardiani e le sue regole, le sue specifiche modalità di trattamento, i suoi capisquadra, controllo o abbandono, sembra non vi sia uscita.

La legge di riforma tuttavia, con la crisi che determina e spazzando forse nel tempo gli O.P. trasferisce tutto nel vivo dei rapporti e degli scambi nel sociale, rendendo evidente a questo sociale che le regole che si inscenavano nel manicomio erano anche le leggi del suo funzionamento, e ciò anche a chi, nei diversi gradi dell'organizzazione produttiva, viva ignorandosi, mobilitato all'impresa di un discontinuo sistematico delle forme della propria riproduzione.

Luogo alternativo al manicomio allora il territorio destabilizzato per un momento dalla legge, accordante le istituzioni nel loro non funzionamento: rendendosi possibile una riconsiderazione globale di ogni istituzione nel suo essere impotente a rispondere. Gestione di questa crisi è allora azione pratico-critica contro l'espropriazione medica come deterritorializzazione di un segmento di corpo malato, contro questa assistenza che gestisce un segmento di età della vita o di classe sociale, contro questi servizi che tendono

ad essere tali solo per le "fasce sociali", orribile espressione che ricicla gli E.C.A., le beneficenze, l'amministrazione della miseria sperata e sempre anch'essa deterritorializzata.

Alternativa territoriale è lotta contro la deterritorializzazione dei poteri, quelli del politico in prima istanza, quelli dell'ordine dell'amministrativo, quelli dell'ordine del tecnico, dell'ordine della soggettività di lavoratori e cittadini.

Tutti ordini e livelli che anche nel tecnico, nei tecnici, devono ricomporsi una volta che egli, territorializzato, non viva più del nutriente colore del suo separato potere. E dovremo discutere più a lungo dei tecnici che non sono più nel territorio separati e che devono riconsiderarsi come politici, come uomini di amministrazione, come lavoratori, come cittadini. E devono riconsiderare il loro mandato psichiatrico.

Ormai sappiamo che produzione e riproduzione di forza lavoro sono il nostro mandato, e la legittimazione dei modi attuali in cui esse si esercitano e il controllo di chi non produca o non sia sufficientemente riprodotto o non si accontenti di essere riprodotto così. E qui nascono i problemi di una interpretazione originale del mandato attuale, e di un approfondimento culturale e politico che dobbiamo svolgere.

C'è, quindi, un momento, l'attuale, in cui dopo la legge e prima dei servizi organici, forse come non mai le contraddizioni hanno il loro nome. Poi nasceranno altri servizi che, produttivi, ricicleranno improduttività e perciò stesso giustificheranno il proprio essere fonte di dominio.

Per conto nostro, alleati con l'improduttività non certo come valore ma come realtà, (generale o particolare, duratura o contingente, nei micro o nel macrosistema) intendiamo continuare ad esserne complici e a far interagire tutto ciò con il mondo dei produttori. Ben sapendo che la battaglia o passa tra chi produce e sta accadendo, li attraversa e ne viene fatta propria, o sarebbe stata irrimediabilmente marginale, stracciona o intellettuale.

Alternativa territoriale è per noi ricostruzione del potere sociale del matto, del dimesso dal manicomio nel manicomio città senza dimenticare che potere sociale è prima di tutto potere economico. Accanto allora al parlare di consorzi, di C.I.M. e di Unità Sanitarie Locali e di molte altre riorganizzazioni istituzionali anche dotate di un implicito contenuto progressivo chiediamo alle amministrazioni:

— Quanto denaro intendete investire nella deistituzionalizzazione che sia direttamente fruibile dall'utente in termini di reddito nominale e di reddito reale?

— Quanto benessere materiale e quanto benessere reale (in termini di aggiunta di servizi disponibili al reddito reale) è in grado di erogare al di là e al di fuori della risposta medica, l'"amministrazione"?

— Quante case, mense, posti di lavoro, servizi, cooperative sostituiranno il manicomio? Ora che sappiamo per legge che non vi erano motivi alla sua esistenza se non l'improduttività?

— Quanto omogenea sarà l'erogazione di sussidi all'aumento del costo della vita e quanto permeabili al parzialmente improduttivo saranno i luoghi della produzione?

— Quanta criminalizzazione in meno si è in grado di ottenere nei prossimi anni per i clienti dei servizi psichiatrici? Quante sanzioni in meno?

— Quanti psicofarmaci in meno si è in grado di distribuire nei prossimi anni nel manicomio città?

— Quanti illegalismi saranno considerati come evidenza dell'anacronismo di questa le-

galità invece che comportamenti devianti da reprimere?

Sono domande preliminari, volutamente riduttive, ma che ci stanno a cuore tanto da sembrarci le uniche vere.

Per distruggere il manicomio siamo partiti da lì, dal reimmettere le persone nello scambio. Dal ricostruirne il potere economico-sociale, nel fondarne economicamente un loro diverso vivere fuori di tutela, prima dentro poi verso il fuori delle mura. Nulla come il denaro e la circolazione dei beni rompe gli argini delle istituzioni improduttive, modifica tabù e pregiudizi, cambia le culture, le libera dalla loro vecchiaia senza fine.

Tecnici del denaro dunque? È vero, ci si accuserà di questo ma crediamo più al potere dei bilanci che ai poteri dell'inconscio, alla materialità dei bisogni, al loro essere anche dei più "alti e soggettivi" materialmente appunto fondati.

Tecnici del denaro sì, se lo scarto tra bisogni e risposta amministrativa, una volta liberatici dai fumi delle terapeutiche, assume sempre di più il segno di origine della riproduzione di istituzioni che riempiono questo tempo vuoto perverso. Se questo scarto non sarà riempito da psicosezioni di accatto, il tecnico avrà alcuni compiti.

Come tecnico e come cittadino avrà il suo spessore nel contribuire a quella radicalità e a quella immediatezza nel tempo delle risposte duramente richieste: radicalità e immediatezza che sono le migliori espressioni dei movimenti che sole possono scuotere gli apparati e tendere dalla parte dei soggetti il filo che li lega all'inerzia della compatibilità. Come tecnico e come "amministrativo" egli dovrà attraversare il terreno amministrativo appunto, per contribuire a forzarne la curvatura lungo l'asse di ampie modifiche della spesa pubblica, sui servizi e le istituzioni specifiche onde partecipare a determinare sostanziali modificazioni e riconversioni della spesa pubblica stessa. Non si può sfuggire a questo ruolo manageriale del tecnico. È bene che di queste cose cominciamo a parlare con più chiarezza.

Altrove da questa pratica e altrove da questo ricominciare dall'istituzione del denaro e altrove da questa "deistituzionalizzazione del denaro pubblico", non credo ci sia altro che i perduti sentieri dell'ideologia della liberazione, che è sempre pratica dell'oppressione.

Né ci si accusi di volontà di onnipotenza, dopo averci accusato di voler tutto de-psichiatrizzare. Si dice de-psichiatrizzazione, ma può esserci dietro questa parola il suo valore progressivo, ma anche il suo valore regressivo se questa significasse ricacciare il tecnico nella specificità separata di un ordine di discorso, di un ordine istituzionale, di un rapporto segmentario con il cliente, invece che in un rapporto con il complessivo della miseria di un territorio.

Abbiamo imparato in manicomio, contro ogni vocazione terapeutica, che è la libertà ad essere terapeutica.

Oggi sappiamo nel territorio che il vincolo a questa libertà è la miseria, che la malattia è miseria, anche miseria delle ideologie, della scienza, della cultura, che la trasformano questa miseria appunto in malattia.

Né ci si accusi parlando di miseria di riferirci nella nostra pratica sempre e solo ad una precisa fascia sociale, né tanto meno ad una origine ivi solo collocata dalla malattia mentale, ma parliamo della miseria dei servizi, del loro essere, appunto, miseri, quindi riciclaggio e costituzione della propria utenza in miserabili appunto.

Né certo è a noi che sfugge il complesso di ordini di discorso e di ordini istituzionali che costituiscono oggi e qui la malattia mentale.

Abbiamo solo voluto qui ricordare alcune cose anche se sappiamo che le ideologie ed i saperi sono anche codici di conoscenza e ogni denaro ne produce di nuove, di ideologie e di saperi, e ne viviamo, ne vivemmo, ne vivremo ancora e attraversarle è terreno di lotta dignitosa e vitale, lo è stato in questi anni, lo sarà per molto tempo ancora.

## Dedalo libri

novità

### CLASSE

QUADERNI SULLA CONDIZIONE  
E SULLA LOTTA OPERAIA

direttore Stefano Merli

Una rivista che, partendo da esperienze di intervento diretto, ripropone e rinnova nei suoi fascicoli monografici il marxismo teorico come scienza critica dei rapporti sociali di produzione borghesi e della prassi rivoluzionaria.

Tra i collaboratori: Giancarlo Consonni, Angelo Dina, Franco Ferrarotti, Renato Levrero, Silvano Levrero, Lucio Libertini, Luigi M. Lombardi Satriani, Renzo Stefanelli, Giuseppe Vacca, Carlo Vallauri.

rivista semestrale

un numero lire 4.500 abbonamento annuo lire 8.000

dal 1969

Edizioni Dedalo

casella postale 362, 70100 Bari - c. c. postale 11639705

### Bozze

direttore Raniero La Valle

La società religiosa si confronta con la società civile, i suoi istituti, le sue ideologie. Da punti di vista differenti ma complementari, problemi e prospettive dell'esperienza religiosa nell'Italia di oggi. Una rivista che raccoglie contributi sperimentali ed aperti contro ogni forma di integralismo e al di là di vecchi antagonismi.

Tra i collaboratori: Giuseppe Alberigo, Gianni Baget-Bozzo, Lelio Basso, Ernesto Balducci, Italo Mancini, Giovanni Miccoli, Adriano Ossicini, Piero Pratesi, David Maria Turoldo, Giancarlo Zizola.

rivista mensile

un numero lire 2.000 abbonamento annuo lire 15.000

dal 1978

Edizioni Dedalo

casella postale 362, 70100 Bari - c. c. postale 11639705

### sapere

nuova serie fondata da Giulio A. Maccacaro

Quale scienza per quale potere? Quale potere per quale società? Questi sono i due interrogativi che Giulio A. Maccacaro poneva nel primo numero della nuova serie di « Sapere » da lui fondata nel gennaio del 1974. Negli anni da allora trascorsi a questi due interrogativi « Sapere » ha costantemente cercato di rispondere nella convinzione che oggi « ogni uomo è raggiunto dalla scienza per esserne fatto più libero o più oppresso ». Chi (« addetto » o « non addetto » ai lavori) avverte l'urgenza e l'importanza di quegli interrogativi e desidera avere strumenti per capire, legge « Sapere ».

rivista mensile

un numero lire 1.500 abbonamento annuo lire 15.000

dal 1967

Edizioni Dedalo

casella postale 362, 70100 Bari - c. c. postale 11639705

### INCHIESTA

direttore Vittorio Capecchi

Una rassegna di quanto avviene di innovativo nei settori di base della struttura sociale: *sviluppo economico e classi sociali* (occupazione giovanile, mercato del lavoro, mezzogiorno, agricoltura), *scuola e processi formativi* (riforma della scuola, atteggiamenti degli insegnanti, 150 ore), *la condizione della donna* (lo stato assistenziale, il rapporto donna-lavoro), *potere e repressione* (la polizia, le carceri), *medicina, psichiatria e assistenza* (la nuova psichiatria, le strutture assistenziali).

rivista bimestrale

un numero lire 2.500 abbonamento annuo lire 12.000

dal 1971

Edizioni Dedalo

casella postale 362, 70100 Bari - c. c. postale 11639705

## il centro di via Gambini, Trieste

Edgardo Battison, Mario Reali

Il nostro intervento si colloca su un piano poco usuale per un discorso programmatico amministrativo, eppure ugualmente è un modo di proporre all'amministratore una dimensione di quei servizi che costituiscono un punto di riferimento centrale della politica sanitaria. Troppo spesso il servizio o la struttura sanitaria di base ci viene proposta come dispositivo che in sé e per sé garantisce la qualità del lavoro e raramente si fa riferimento ai contenuti che il lavoro dovrebbe esprimere sulla base di una analisi longitudinale della storia assistenziale. Noi lavoriamo in un centro di igiene mentale della provincia di Trieste. È uno dei cinque centri (quello di via Gambini) che costituiscono la rete territoriale alternativa alla accettazione psichiatrica ospedaliera. È difficile dire che cosa sia questo centro; si curamente non un centro ambulatoriale né medico-sanitario, questa è l'unico parametro di giudizio. Lo spazio medico vi è continuamente ricacciato, circoscritto e delimitato non attraverso affermazioni di principio ma attraverso la scomposizione e la distruzione delle pratiche mediche e degli spazi medici (saletta di visita, ambulatorio; ovvero l'attesa e la ritualizzazione preformata per l'utente). Se la medicina dev'essere democratica deve mettere in pericolo l'esistenza di se stessa e non solo le sue forme di attuazione; lo stesso discorso a maggior ragione vale per la psichiatria e per i suoi apparati istituzionali.

Siamo convinti che la struttura è anche funzione e per tal ragione il centro in cui lavoriamo non è riducibile ad alcuna dimensione definita; è un edificio precedentemente lasciato in rovina restituito all'uso sociale del quartiere e dei giovani in particolare, è mensa e centro culturale, cooperativa libraria e sede di riferimento di gruppi antiistituzionali (infermieri dell'ospedale generale, gruppo di controinformazione sulla droga, etc.), centro di documentazione e di attività editoriale specializzati sui problemi della salute, luogo assistenziale aspecifico e momento terapeutico verso coloro che rivolgano richieste specifiche. Gli utenti sono per tale ragione estremamente diversificati.

Allora nel centro si viene per discutere, per leggere o acquistare un libro o documentazione, per organizzare iniziative culturali che vanno dal concerto alle scuole di musica per giovani, per capire che cosa praticamente significhi la nostra pratica territoriale etc.; oppure per chiedere un aiuto in caso di difficoltà materiali o per passare il tempo in un posto caldo e disponibile (soprattutto gli anziani) per parlare con gli operatori in caso di difficoltà personali per chiedere consigli su pratiche sanitarie da parte di un sottoproletariato che conosce la disponibilità dei medici territoriali generici, oppure ancora per denunciare e organizzare una risposta alle violenze della medicina istituzionale (dal problema dell'aborto a quello del tossicomane cacciato dal pronto soccorso a quello dell'anziano sbattuto fuori di casa ai lungodegenti per le carenze assistenziali del territorio). Il

nostro lavoro comprende evidentemente anche la specificità della domanda psichiatrica; malato acuto, richieste di consulenze e di interventi domiciliari); tuttavia lo spazio necessario all'intervento psichiatrico viene costantemente messo in discussione e attaccato sulla base di uno svuotamento della realtà malattia.

Il lavoro del centro è partito da una precisa priorità di distruggere il manicomio invalidando il principio della pericolosità del malato e successivamente svuotandolo del tutto attraverso la organizzazione di comunità appartamento per i meno autonomi. Questa scelta ha implicato ben prima della 180 l'interruzione degli invi in ospedale psichiatrico ed il non uso del servizio di diagnosi e cura (il che ha significato in moltissimi casi la possibilità di evitare le sbrigative ed avvilenti procedure delle astanterie). Quindi la pratica mantiene una valenza antiistituzionale sia diretta verso i residui dei lungodegenti (ormai pochi) investendo la città del problema della casa e del sussidio economico, sia verso le istituzioni diffuse del territorio (dalla famiglia, allo ospizio per vecchi al reparto medico) che a partire dalla situazione di sofferenza misconosciuta, producono la domanda psichiatrica come fatto separato (il disagio viene tradotto in malattia psichica, che ovviamente è pura astrazione, attraverso l'attribuzione di comportamenti anormali). Il centro è luogo che contiene in sé la duplicità di potere inteso in senso manageriale (lavoro organizzativo-amministrativo) e nel senso di contropotere in quanto momento di elaborazione e determinazione autonoma del proprio lavoro. Ogni operatore può partecipare alla organizzazione della propria pratica sulla base di una autovalorizzazione di segno opposto al valore del capitale (si sceglie la improduttività laddove non si produce controllo pratico; si sceglie la produttività contro la improduttività del capitale quando si inserisce un emarginato). Il processo di autovalorizzazione evidentemente si fonda sul riconoscere e sull'agire i propri bisogni di operatore soggetto politico (non più tecnologia ma più denaro e più strumenti di autonomizzazione: questi sono i contenuti emersi dalla recente lotta del personale infermieristico) e quindi permette di sfuggire alla definitiva subalternità nella quale sono costretti da una logica di tipo sanitario (servizi medici o pratiche pseudoanalitiche).

Nei confronti di quell'utenza che rivolge al centro una domanda psichiatrica (sia esso il normale sia esso colui che viene definito malato) ci muoviamo lungo due versanti che potremmo identificare come:

1) Lotta per un maggiore potere materiale in una società di scambio contro la spoliazione del capitale e la precarietà delle condizioni di vita imposte (tale situazione è particolarmente drammatica a Trieste per gli anziani); il che significa casa, sussidio decente, assistenza domiciliare, etc. cioè oggetti di scambio in primo luogo e non servizi. La depressione del vecchio scompare quando possa riconquistare uno spazio autentico (anche di sicurezza) per la propria esistenza. L'operatore lavora per concretizzare quella materialità che permette la reimmissione nel sociale e la riacquisizione di un versante indispensabile a sentirsi garantiti.

Questi contenuti non sono evidentemente assistenzialistici (congelare la persona in una condizione di dipendenza mantenendola esclusa dai processi sociali) ma costituiscono una possibile via di scioglimento della specificità della malattia.

2) In riferimento all'aspetto acuto, il centro è luogo di difesa di un illegalismo prodotto come malattia dal sapere dominante, (questo è abbondantemente dimostrato oltre che dalla pratica di lavoro, anche dalle analisi di Laing sulla famiglia e di Foucault sull'assie sociale). L'illegalismo non viene quindi interpretato come effetto di malattia (un

oscuro processo determina il sintomo) ma come effetto delle discipline della normalità diffusa, come pratica soggettiva di autoaffermazione anche disperata contro l'oppressione e la piattezza dell'esistente. Dentro questo nodo si inserisce la soggettività dell'operatore, pur consapevole della sua diversità di potere economico e sociale e del suo essere apparato. La complicità con l'altro si fonda sul riconoscimento reciproco dell'illegalismo, del suo illegalismo (rottura con il contesto) e del nostro illegalismo (attacco continuo ad ogni possibile istituzione compresa quella terapeutica, ovviamente).

Non intendiamo dunque gestire sofferenze o bisogni ma aprire spazi pratici ed agibili che permettano l'espressione non criminalizzata ed autonoma delle istanze personali, il nostro non essere tecnici sta proprio in questo muoverci su tutti i piani del reale smontando ogni risposta preformata (tecnica) per non indurre domande assoggettate e alienate (Castel dimostra il nesso tra tecnica e istituzionalità della risposta). L'altro, che dalla crisi ci viene proposto come disturbo (sia di un gesto che di un modo di pensare e percepire le cose non conforme ad una modalità antropologicamente definita) e la nostra soggettività fondata sulla consapevolezza politica e sull'insofferenza all'essere istituzione, formano la trama sulla quale ci muoviamo per aprire spazi altri rispetto a quelli socialmente assegnati come competenti.

A questo livello la presunta specialità della malattia perde di significato imponendosi piuttosto come antisocialità, riconoscendosi sempre più spesso in un movimento (vedere la perdita di valore di diagnosi quali il ribellismo, omosessualità o più dentro la infrazione, il valore di altri linguaggi e comportamenti). Questa pratica investe direttamente anche lo spazio che viene ancora arbitrariamente definito come 'acuto' o 'disturbato' e che le nuove tecnologie vorrebbero riservare a se stesse come fatto separato legittimabile come inconscio, linguaggio, comunicazione etc. È fin troppo evidente la falsificazione di simili ipotesi legate non a certezze scientifiche ma alle certezze del contesto istituzionale (il lettino, l'ambulatorio, la seduta, la separazione tra medico e utente in posti fisici specifici etc.); meno evidente è invece l'ambizione di una psichiatria 'avanzata' a far proprio il discorso del bisogno e della sofferenza come entità da liberare attraverso un passaggio nel terreno specifico. L'emancipazione non passa attraverso lo strumento politico psichiatrico ma attraverso l'allontanamento dalla mistificazione che esso produce. Ossia non si dà alcuna sofferenza specifica alla quale rispondere con strumenti specifici validi in sé ed allora ci pare indispensabile tendere alla rottura di tutte le forme pratico istituzionali (dalla famiglia in su) che la costringono all'interno di ambiti particolari (la diagnosi) o privilegiati (l'ascolto analitico) producendola come fatto o problema tecnico. Vogliamo tacere il nostro linguaggio di tecnici che interpretano il reale dal momento che le nostre interpretazioni allargano l'alibi della psichiatria che vuol continuare a parlare in nome dell'altro e dell'altro e dar corpo a tutte le pratiche (materiali o soggettive) che impediscono la localizzazione della crisi. La perdita della specificità quindi non è l'abbandono del malato ma il tentativo di cogliere sia il suo fondamento materiale sia di legittimarne e garantirne quei margini di illegalità che ne permettono la irriducibilità e la valorizzazione della soggettività antagonista.

## “il territorio e i servizi”

Agostino Pirella  
*Relazione introduttiva*

Siamo di fronte, io credo, ad un momento importante di verifica sia dello stato di attuazione pratica della fase nuova che si è aperta con l'approvazione delle leggi 180 e 833, sia delle questioni aperte, dei problemi che oggi si pongono in una luce nuova, e dalla cui giusta analisi dipende la nostra capacità, la capacità complessiva del movimento che è stato chiamato antiistituzionale, di far durare, di far maturare questo “caso italiano” di cui si è parlato nei giorni scorsi. C'è infatti da riportare il “caso italiano” alla realtà della applicazione delle nuove norme legislative, e prima ancora, di verificare che cosa concretamente si va facendo, quali sono i problemi principali e quali i secondari. Più in generale c'è da vedere se le linee di applicazione si mettono in sintonia con le questioni da affrontare oppure se esse, per così dire, passano sopra la testa della gente, degli stessi operatori, per riaffermare principi e ribadire esigenze generali, senza riuscire a far muovere i progetti con il massimo di consenso e di generalizzazione possibile.

C'è soprattutto da verificare quanto dello straordinario moto di critica pratico-teorica del manicomio è stato frutto di un allineamento tardivo, nel nostro Paese, alla esigenza di superare strutture arcaiche ed impresentabili, e quanto abbia invece prodotto di conoscenze nuove, di nuova cultura, in una eccezionale sintesi tra critica di massa della segregazione e nascita, sul territorio, nel quartiere e nella fabbrica, di modi nuovi di lotta per la salute e contro la nocività ambientale.

Mi sembra opportuno, per meglio introdurre questi temi, riallacciarsi a quanto contenuto nella relazione Basaglia, Accattatis, Gianichedda della seduta di martedì. Le analisi storico-critiche ivi contenute ci possono aiutare a cogliere il senso del mutamento, in contesti socio-culturali diversi, della pratica psichiatrica dalla separatezza della istituzione normativa alla norma separata nel territorio. Si tratta cioè di prendere atto del modo con cui Paesi diversi, industrialmente avanzati, con itinerari diversi, siano giunti a riaffermare la separatezza della pratica psichiatrica dopo la lunga critica alla inefficienza, alla sostanziale disumanità del manicomio. La separatezza della psichiatria si afferma cioè come una costante storica, separatezza non solo di luoghi, ma di metodi e di fini. Un soggetto “consegnato all'attività psichiatrica” ha trovato storicamente siglata, in modo praticamente irreversibile, la sua uscita dal sistema di servizi per gli altri cittadini. Per converso, i servizi per gli altri cittadini riconoscono la loro normatività nel prevedere che vi siano luoghi, metodi e fini in cui si attua una gestione separata e repressiva. Proprio Basaglia, Accattatis e Gianichedda così osservano nella relazione citata: “In psichiatria, l'esercizio del controllo nell'applicazione delle norme è stato storicamente molto rigido e attento nel non consentire, o nel dirottare all'interno dei suoi principi, o nell'esorciz-

zare come pericolosamente "politiche" pratiche ed ideologie che in nome di necessità "terapeutiche" sollevassero dubbi sull'identità fra cura e custodia, sull'automatica sequenza malattia-sanzione". E basterebbe ricordare il generoso tentativo di Conolly, nella prima metà dell'800, di tenere aperto il manicomio di Hanwell presso Londra, con il proposito, scientificamente argomentato, di non usare mai mezzi di contenzione, tentativo fallito con il crescere della compattezza ideologica della psichiatria clinica, repressiva ed oggettivante, la psichiatria appunto della sanzione sotto forma di cura. Che questa compattezza si sia clamorosamente incrinata negli ultimi decenni è un fatto da riguardare come positivo. Si tratta però di non trascurare il fatto che, se questa lunga tenuta della psichiatria come attività separata e repressiva riconosce certamente delle cause che rinviano a meccanismi sociali ed economici, deve tuttavia farci riflettere questa capacità di egemonia, accompagnata al consenso culturale ed al ricorrente aggancio con il senso comune che ha sempre riproposto nuovamente il "folle", l'improduttivo, l'emarginato come "pericoloso". Si tratta di uno straordinario caso di apparente identità di interessi tra organizzazione sociale basata sullo sfruttamento e sulla divisione del lavoro, ed il mondo degli sfruttati e degli oppressi, costretti a difendere un proprio spazio dalla presenza — prospettata come invadente e pericolosa per tutti — della follia improduttiva.

Si tratta allora di tenere presente che l'analisi di questi meccanismi non si esaurisce con l'avvio al superamento del manicomio. La nuova separatezza che si ripropone nel territorio trova fondamento anche nei processi di stigmatizzazione sociale e di razzismo con cui il "folle", l'escluso, come diverso ed improduttivo, è stato connotato.

Da queste considerazioni, che potremmo, ciascuno di noi, arricchire con la più varia casistica, dobbiamo partire per una verifica di quanto è veramente accaduto in questi anni, nei manicomi e fuori, di quale stoffa sia il vestito che l'emarginato ha indosso nel momento che ha conquistato uno spazio per la propria soggettività critica, quali novità abbia recato il nuovo stile di lavoro di quegli operatori che hanno accompagnato la lunga e difficile lotta per il superamento pratico del manicomio. Vi sono stati insomma dei processi reali, non un semplice movimento di idee, o la proposta di un gruppo di intellettuali. Importanti forze sociali, politiche e culturali hanno dimostrato concretamente, assieme agli internati e ai pazienti la fallacia delle convinzioni sulle quali si era lavorato nella separatezza psichiatrica, denunciando, nel corso della lotta per il suo superamento, la logica repressiva che sostiene e alimenta il manicomio. Si è trattato di un grande incontro tra protagonisti sociali che la divisione del lavoro e differenze di cultura avrebbero dovuto vedere su fronti opposti. Si è invece lavorato, medici, amministratori, infermieri, pazienti, sia all'interno di dinamiche di solidarietà attiva e di operosità quotidiana, sia nella lotta contro l'emarginazione sociale e la sofferenza psichiatrica che ad essa si collega, per nuove conoscenze nate dalla messa in crisi di antiche quanto inique certezze. Conoscenze attorno ai meccanismi che incessantemente, nel nostro vivere, producono angoscia, intolleranza, dolore. Si è lavorato per la socializzazione di queste conoscenze, e per un modo nuovo di produrle e di verificarle, si è lavorato perché l'attenuazione del dolore non fosse accompagnata da minore, ma da maggiore consapevolezza.

Possiamo dire che da questo lavoro si è preparato il territorio ed hanno ricevuto legittimità, ancora prima delle leggi istitutive dei servizi, gli interventi fuori del manicomio, contro la sua logica inclusiva ed escludente. Si sono infatti incontrate due linee, in questi anni, a preparare il cosiddetto "primato del territorio". Una — cui abbiamo accennato

— viene direttamente dalle esperienze che si sono chiamate antiistituzionali. Essa si è riferita non solo al superamento dei manicomi, ma ha posto attenzione a tutte quelle condizioni di disagio e/o bisogno nelle quali la risposta istituzionale rappresenta la repressione e l'occultamento delle contraddizioni sociali che stanno accanto al portatore del disagio e del bisogno, occultamento che poi si estende alla stessa condizione di bisogno, che, per così dire, scompare dalla vista, nei cronici, negli istituti per anziani, per minori, per handicappati, etc. L'altra linea viene dalle riflessioni, dalle ricerche e dalle stesse lotte sulle nocività ambientali, ed ancora dall'impegno per la prevenzione, per una epidemiologia — come disse una volta Giulio Maccacaro — che non sia solo la conta dei morti e dei feriti. In questa dimensione si esalta non solo il ruolo del tecnico che diviene un esperto svincolato dall'ossequio alle leggi delle compatibilità del sistema socio-economico, ma anche e particolarmente il ruolo della soggettività critica dell'utente, del paziente, della persona che entra nella gestione medica, psichiatrica o istituzionale. Va sottolineato con forza questa profonda analogia metodologica e storica tra i contenuti, i fini e i risultati di questi due modi, rovesciati rispetto l'ottica consueta, di aggredire il male e le sue possibili cause, con processi di partecipazione reale e modalità concrete di socializzazione delle conoscenze.

Si deve anche dire che per ciascuna di queste due linee, quella antiistituzionale e quella della lotta contro le nocività ambientali, si dovrebbe, oggi, aprire un'ampia discussione, su come sono nate, in quali contesti, quali forze hanno coinvolto, quali ostilità o difficoltà hanno dovuto affrontare. E, alla fine, si dovrebbe aggredire la questione decisiva, tecnica-politica, di quali sbocchi operativi, professionali, scientifici e di ricerca siano state motore, o siano oggi, per altro verso, in grado di favorire, all'interno del progetto riformatore, pericolosamente fermo o rallentato, sui temi della salute. La questione dell'infermiere come operatore socio-sanitario, la questione della professionalità come fatto autonomo e non subordinato gerarchicamente, la scienza come sapere sociale e non aristocratico... I servizi del territorio debbono essere visti in questa prospettiva. Si parli di servizi di igiene mentale o psichiatrici, o di servizi socio-sanitari o assistenziali, si parli di servizi per l'infanzia, essi non possono sottrarsi alla logica di una verifica della loro separatezza dentro l'universo normativo di una psichiatria e di una medicina che stanno tra cura e controllo, tra scienza partecipata e tecnica del condizionamento; questi servizi non possono sottrarsi al confronto con le due linee che sono responsabili di quanto abbiamo chiamato "primato del territorio".

In questo quadro le esperienze di questi anni acquistano un significato particolare e vanno viste in una luce un po' diversa da quella, stereotipata, mi sia consentito di dire, con cui qualche commentatore neoilluminista cerca di ridurle. Secondo qualcuno infatti, il limite delle esperienze antiistituzionali è stato quello di essere appunto limitate all'angusto ambito del manicomio. Il contenitore manicomio è stato fatto saltare, e questo è tutto. Qui l'analisi appare un po' rapida e francamente superficiale. Se i meccanismi della psichiatria, nel loro nesso inestricabile pratico-teorico, sono stati crudamente messi a nudo, se migliaia di internati hanno potuto prendere contatto con la propria condizione oggettivandola in una nuova storia, in cui la sofferenza diventava nuovamente fatto sociale, ebbene, questi processi non sono stati, e non sono oggi, solo una questione chiusa con il superamento del manicomio e con l'approvazione della 180 e della 833. Intanto perché il manicomio non è ancora superato; ricordiamo i dati, 42.526 internati al 31/5/79 contro i 52.305 al 31/3/78, relaz. Misiti. Non si tratta cioè di chiudere, il più

rapidamente possibile, una pagina nera della storia della medicina, della psichiatria, della assistenza. Credo, al contrario, che si debba cogliere nei processi di socializzazione e di verifica attorno a questi temi tutto ciò che stava già nel territorio, e che il territorio ha espulso e continua ad espellere; che si debba cioè analizzare il meccanismo della separazione là dove incessantemente si produce, nelle sue caratteristiche operative e ideologiche, culturali e di falsa coscienza. È in fondo l'intuizione — presente come ipotesi nel progetto Prevenzione Malattie Mentali del CNR — della "istituzione diffusa", connotazione irrigidita di ruoli, separazione, competenze artificiali, inadempienze e corporativismi: l'arcipelago delle mancate risposte e dei mancati riconoscimenti del bisogno come esso si presenta, e nel suo significato più generale di indicatore sociale del disagio.

Poiché intendo presentare, in questa relazione introduttiva, materiale frutto di riflessioni tratte da una pratica in atto, ritengo opportuno riferire brevemente sulle due esperienze che meglio conosco, alle quali sono legato, quella di Arezzo e quella di Torino, nel loro impegno di applicare le nuove norme legislative. Sono due realtà diverse, certo, ma i cui dati e le questioni connesse, appaiono significative per il discorso che qui vogliamo fare.

I dati di Torino sono tratti in parte dalla relazione Misiti; per il resto ringrazio i dott.ri Galanzino della Amministrazione provinciale di Torino e Pronzato degli Ospedali psichiatrici di Torino per la collaborazione.

Per la situazione di Arezzo, eccetto la zona sociosanitaria 58, sulla quale è previsto una relazione del dott. Martini; sono debitore delle osservazioni e dei dati, ai responsabili delle équipes psichiatriche dei SIM delle zone sociosanitarie del Casentino (dott. Serra), della Valdichiana Est (dott.sa Goldschmidt), della Valdichiana Ovest (dott. Affatati), della Valtiberina (dott. Bondioli), del Valdarno (dott. Pesce) [vedi intervento successivo]

## Torino

Per quanto riguarda lo stato di applicazione della nuova normativa nella provincia di Torino è da precisare anzitutto che nei tre ospedali psichiatrici pubblici, amministrati da una IPAB, ancora in funzione (ne sono stati chiusi due) vi sono ancora circa 1.500 lungodegenti con 50 medici e circa 600 infermieri. 200 sono gli ospiti di comunità nella cerchia ospedaliera. Le comunità alloggio nella provincia sono 13 e vi è un rilevante stanziamento delle due amministrazioni interessate (pari a oltre un miliardo e mezzo) per l'acquisto di altri stabili da adibire a strutture di questo tipo.

La realizzazione di Servizi di diagnosi e cura negli ospedali generali, assieme ad un più deciso spostamento di operatori sul territorio, ha da una parte visto aumentare questi a 474 infermieri e a 83 medici per una popolazione complessiva di 2.375.000 abitanti nella provincia (comune di Torino, 1.200.000 ab.); d'altra parte ha registrato la identificazione degli spazi di degenza psichiatrica come "repartini" autonomi e separati, con personale in turno permanente. Questi servizi (che sono 10 per complessivi 108 posti letto) trovano un loro momento di collegamento territoriale nella prassi invalsa di chiedere alle équipes di zona di intervenire ogni volta che un paziente, proveniente appunto

dalla zona offerente il servizio ospedaliero, viene ricoverato. Da segnalare che i turni per il Servizio di diagnosi e cura vengono effettuati da tutto il personale delle zone afferenti. Affluiscono a ciascun servizio da 3 a 6 zone (corrispondenti alla ULS), in cui sono presenti altrettante équipes. La popolazione del bacino di utenza del servizio ospedaliero varia da una massima di 335.000 (Rivoli), ad un minimo di 125.000 (Pinerolo). I posti letto pertanto, determinati dalla Regione, variano in proporzione (da 3, non ancora attivati, a Chivasso, a 6 a 15). I dati relativi alle ammissioni sono (relazione Misiti):

Ammiss. coatte '77	TSO '78-'79	Ammiss. vol. '77	Ammiss. vol. SDC	Rientri vol. '78-'79
1265	724	1018	1408	758

Confrontando il rapporto tra TSO e ammissioni coatte precedenti si può notare che il calo è inferiore sia a quello del Nord (18.246/7561) che a quello generale (32.289/12.215).

La presenza di operatori nei servizi territoriali risale, nell'esperienza di Torino, ad un accordo che fin dal '73 vide organizzazioni sindacali ed amministratori (dell'opera Pia e della provincia) decidere sul trasferimento di infermieri e di medici nel territorio. Tranne eccezioni, tuttavia, l'attività di questi servizi ha, in questi anni, ricalcato una pratica ambulatoriale, con orario limitato e gestione che si sovrapponeva a quella dell'O.P. Solo dopo la 180 si è posta l'esigenza, tuttora aperta e in discussione, di dilatare l'orario di apertura del servizio e di istituire un servizio (a livello interzona) di pronta disponibilità sia dei medici che degli infermieri, e per la notte e per i giorni festivi. È da segnalare che quest'ultima proposta è stata approvata dalla FLO e dalle Confederazioni sindacali, mentre è stata respinta dalle organizzazioni mediche che sono scese in sciopero. La vertenza è tuttora aperta.

È su questi temi, oltre che sulla professionalità degli operatori, e sui rapporti con gli ospedali generali e con l'organizzazione sanitaria nel suo complesso che si è sviluppato, nella provincia di Torino, un dibattito impegnato che potrà ricevere, da questo Convegno, importanti contributi.

Ritroviamo qui, infatti nel modo stesso in cui questa parte del Convegno è organizzata, puntuali riferimenti ai temi più rilevanti che, indipendentemente dal livello e dalla complessità con cui sono affrontati nelle diverse situazioni, appaiono come punti fissi di coinvolgimento e di scontro. La questione del territorio e del suo primato passa così per il punto obbligato del superamento reale del manicomio e della sua organizzazione, per quello delle alternative che siano tali e non recupero di contenitori e di repressori "altri"; e ancora l'ospedale civile, con la sua logica troppo spesso aziendalistica, gerarchica (basti pensare alla riproposizione della legge 128 nella 833!); il problema della formazione di infermieri e di medici, e quindi quello dell'università e del suo ruolo. Non si tratta di un puro elenco di temi che vengono riproposti ad ogni Convegno. Ho l'impressione che siamo davanti a nodi essenziali, su cui abbiamo in questi anni cominciato a fare chiarezza con il coraggio della pratica e con la forza della verifica razionale. Credo che possiamo, e abbiamo le carte in regola per farlo, continuare su questa strada.

## sull'esperienza di Arezzo

Paolo Serra, Nicoletta Goldschmidt, Onofrio Affatati, Cesare Bondoli, Paolo Pesce

Questo contributo vuole tendere ad individuare per la discussione quelli che, a partire dall'analisi della nostra pratica di lavoro, dentro l'Ospedale Psichiatrico prima e nei Servizi Territoriali poi, sono emersi come nodi problematici generalizzati, sui quali ci sembra utile sollecitare il confronto con i partecipanti a queste giornate di lavori. Poiché il rischio che sempre si corre in queste occasioni è che le diverse esperienze relazionino sulle cose fatte e da fare con un taglio più descrittivo e programmatico, che problematico, ci limiteremo qui a fornire elementi descrittivi rispetto alla nostra pratica solo subordinatamente all'intento di proporre punti di riflessione più generali. Come dato storico fondamentale va ricordato che l'esperienza di Arezzo si è caratterizzata fin dal suo inizio per la contestualità del lavoro di superamento dell'ospedale psichiatrico con quello territoriale, anche prima che quest'ultimo si organizzasse con la creazione di servizi consortili.

Nella nostra esperienza il lavoro di superamento dell'ospedale psichiatrico si configura come parte integrante di un progetto di "Igiene Mentale". La scelta di muoversi contestualmente dentro e fuori l'istituzione comportava lo sforzo di mantenere presente nel progetto la unitarietà dei tre momenti di prevenzione-cura-riabilitazione, individuando come corretta l'impostazione di situare il problema della prevenzione in una tendenziale restituzione al sociale delle contraddizioni da esso prodotte e segregate attraverso la pratica del manicomio.

Tale impostazione ha determinato una profonda modificazione nei rapporti tra gli operatori, con la necessità continua di trovare strumenti di circolarità di notizie, di allargamento dei momenti decisionali e di partecipazione all'elaborazione del progetto, a partire innanzitutto dalla restituzione agli utenti — i lungo-degenti dell'ospedale in questo caso — di un diritto al protagonismo nella pratica della propria liberazione. La messa in discussione delle gerarchie, dei ruoli tecnici rigidi non era quindi un assunto ideologico, ma si poneva in confronto dialettico con la realtà istituzionale e si concretizzava nella attuazione pratica dei progetti.

Questa modificazione dei rapporti interni all'équipe si è trasferita nello stile di lavoro dei servizi territoriali come suo aspetto qualificante. A questo proposito ci pare che uno dei punti problematici da proporre alla discussione sia quello riguardante l'"organizzazione del servizio". La prassi anti-istituzionale in O.P. ci ha resi coscienti della necessità di superare la subordinazione dei bisogni degli utenti a quelli degli operatori, nonché alle necessità di autoriproduzione dell'istituzione attraverso l'organizzazione. Un servizio territoriale che non tenga presente nella propria pratica il rischio che l'organizzazio-

ne diventi autonoma rispetto all'obiettivo, rischia di esportare il modello organizzativo istituzionale che diverrebbe inevitabilmente funzionale ad una logica di controllo, dal momento che non potrebbe attuare una pratica di risposta ai bisogni. Il lavoro territoriale può essere al contrario un'occasione di approfondimento della pratica di messa in discussione dell'organizzazione gerarchica — già iniziata in O.P. - costruendo nella quotidianità l'autonomia di tutti gli operatori pur all'interno di una verifica collettiva.

Questo obiettivo si situa dialetticamente all'interno di una serie di contraddizioni di cui è necessario tener conto:

1) l'orario degli operatori e il numero degli stessi.

Per quanto si parli molto di "orario funzionale" è evidente come questo non possa realizzarsi se non attraverso mediazioni che tengano presenti anche le necessità di organizzazione di vita degli operatori.

È pure difficile realizzare una completa plasticità del servizio nelle sue risorse, nei suoi orari e nelle sue mansioni, alle mutevoli e non programmabili richieste del territorio. Si creano così inevitabilmente momenti di super-lavoro cui si riesce a far fronte solo grazie alla disponibilità volontaria del personale e momenti vuoti in cui si deve frenare la tentazione di sfuggire alla frustrazione dell'inattività attraverso un attivismo non finalizzato. O anche la difficoltà di portare avanti programmi a lungo scadenza — come quelli riguardanti il lavoro con la lungo-degenza residua in O.P. — senza incorrere in brusche interruzioni dello stesso nel momento in cui problemi di acuzie mobilitano tutte le risorse del servizio.

2) La difficoltà degli Amministratori a cogliere e ad accettare l'imprevedibilità e la conseguente impossibilità di regolamentazione del servizio.

Questa esigenza è emersa in particolar modo con il distacco dei Servizi di Igiene Mentale ai Consorzi le cui componenti amministrative non avevano maturato una precedente esperienza di "nuovo stile di lavoro amministrativo": di qui l'esigenza di quantificare il lavoro dei servizi, di controllo sugli orari degli operatori e di richiesta di programmazione per esempio delle visite domiciliari e degli interventi, oppure di una sottovalutazione dell'importanza dei momenti di riflessione e discussione collettiva.

3) La domanda predeterminata in senso medico, da parte dell'utente o, in linea più generale, del richiedente.

Telefonate, segnalazioni, richieste di intervento tendono a convogliarsi principalmente sulle figure mediche del servizio e d'altra parte la tendenza dei consorzi a distrettualizzare le assistenti sociali e ad utilizzare gli psicologi esclusivamente nei servizi per l'infanzia fa sì che i servizi siano carenti di figure non sanitarie.

Tutti questi elementi convergono in una pressione tendente a mantenere e confermare un'immagine sanitaria del servizio, che si scontra con il nostro progetto e la nostra pratica, che, sia pure in modo non rigido e aprioristico, tende a scomporre la domanda medica evidenziando contraddizioni e bisogni non risolvibili in un ambito puramente sanitario. Ciò comporta che l'organizzazione del servizio, al di là delle capacità o possibilità di risposta al singolo problema, deve confrontarsi con le risorse reali del territorio e porsi l'obiettivo della sua "modificabilità".

Al di fuori di questo obiettivo, che è eminentemente politico, un servizio difficilmente riesce a vincere la frustrazione della quotidianità, l'impossibilità che troppo spesso si verifica di trovare risposte ai problemi reali posti dall'utenza. Per superare questa frustrazione si rischia di involversi in un tecnicismo, che per quanto a buon livello, politica-

mente si connota come razionalizzazione dell'esistente, e quindi di fatto come pratica repressiva.

La necessità di non sfuggire a queste contraddizioni comporta non il rifiuto ideologico della organizzazione, ma una sua continua messa in discussione a partire dagli obiettivi che via via si propongono.

Questo lavoro che a prima vista comporta un grande dispendio di tempo e di energie a scapito di un apparente efficientismo, consente invece di coinvolgere tutte le componenti del servizio intorno ai programmi e di far emergere la creatività dei singoli, accrescendone la professionalità, intesa anche come assunzione di responsabilità.

L'ipotesi di un progetto di "modificabilità del territorio" richiede infatti una continua crescita tecnico-politica di tutti gli operatori a partire dalla quale si possa lavorare per coinvolgere intorno al progetto stesso più approfondito l'ospedale civile, dando nel contempo alcune notizie sul modo in cui in provincia di Arezzo è stata applicata la Legge 180.

Per quanto riguarda i ricoveri in ambiente ospedaliero già prima della legge si erano stabiliti rapporti con tutti gli ospedali di zona tendenti a far sì che questi accettassero i lungo-degenti dell'ospedale psichiatrico che avevano bisogno di cure mediche o chirurgiche e i pazienti della zona con problemi psichiatrici. Esisteva inoltre un rapporto di consulenza al fine di evitare "scarichi" di pazienti sull'ospedale psichiatrico. Questa pratica, assieme al rapporto con i medici di base, aveva comportato una drastica diminuzione dei nuovi ricoveri, sia coatti che volontari, in O.P. ed ha permesso di ottenere dalla Regione Toscana che tutti gli ospedali della zona fossero ritenuti idonei ad accogliere ricoveri psichiatrici.

Questa situazione ci ha consentito di essere vincenti nella lotta contro l'istituzione di "reparti" psichiatrici negli ospedali e anche contro l'individuazione negli stessi di "spazi" specifici per i ricoveri psichiatrici che possono poi prestarsi facilmente sia a manovre per costituirvi turni fissi infermieristici, anche in assenza di pazienti in T.S.O., sia a ricadere nella logica di tipo ospedaliero, secondo cui se i letti vi sono vanno occupati. Il posto letto viene individuato in genere nei reparti medici e quando vi sia la necessità il servizio di assistenza infermieristico viene organizzato di volta in volta, attingendo sia dal territorio che dall'ospedale psichiatrico, privilegiando in linea di massima la salvaguardia del principio di continuità terapeutica.

A nostro avviso questo tipo di organizzazione che si crea in relazione ad una necessità per distruggersi non appena questa cessa, ha contribuito significativamente a limitare il numero dei T.S.O. (che nelle nostre zone sono stati a tutt'oggi 8 su una popolazione di circa 200.000 abitanti) e che non hanno prodotto nessuna di quelle disfunzioni o inconvenienti altrove segnalati e dovuti alla compresenza nei reparti dei malati psichiatrici e dei tradizionali ricoverati.

Nei fatti è venuto a cadere il mitico assunto della pericolosità del malato mentale (già scomparso peraltro nell'articolato della 180).

La possibilità di operare fianco a fianco del personale psichiatrico e di infermieri dell'ospedale civile, ha suscitato in questi ultimi interessi verso le problematiche connesse alla malattia mentale che si sono tradotti in richieste di approfondimenti e di corsi di aggiornamento. L'aver interrotto col ricovero in ospedale civile il circuito dell'esclusione, riportando la gestione del paziente psichiatrico sotto gli occhi di tutti coloro che vengono in contatto con lui, siano codegenti o familiari o conoscenti, ha permesso di co-

minciare a dissolvere anche il velo di mistero sulla cura, non certo fondata su pratiche misteriose e incomprensibili almeno quanto la malattia, come molti potevano essere indotti a pensare, evidenziandone invece il termine più importante, cioè il rapporto col paziente. Questo e la continua attenzione ai suoi bisogni, anche nei riguardi dell'istituzione in cui si trova, permette agli infermieri del Servizio di mettere in discussione la logica dell'ospedale civile, creando le premesse per concretizzare l'allargamento del movimento anti-istituzionale in tutte le strutture con cui questi nuovi operatori vengono a contatto.

Esistono tuttavia anche nella pratica dei ricoveri in ospedale civile, alcune contraddizioni e rischi che vale la pena di sottolineare. Infatti, seppure il ricovero in ospedale civile dai pazienti acuti comporta dei miglioramenti non solo ambientali ma anche strettamente clinici (per esempio nell'intensità e durata delle crisi) rispetto al ricovero in O.P., interpretare riduttivamente (e praticare) la 180 solo come possibilità di ricovero in ospedale civile, non dando a questo quei contenuti cui abbiamo accennato e che costituiscono la realizzazione dello spirito oltre che della lettera della Legge, comporta il rischio di una medicalizzazione della sofferenza psichica.

Questo rischio è tanto maggiore quanto più la psichiatria si porrà nella struttura sanitaria pubblica come una nuova specialità, rivendicando un suo campo specifico di intervento, omogeneizzandosi quindi alla logica istituzionale, favorita in questo dalla separatezza che caratterizza tutta l'organizzazione interna dell'ospedale civile (reparti, divisioni, specialità, gerarchie, ecc.).

Questo rischio di medicalizzazione si supera come abbiamo detto modificando la logica interna dell'ospedale civile: si tratta, come è evidente, di un processo lungo per il quale vale tuttavia la pena di impegnarsi, anche se avvertiamo comunque la necessità di reperire sul territorio altre strutture, non direttamente connotate come sanitarie, da mettere a disposizione dei Servizi.

Non bisogna dimenticare infatti che il programma costitutivo dei S.I.M. non poteva non assumersi in prima persona, pena il rischio di uno scollamento e snaturamento del progetto complessivo di reale superamento dell'O.P., l'obiettivo della risoluzione del problema della lungo-degenza residua. Questo aspetto è a nostro avviso qualificante non solo per la valutazione globale del servizio ma anche perché permette di evitare che i problemi dell'O.P. vengono affrontati con proposte meramente tecniche e razionalizzanti. A concorrere a creare questo rischio di scollamento possono contribuire sia il cumulo di impegni che gravano quotidianamente sul S.I.M., sia le lentezze anche di ordine burocratico, che hanno frenato gli amministratori locali nella concretizzazione di alternative territoriali alla lungo-degenza, intese come abitazioni e opportunità di lavoro.

Solo questa dinamica tra ospedale residuo e Servizi territoriali consente di far sì che anche soluzioni, che all'interno della storia dell'istituzione hanno avuto un significato profondo, come la creazione di reparti autogestiti e la stessa proposta di trasformazione in ospiti dei degenti autonomi, non rischino di trasformarsi in razionalizzazioni dell'esistente che coprono la mancanza di un progetto di effettivo superamento dell'O.P..

Analogamente la territorializzazione dei reparti se non è collegata immediatamente a possibilità concrete di dimissione fa scomparire solo sulla carta la realtà della presenza di un manicomio nella provincia di Arezzo, anzi costituisce la premessa per una sua permanenza a tempo indefinito. In questa ottica e all'interno della programmazione sanitaria del territorio, la territorializzazione, e più specificatamente la costituzione del Di-

partimento della Psichiatria, ripropone una divisione tra i tre momenti dell'intervento (prevenzione, cura, riabilitazione), vanificando l'obiettivo strategico del nostro progetto, che tende proprio a questa ricomposizione.

Queste ultime considerazioni ci portano ad enunciare la contraddizione principale entro cui si muovono attualmente i servizi di Igiene Mentale: quella, cioè, di dover affermare la loro permanenza per poter radicare e generalizzare anche al di fuori di essi lo stile di lavoro che stiamo elaborando e praticando, muovendosi nel contempo nella prospettiva di arrivare ad un dissolvimento dei servizi stessi in quanto specifici.

Questo si potrà realizzare nel momento in cui, attraverso un complesso di riforme sanitarie e assistenziali, il territorio sarà in condizione di riappropriarsi completamente della gestione di quanto fino ad ora è stato ai Servizi delegato.

## Dedalo libri

## novità

**Paul Mattick  
Christoph Deutschmann  
Volkhard Brandes  
Crisi e teorie della crisi**

Per Marx 4  
pp. 250 lire 6.000

L'integrazione sempre più stretta dell'economia mondiale, la nascita di giganteschi complessi internazionali e i sintomi di crisi dello sviluppo economico odierno, in una critica serrata delle teorie della crisi avanzate sia dalla scienza economica borghese, sia da quella che a Marx si richiama.

**Silvio Suppa  
Consiglio e Stato  
in Gramsci e Lenin**

Biblioteca Dedalo 29  
pp. 304 lire 5.000



La tematica sovietista, primo terreno di verifica del rapporto Lenin-Gramsci, ripercorsa come risposta ad una crisi epocale registrata anche dai più avvertiti teorici dell'egemonia borghese, e insieme come riflesso di due distinte nozioni del lavoro politico.

**Giovanni Gozzini  
Alle origini  
del comunismo italiano  
Storia della federazione  
giovane socialista italiana  
(1907-1921)**

Biblioteca Dedalo 31  
pp. 200 lire 3.500



Il problema storiografico delle origini del Pci, esaminato da un angolo visuale finora poco approfondito: quello dell'evoluzione teorica e politica vissuta dal movimento giovanile socialista, nelle cui file si formarono quei Longo, Silone, Terracini che del Pci costituiranno la spina dorsale.

**Giuseppe Cacciatore  
La sinistra socialista  
nel dopoguerra  
Meridionalismo e politica  
unitaria in Luigi Cacciatore**  
Prefazione  
di Francesco De Martino

Saggi 47  
pp. 432 lire 7.000

Un profilo dell'azione e del ruolo politico di Luigi Cacciatore, uno tra i maggiori dirigenti del Psi negli anni del secondo dopoguerra. Un contributo alla comprensione di nodi cruciali del dibattito politico della sinistra nell'immediato dopoguerra.

## l'ospedale psichiatrico

Vieri Marzi

Nell'O.P. di Arezzo vi è stato un lavoro di deistituzionalizzazione progettato fin dall'inizio come la via per il superamento dell'ospedale stesso.

Nella provincia di Arezzo ci sono i Consorzi Socio Sanitari e sono stati costituiti i Servizi d'Igiene Mentale. Sono stati distaccati nei S.I.M. un numero certamente insufficiente ma rilevante di infermieri.

Nonostante queste condizioni favorevoli vivono ancora in ospedale sia pure a titolo diverso, ed in soluzioni differenziate fra di loro circa 300 pazienti e vi lavorano circa 200 dipendenti.

Perché l'O.P. non è stato ancora superato?

Possiamo dare delle risposte a questa domanda che sono poi le varie tappe per il nostro progetto di superamento dell'Ospedale Psichiatrico: costituzione di cooperative per ex degenti, reperimento di case di proprietà degli Enti Locali, o da affittare per costituirvi piccoli gruppi di convivenza, un legame più organico tra la struttura dell'ospedale ed i S.I.M.; di queste case famiglia due sono già in funzione e sia per le cooperative che per le altre case famiglie esistono progetti abbastanza precisi e finanziamenti.

Credo tuttavia che il problema del rapporto tra quello che è oggi l'O.P. ed il Sociale, non sia riconducibile alle risposte che, situazione per situazione, possono essere date. Dai dati forniti dalla relazione del C.N.R. sappiamo che ci sono ancora in Italia 42.000 persone in O.P. e che la diminuzione del numero dei ricoverati è stata del 16% dopo un anno di applicazione della legge, una percentuale contenuta e che va valutata in rapporto al progressivo decremento degli ospedalizzati che si è realizzato anche negli anni immediati precedenti.

Dunque non ci sono state dimissioni selvagge, né sono partiti pullman carichi di pazienti come minacciato dal Direttore di un O.P. del Sud di cui parlava Sergio Scarpa. Certo alla Legge 180 non si può chiedere la soluzione di tutti i problemi: la Legge non va al di là di una indicazione generica sulle alternative per coloro che ancora vivono negli Ospedali; indubbiamente il problema sarà inserito in un contesto molto diverso una volta costituite le Unità Sanitarie Locali e realizzato il passaggio delle competenze delle Amministrazioni Provinciali.

Ma proprio queste prospettive, nel momento in cui forniscono nuovi strumenti, presentano delle difficoltà: la Riforma Sanitaria romperà il ghetto in cui si trova confinata tuttora l'Assistenza Psichiatrica.

Tuttavia, in questo passaggio, e le osservazioni di Misiti sull'atteggiamento delle Amministrazioni Provinciali e delle Regioni di fronte ai questionari del C.N.R. lo hanno

confermato, c'è il rischio della perdita di una esperienza accumulata, o almeno la difficoltà di trasferirla in altre mani.

È in questa prospettiva promettente ma difficile che va collocato il problema degli Ospedali Psichiatrici.

La lotta ai manicomi è stata il punto di riferimento, il coagulo di tutto il processo riformatore della psichiatria in Italia; processo certamente non ancora egemone, ma che con la Legge ha segnato una tappa fondamentale, che sarà resa irreversibile solo dalla attuazione della Riforma Sanitaria.

La negazione del manicomio ha prodotto il coinvolgimento diretto e indiretto di moltissime persone a diverso titolo in una pratica sociale di segno diametralmente alternativo rispetto all'esistente. Ha dimostrato l'inganno della psichiatria, l'alibi della follia ed ha evidenziato la miseria e la violenza; ha prodotto cultura, ha fatto fare politica, cioè mediazione, ricerca di consensi, alleanze e progetti; ha posto in discussione la separatezza di una branca così rilevante sul piano sociale della medicina e delle scienze umane, contribuendo in modo molto importante ad un discorso sulla democratizzazione del rapporto tra società e scienza, e tra la società e le istituzioni.

Restituire la storia dei singoli dal manicomio alla società, riappropriarsi tutti di una umanità negata, negare la psichiatria perché era evidentemente solo distruzione dell'uomo; corrodere falsi valori a partire dalla dimostrazione evidente dalle loro falsità (l'ultimo livello della miseria e dell'emarginazione), trovarsi con le spalle al muro insieme ai ricoverati, non poter essere che complici o ribelli; poter risalire dal fondo dei reparti Infermeria e dei Reparti Agitati solo insieme agli infermi e agli agitati e scoprire che tali essi non erano, e noi non eravamo né medici né infermieri, e forse non lo siamo neanche oggi almeno nel modo in cui credevamo di essere allora.

La lotta al manicomio ha utilizzato questi momento di contrapposizione estremi; sano, folle, carcere, libertà; e ciò perché la repressione del sistema politico ha creato il luogo in cui è concentrato il massimo della negazione della realtà dell'uomo, con la copertura dello strumento più efficace di invalidazione di quella realtà, l'immagine della follia come incomprendibilità e violenza.

Una pratica concreta che si muoveva dall'ipotesi da verificare, che non era la follia che aveva bisogno del manicomio, ma al contrario che al manicomio serviva la follia, ha avuto buon gioco, là dove ha potuto esercitarsi, a dimostrare la validità dei suoi punti di partenza.

Ma che senso può avere oggi questo discorso sulla negazione dell'Istituzione Psichiatrica?

Io credo che il problema non si possa dividere in due; e cioè che non vada bene la formula: la negazione istituzionale ha senso ove ci sono realtà arretrate, mentre invece ove vi sono situazioni avanzate, occorre por mano al positivo, alla costruzione dei servizi.

D'altronde la Legge 180 mette in un certo senso tutte le realtà sullo stesso piano, ponendole nella situazione di dover dare delle risposte agli stessi problemi; ed è proprio questa situazione creata dalla Legge che pone, al di là delle esigenze organizzative, la necessità dell'identificazione di una linea tecnica e politica avanzata che percorra la realtà dei nuovi servizi creati dalla Legge e di quelli vecchi (i manicomi appunto) per impedire che i contenuti innovatori della Legge vadano perduti e che, per esempio, si realizzino servizi psichiatrici ospedalieri negli Ospedali Civili paralleli ad Ospedali Psichiatrici non modificati, come certamente è avvenuto in molte situazioni italiane.

Ed allora le realtà avanzate, come ad esempio la nostra, possano di nuovo svolgere una funzione importante, soprattutto perché depositarie di una cultura e di una esperienza ricca, derivante dall'aver affrontato prima il problema, che altri affrontano solo adesso, della risposta da dare ai bisogni creati dall'emarginazione e dalla sofferenza psicologica, senza nascondersi dietro e dentro le mura dell'O.P., senza l'alibi del manicomio.

Questo contributo può emergere proprio dalla verifica pratica delle nostre difficoltà, dei nostri limiti.

Un recente dibattito pubblico organizzato dagli infermieri dell'O.P. era intitolato: "È superato il manicomio?". La risposta può essere solo positiva: la comunità di circa 300 persone che vivono nei reparti residui o nelle case famiglia comprese nell'area dell'ospedale non può essere chiamata certamente manicomio, per il radicale rovesciamento di tutte le regole della vecchia istituzione, per l'avvenuta dimostrazione dell'infondatezza dell'impalcatura pseudoscientifica che lo sosteneva, per la umanizzazione della vita che vi si svolge; e non può più essere chiamato ospedale dopo che la Legge 180, portando qui a compimento una tendenza già in gran parte attuata, ha escluso l'O.P. dal circuito della cura per la malattia mentale.

Ma proprio il dissolversi della violenza dei manicomi, e dell'alibi dell'ospedale, evidenziano la realtà di bisogni insoddisfatti, che le assemblee dei degenti hanno sempre, e vorrei dire tuttora, la capacità di formulare in domande precise e concrete (casa, lavoro); ma che molto spesso esprimono anche la necessità di una profonda modificazione dei rapporti fra le persone, di un mondo diverso dove, al di là della guarigione, si possa chiedere, come ha detto un paziente in una assemblea in città, di "dimenticarsi di essere malati", (cioè l'uguaglianza e la fine delle discriminazioni).

Il ritorno non è ancora avvenuto: è stato programmato in termini concreti ed in tempi accettabili dagli Amministratori e da noi tecnici; tuttavia l'impressione è che qui come a maggior ragione altrove, un velo sottile ma tenace separi le parole dai fatti.

Ad Arezzo le difficoltà al superamento dell'O.P. sono identificabili, e sono state progettate le risposte necessarie; ma le ragioni di queste difficoltà sono le stesse di quelle provincie, dove non di difficoltà si può parlare, ma forse di ostacoli insormontabili.

Negli Ospedali Psichiatrici ci sono ancora 42.000 cittadini: il polverone scandalistico contro la 180 ha immaginato l'uscita dagli ospedali come la rottura degli argini che la società ha eletto contro ciò che ha rimosso.

La risposta politica avanzata è quella invece della Riforma Sanitaria e di una Riforma dell'Assistenza, che sostituiscano una rete di servizi alle istituzioni.

Tuttavia il compito degli operatori democratici, credo che oggi sia quello di sviluppare uno sforzo di iniziativa e di elaborazione per affiancare le forze politiche avanzate, per riuscire ad "immaginare" insieme questo ritorno, a trovare cioè le motivazioni di fondo, al di là di tutte le leggi, per volerlo davvero.

Questo nuovo no all'emarginazione deve trovare dei nuovi perché: un nuovo progetto politico ed una nuova scienza o almeno un modo nuovo di essere degli operatori sanitari; concretamente una applicazione avanzata e democratica della Riforma Sanitaria.

## convegno "psichiatria e buon governo" Arezzo 28 ottobre - 4 novembre 1979

### Risoluzione Conclusiva (1)

Il Convegno rileva anzitutto che la qualificata documentazione acquisita e gli interventi succedutisi, non solo hanno fatto giustizia degli allarmismi diffusi per svalutare e mettere in discussione il significato innovatore della legge N. 180, ma hanno messo in evidenza la positività dei risultati complessivamente acquistati nel Paese attraverso l'attuazione di tale legge, con la riduzione dei ricoveri ospedalieri, la flessione dei T.S.O., e la costruzione di una rete — ancorché insufficiente e spesso disomogenea — di servizi territoriali per la salute mentale. Tale documentazione tali interventi hanno inoltre messo in evidenza resistenze, ritardi e difficoltà, che possono tuttavia essere superate attraverso un più puntuale impegno del Governo, delle Regioni, degli Enti Locali, delle O.O.S.S. e degli operatori, sulla base di una precisa volontà di realizzare nel nostro Paese un complesso di servizi sanitari e sociali decentrati e democraticamente gestiti.

Il Convegno pertanto richiama l'obbligo del personale per la rapida approvazione del piano sanitario triennale nazionale, e per l'approvazione concordata con le forze politiche democratiche e con le O.O.S.S. — dei decreti delegati sul personale; ma sollecita anche gli altri provvedimenti che vengono ritenuti necessari per portare a compimento, con vigore e coerenza, il processo riformatore che è stato avviato, e cioè la riforma dell'assistenza pubblica, la riforma del sistema delle autonomie, la riforma della finanza pubblica e locale, nel quadro complessivo di una politica personale capace di determinare nel Paese un nuovo modello di sviluppo fondato su una diversa qualità del lavoro e della vita.

Il Convegno inoltre sollecita le Regioni a realizzare — in accordo con il sistema delle autonomie — tutta la rete delle U.S.L. entro il 31/12/79, così da consentire il puntuale rispetto delle scadenze fissate dalla legge N° 833, e l'avvio concreto — ancorché graduale — della Riforma Sanitaria — In tale contesto, il Consiglio chiede — in particolare — la predisposizione dei piani sanitari triennali regionali nei termini previsti dalla legge; e chiede che essi prevedano la piena integrazione dei servizi psichiatrici nel complesso dei servizi sanitari e sociali articolati per USL e per distretti; l'individuazione dei mezzi necessari per realizzare le alternative alla istituzionalizzazione di qualsivoglia tipo; la predisposizione dei programmi concreti per la qualificazione e l'aggiornamento del personale; le modalità operative del passaggio graduale ma completo dell'assistenza psichiatrica gestita dal Settore privato ai servizi pubblici, attraverso le disposizioni contenute nella legge N. 833; le precise indicazioni per la stipula di convenzioni tra USL e Univer-

sità — in base all'art. 39 della legge N. 833 — convenzioni articolate in modo tale da affrontare i problemi della ricerca e della didattica senza riproporre — sotto qualsiasi veste — l'organizzazione di reparti psichiatrici, e senza sottrarre l'assistenza psichiatrica alla direzione politica e tecnica delle USL.

Il Convegno inoltre chiede che le Regioni si impegnino a dare caratteristiche di processualità all'applicazione degli art. 34-35-39-47-64 della legge N. 833 e, in particolare, al superamento dei manicomi. A tale scopo, il Convegno chiede che, in base all'art. 61 della legge N. 833, sia avviato un graduale e programmato passaggio di competenze strutture e personale dalle Provincie alle USL in modo da garantire una continuità all'impegno fin qui espresso dalle Amministrazioni Provinciali nella gestione della riforma dell'assistenza psichiatrica.

Il Convegno infine richiede che l'UPI continui a svolgere la funzione promozionale fin qui condotta nel settore della psichiatria in modo tale da garantire una puntuale presenza di tutto il sistema delle Autonomie e — più in generale, di tutto il tessuto democratico, nell'attuale delicata fase di passaggio. A tale riguardo — in particolare — il Convegno impegna l'UPI a tenere a Potenza, entro il 10 dicembre prossimo venturo, una assemblea di amministratori, operatori, forze politiche, sindacali e sociali, allo scopo di affrontare tale problematica con particolare impegno là dove essa maggiormente risente di condizioni di arretratezza e di sottosviluppo, e dove le istituzioni manicomiali e le istituzioni private maggiormente si contrappongono alla costruzione di una rete di servizi territoriali e democraticamente gestiti.

Circa i temi specifici affrontati a livello di gruppi di lavoro, il Convegno rileva quanto segue:

a) A proposito degli Attuali Ospedali Psichiatrici è presente il rischio che si verifichi un congelamento e una cristallizzazione dell'iniziativa antistituzionale fin qui sviluppata, e il Governo pertanto ribadisce la necessità che la morte dei manicomi non sia semplicemente programmata e attesa, bensì inventata e concretamente agita.

I manicomi infatti restano un luogo reale in cui dare risposta ai bisogni di casa, di lavoro, di autonomia, di libertà e di dignità dei rapporti collettivi, da qui la necessità del loro superamento, inteso come processo attivo e positivo di destabilizzazione, di scompaginamento, di riconversione di spazi e di strutture a fini assistenziali, sociali, scolastici e così via.

A tale riguardo importanza prioritaria riveste la lotta alla violenza sul ricoverato e sull'assistito — non solo per i motivi ormai storicamente acquisiti dal movimento antistituzionale — ma anche perché l'illegalità della violenza istituzionale è ormai codificata da una legge dello Stato. Il Convegno ribadisce la necessità di una organizzazione dei servizi di salute mentale su base dipartimentale a centralità territoriale che garantisca un'articolazione dialettica tra l'O.P. e il territorio, intesi come funzioni e non come luoghi. Ribadisce inoltre la necessità di una profonda modificazione dell'organizzazione del lavoro all'interno degli O.P., per costruire un rapporto dialettico e professionalizzato tra operatori e bisogni, a cui dare risposte concrete, superando, anche attraverso la riconvenzione di alcune attuali figure professionali, la organizzazione attuale del lavoro in squadre come gruppo omogeneo in rapporto al luogo omogeneo rappresentato dal reparto. Ribadisce infine la gravità della situazione al Sud, per i gravissimi ritardi di programmazione, la violenza istituzionale, la deportazione assistenziale in istituzioni private; e dunque la necessità di assumere a livello tecnico-politico la vertenza Sud inteso non

solo come Meridione d'Italia, ma come area diffusa, allo scopo di evitare il rischio di una cosiddetta legge N. 180 del Nord.

b) A proposito dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura il Convegno ha evidenziato che la loro organizzazione e la loro strutturazione si presenta molto diversificata nelle varie realtà, in rapporto alla situazione preesistente dei servizi psichiatrici e in relazione alla agibilità politica: si sa di situazioni in cui è stata concretamente dimostrata la possibilità di fare a meno dei SPDC come specifico luogo strutturato per il ricovero psichiatrico, a situazioni in cui — per la mancanza di preesistenti pratiche antiistituzionali consolidate — si sta configurando la tendenza a costituire di fatto reparti psichiatrici, aggiuntivi e rafforzativi del manicomio e comunque di una dimensione operativa ospedalentrica. Il convegno inoltre rileva che le esperienze fatte dall'entrata in vigore della legge permettono di porre come obiettivi istituzionali un'organizzazione e uno stile di lavoro che permettano il superamento degli SPDC e la graduale restituzione dei loro spazi, attraverso una continua ridefinizione delle risposte — nei luoghi e nelle modalità — ai problemi della cosiddetta urgenza psichiatrica. Il convegno ribadisce infine la necessità di respingere la tendenza a una proliferazione degli SPDC attraverso la programmazione e la realizzazione di servizi psichiatrici che riconoscono nella organizzazione territoriale il momento centrale e che mirino a contenere e filtrare la domanda di ricovero.

c) Per quanto riguarda gli Ospedali psichiatrici giudiziari, il Convegno ribadisce che la funzione di tali istituzioni continua ad essere, da un lato, quella di sede di cronicizzazione della malattia per persone sofferenti che vi sono ristrette in stato di completo abbandono, e, dall'altro, quella di sede privilegiata per potenti e mafiosi di varia natura i quali si servono della stessa legislazione vigente per sfuggire alla pena; ciò anche per l'attuale disciplina e gli attuali contenuti della perizia giudiziaria, delle quali dunque si chiede una radicale riforma in termini di moralizzazione, di controllo giudiziario e di rinnovamento culturale. Il Convegno, inoltre, rilevando che il progetto di riforma governativo degli Ospedali psichiatrici giudiziari si limita a marginali innovazioni di nomenclature, di termini e di procedure, senza operare alcun rinnovamento incisivo e in armonia con il dettato costituzionale e con le leggi N. 180 e N. 833, conferma la necessità e l'urgenza di una soppressione degli Ospedali psichiatrici giudiziari, attraverso la civilizzazione e l'umanizzazione del trattamento degli internati, e attraverso la riconduzione della loro gestione al Ministero della Sanità e agli Enti Locali, ponendo termine alla gestione, da parte del Ministero di Grazia e Giustizia, di questioni che attengono alla salute del cittadino.

d) Per quanto riguarda i problemi dell'Università si è rilevata la grave insufficienza degli attuali processi di formazione degli operatori, conseguenza della logica accademica tradizionale e della separatezza fra contenuti teorici trasmessi, finalizzati prevalentemente ad una professionalità tecnica di tipo privatistico, e pratica sociale. Si è riaffermato che la sede della formazione deve essere il territorio nella più completa articolazione dei servizi, che i contenuti della formazione devono essere quelli derivati dalle esperienze alternative ma che devono al tempo stesso tendere a recuperare il patrimonio scientifico storicamente prodotto ridefinendolo alla luce della pratica sociale, infine che il metodo della formazione deve essere quello di una costante integrazione fra teoria e pratica in un processo di permanente e continua rifondazione della professionalità del singolo operatore e del singolo operatore e del gruppo di lavoro nel suo insieme.

L'indispensabile apertura al sociale e al territorio dell'Università, che nello specifico ri-

guarda gli istituti e le facoltà di psicologia e le cliniche psichiatriche universitarie, deve anche significare ridefinizione dei compiti assistenziali svolti da queste ultime, evitando che costituiscano una sorta di secondo circuito rispetto a quello degli altri servizi pubblici: Perciò è necessario che gli operatori universitari siano inseriti nel servizio psichiatrico delle U.S.L. ed operino nel completo arco degli interventi, dalla prevenzione alla riabilitazione e al recupero dei lungodegenti dal manicomio, alle fasi della cura in tutte le sedi necessarie compresi i servizi di diagnosi e cura ospedalieri (sempre nel rigoroso rispetto della legge 833 sia per quanto riguarda la struttura dipartimentale che per quanto riguarda il limite dei posti letto stabilito dalla legge). Condizione indispensabile e discriminante perché il personale universitario operi nel servizio territorio è il tempo pieno e la rigida definizione e applicazione delle incompatibilità.

In sede di programmazione regionale dovranno essere stabiliti i criteri e le modalità di integrazione fra personale universitario e personale dei servizi provinciali di salute mentale.

Per quanto riguarda i problemi degli infermieri psichiatrici, il Convegno rileva che il presente periodo vede per l'infermiere psichiatrico una rottura definitiva del ruolo tradizionale, determinato dalle esperienze alternative, dalle complessive lotte del movimento operaio per la salute e più in generale da tutto il complesso travaglio innovatore e riformatore non riducibile alla sola esperienza alternativa nello specifico psichiatrico.

Una prospettiva avanzata nel momento attuale non può perciò collegarsi restrittivamente ai problemi, sia pur importanti, della psichiatria, ma deve mirare al disegno più ampio della riforma sanitaria: l'unità sanitaria locale deve essere considerata dunque come obiettivo, e come l'unica sede operativa a cui dovrà essere riferita ogni proposta innovatrice per tutti gli operatori della salute, compresi quelli del settore attualmente detto psichiatrico; fatto, questo, determinante al fine di evitare che l'attuale infermiere psichiatrico si trasformi in un futuro molto prossimo in un tecnico subalterno del controllo sociale. A tale riguardo il Convegno rileva che i decreti governativi che stanno per essere approvati tendono ad accentuare la medicalizzazione e la tecnicizzazione del ruolo e della formazione.

La lex 180 del 13/5/1978, mentre sancisce la rottura storica del ruolo dell'infermiere psichiatrico e costituisce la premessa necessaria per un grande balzo innovatore, contiene d'altra parte una serie di pericolose ambiguità, non sanate ma anzi accentuate dalla legge 833 del 28/12/1978 che aprono la strada a possibilità regressive o mistificatamente avanzate. Se, infatti, il servizio territoriale scadesse nella pratica in una condizione ambulatoriale, se si continuasse a considerare lo spazio nell'Ospedale Civile come divisione psichiatrica, se si consentisse una estinzione lentissima e indolore del manicomio, se le strutture intermedie si riducessero a nuovi cronicari, non solo verrebbe gravemente disatteso il progetto riformatore, ma conseguentemente il ruolo dell'attuale infermiere psichiatrico rimarrebbe ineluttabilmente circoscritto: emarginante ed emarginato. Il Convegno inoltre ha rilevato il problema particolare costituito dagli infermieri delle I.P.A.B. e sollecita il Governo a sancire il loro incontestabile diritto ad essere trattati come gli infermieri dipendenti dalle Province, anche per evitare che le I.P.A.B. continuino a contrapporsi nettamente all'intervento di trasformazione sociale di tutto il settore sanitario.

Inoltre tutti gli interventi hanno dimostrato uno stato di angoscia e parziale impotenza di fronte all'applicazione della legge 180.

Tali interventi in maggioranza hanno però contribuito a sviscerare la grossa realtà che sta a monte della legge che pur avendo degli aspetti problematici ribadisce come primario il ruolo sociale dell'infermiere e individua i seguenti punti per la sua affermazione:

- 1) Un'unica scuola nazionale di formazione professionale gestita a livello Regionale per l'infermiere socio-sanitario con la diretta partecipazione gestionale degli infermieri.
- 2) Il recupero a livello professionale, giuridico, contrattuale degli attuali infermieri psichiatrici attraverso un aggiornamento permanente passante esclusivamente per i servizi territoriali.
- 3) Un nuovo modo di essere operatori sanitari in uno specifico ruolo unico che sotterra nella realtà definitivamente la scuola gerarchica.
- 4) Un interscambio periodico interregionale di operatori psichiatrici per acquisire le nuove esperienze territoriali nel quadro di un recupero più generale sui temi socio-sanitari.

Per quanto la situazione dell'emarginazione negli altri Paesi del mondo, il Convegno denuncia l'uso politico — repressivo della psichiatria, che assume forme specifiche nei diversi contesti socio-politici; sia che lo Stato usi la tortura tragicamente gestita con indirizzo tecnico che deriva dalle ricerche psicologiche e in parte comportamentistiche — come, in particolare, nei Paesi dell'America Latina e del Sudafrica e anche in altri contesti dove il controllo sociale non riesce altrimenti ad essere amministrato; sia che lo Stato — come accade nei Paesi Occidentali e dell'Est europeo — ritenga di intervenire pesantemente attraverso la psichiatria, le sue conoscenze, le sue tecniche per emarginare le classi popolari e le persone a causa di ingiustizie sociali e di disuguaglianza economica, o per reprimere o normalizzare il dissenso intellettuale e politico.

Il Congresso fa infine appello alle forze politiche democratiche dell'Europa, per superare la arretratezza scientifica e culturale, espressa anche a livello di informazione dai mass media, su cui è basata la legislazione psichiatrica dei paesi della CEE, e per costruire in Europa un sistema sanitario e di servizi sociali, fondato sullo sviluppo e sulla tutela dell'integrità psicofisica dell'uomo e gestito democraticamente attraverso la partecipazione del cittadino.

(1) Queste conclusioni sono state lette alla fine del Convegno dall'assessore Lamberto Cavallin di Genova.

## neo psichiatria o antipsichiatria?

Luigi Anepeta

I.

La pregiudiziale antiteorica che ha caratterizzato la psichiatria alternativa in Italia, interpretata, spesso a torto, come una sorta di provocazione moralistica della manovalanza militante nei confronti dei "tecnici", ganga un po' confusa di psichiatri, psicanalisti, psicologi a rimorchio del potere, inclini a più o meno sottili elucubrazioni intellettuali, ma attenti soprattutto a non sporcarsi le mani, quella pregiudiziale, nonostante abbia offerto il fianco alle critiche spocchiose di praticismo arruffone e di volontarismo un po' démodé, ha avuto sino ad oggi un significato strategico essenziale: impedirne la cooptazione all'interno dell'edificio ideologico di una neopsichiatria disposta a concederle qualche vano (per essere chiari: i servizi igienici ovviamente) purché essa non accampi pretese condominiali eccessive rispetto alla sua quota di proprietà, modesta come il capitale investito: non si tratta, in fin dei conti, di una psichiatria povera per i poveri? di una psichiatria sostanzialmente assistenziale, preventiva e riabilitativa, impotente nei confronti dello "specifico"?

L'esigenza di difendere la prassi psichiatrica alternativa dal presunto eclettismo di una scienza le cui capacità di ibridazione giungono all'eccesso di ritenere praticamente equivalenti gli effetti terapeutici folgoranti d'un ago piantato nel cervello e della Parola, non è venuta meno. Tutt'altro. La neopsichiatria, la psichiatria della restaurazione, restaurata essa stessa, meno patetica peraltro delle puttane che intendono rifarsi una reputazione, poiché ad essa in fondo interessa, chiusi i manicomi, continuare a far la vita, territorializzando i suoi servizi all'ombra d'un Padrone che le impone ora la politica del guanto di velluto, del tendere le reti in una vigile attesa della preda; questa idra dalle cento teste, nessuna delle quali, ahimé, pensante, è in fase di rilancio, secondo le mode del revival o del riflusso.

Basta metter piede in una facoltà di psicologia o in una scuola di specializzazione in psichiatria per rendersene conto. La babele delle lingue e delle teorie non impedisce d'intuire un compromesso di fondo, in virtù del quale, per preservare la multiforme varietà della specie, a nessuno è impedito l'accesso all'arca, purché ci si assoggetti a Noé e ai suoi figli, in verità un po' tracotanti. Il clima un po' decadente delle tavole rotonde e dei seminari, ove si tocca con mano la soddisfazione per lo scampato naufragio e si intuisce covare una zuffa per il potere, pronta a riaccendersi après le déluge, cela peraltro aspetti meno decorosi quando non francamente ridicoli. Ogni scuola vanta infatti eclatanti rivoluzioni i cui benefici sono stati una manna solo per gli addetti ai lavori. L'organista, infarinato ormai di teorie della comunicazione psicanalisi e sociologia, ricorda

l'avvento degli psicofarmaci nel '53 come l'unico atto di vera liberalizzazione nel trattamento dei malati di mente, confessando implicitamente di non aver mai messo piede da allora in poi in un ospedale psichiatrico. Lo psicanalista è arroccato sulla metafora della rivoluzione freudo-copernicana, i cui effetti antropocentrici riverberano solo sui comuni mortali costretti a gravitare, secondo distanze inversamente illuminate dall'analisi didattica. Il transazionalista, che scopre, con sorpresa di neofita, a livello di contesti interpersonali le strategie di comunicazione e di metacomunicazione che la più mediocre delle letterature conosce da sempre, gabella la nozione di sistema come destinata a produrre effetti pragmatici straordinari nelle relazioni fra classi sociali, nazioni e blocchi politici. Per non essere da meno, il comportamentista, figlio degenero d'un pragmatismo malinteso, spinge le sue vanterie fino all'eccesso di negare la soggettività, che interpreta come un residuo animistico, sgombrato il campo del quale la 'macchina' mentale offre i suoi congegni ad ogni attività di manipolazione riparatoria.

Se si volesse continuare l'elenco, prendendo in considerazione le cosiddette nuove tecniche si ritroverebbero ovunque gli stessi ingredienti: mediocre filosofia, mimesi pretenziosa e puramente verbale del metodo scientifico, statistiche equivoche, manipolate sempre e solo in rapporto ai successi, predilezione spiccata per i sodalizi esoterici, le associazioni autovalidantesi, le conventicole pseudoaccademiche, disimpegno sistematico e ideologicamente motivato in rapporto alle istituzioni manicomiali.

Sullo sfondo di questo panorama culturale, la pregiudiziale antiteorica della psichiatria alternativa ha avuto il significato storico di rifiutare un confronto su un piano pretezosamente scientifico. Essa inoltre ha prodotto, incentivato e confortato un "praticismo" oscuro, caparbio, sofferto i cui risultati, visibili ad occhio nudo, sono oggettivamente straordinari, anche se confinati in aree locali (Trieste, Arezzo, Perugia, ecc. ecc.) che un'accorta strategia tende a convertire in santuari ove ci si reca ritualmente in pellegrinaggio per edificarsi e concludere che certi "miracoli" sono possibili solo là e non altrove. Non che manchino i miscredenti, il cui gusto dissacrante, sempre venato di xenofilia, li induce a sostenere che le esperienze più avanzate in Italia non valgono tecnicamente quanto alcune comunità britanniche: giudizio insindacabile, forse, se si è del tutto privi del senso delle proporzioni... Ma oggi? Vale la pena, oggi, confermare quella pregiudiziale, dopo che la legge 180 l'ha recepita vanificandola ad uso e consumo del potere? Il rischio, che cresce di giorno in giorno in misure esponenziale, è che, rinosciuto il merito degli psichiatri alternativi, la loro prassi venga assunta come modello puramente formale, e dunque ideologizzato, in un progetto di ingegneria sociale estraneo agli obiettivi originari.

È pertanto urgente rimettere in discussione ciò che sembra scontato, dare nuovamente vigore ad una critica che il potere pensa d'aver imbavagliato riducendo artificiosamente a tigris di carta in suoi bersagli tradizionali: il manicomio, la malattia mentale, ecc. Occorre in pratica, con buona pace di chi lo ritiene superato, rilanciare il discorso antipsichiatrico, decodificando anzitutto l'ideologia della legge 180 — e ora della Riforma Sanitaria — che, recependolo, lo mette a tacere.

## II.

La legge 180 è stata, in effetti, tessuta con molta abilità per rimescolare le carte, e dunque rilanciare il gioco della corporazione psichiatrica, a partire da una situazione non più contenibile, ideologicamente.

Di fronte alle esperienze avanzate dei "santuari", la gestione tradizionale della maggioranza dei manicomi italiani non poteva essere ulteriormente avallata dal rigoroso, e strumentale, rispetto di una legge vetusta, la famigerata 1904, che le esperienze alternative avevano dimostrato manifestamente infondate. La libera circolazione dei disagiati psichici in alcuni contesti urbani, immune dai guasti temuti (e da taluni auspicati), rendeva meno vergognoso che ingiustificabile il regime di segregazione repressiva cui erano assoggettati altrove, identiche risultando, ingiallite cartelle cliniche alla mano, le malattie originariamente diagnostiche. Non è azzardato pertanto presumere che l'istanza di superamento del manicomio, accreditata dalla tenuta delle esperienze alternative al di là del previsto, cioè del cosiddetto periodo sperimentale, è stata recepita dal potere non tanto con l'intento d'indurre un cambiamento radicale dell'assistenza psichiatrica quanto per coprire ope legis la anacronistica gestione tradizionale. La quale, com'è noto, eccezion fatta per i primi ricoveri, continua a sussistere, ma con le caratteristiche d'un triste fenomeno reliquato ad un passato rinnegato: tra le parentesi, pertanto, di un periodo di transizione, che dovrà favorirne l'estinzione, al riparo dai soprassalti d'una critica cui si pensa, con la legge, di aver spuntato gli artigli. Se ciò non è affatto scontato, dal punto di vista ideologico, il risultato si può ritenere conseguito: a Roma, per es., la stragrande maggioranza della popolazione presume che il manicomio, ove risiedono ancora 1170 ricoverati, il 20% dei quali assoggettati a trattamento sanitario obbligatorio, sia letteralmente chiuso.

Come per altri problemi sociali, le leggi in Italia realizzano i loro effetti non quando sono poste in atto ma, più semplicemente, quando sono legiferate e adeguatamente pubblicizzate secondo il principio del "come se". Affermando ciò, c'è il rischio di passare per qualunquisti: ma il rischio opposto, più grave, è di credere o fingere di credere che il razionale e il reale coincidano.

Coperta la realtà vergognosa dei manicomi, escludendoli con un colpo di spugna dall'orizzonte dell'opinione pubblica, la legge 180 sposta l'accento della lotta antistituzionale su di un terreno atto a logorarne lentamente le risorse di esperienze, di cultura, di idee accumulate nel corso degli anni. Recependone le istanze della territorializzazione, della gestione sociale del disagio psichico, essa decentra infatti l'assistenza dall'ospedale psichiatrico ai presidi territoriali: in pratica, data la carenza di tali presidi, agli ospedali civili, laddove il potere degli psichiatri, accorrandosi, nel segno d'un secolare progetto di unificazione, a quello della medicina specialistica, ripropone, sotto l'egida del flatus vocis del lavoro d'équipe, la sua inesaurita velleità di dettar legge sulla testa dei folli in virtù d'un pretesto aggiornamento.

Per fortuna, l'ambito in questione è di quelli la cui realtà, incoercibile, è difficilmente razionalizzabile. Sia pure sapientemente architettata per dilazionare i tempi di cambiamento e burocratizzare le istanze alternative (come prestar fede, en passant, a chi ne attribuisce le insufficienze alla fretta imposta dalle circostanze di un referendum dal risultato prevedibilmente scontato?), la legge 180 presenta delle smagliature che inducono a pensare che la lotta antistituzionale possa non rimanere irretita. Parlando di smagliature, non intendo alludere alla presunta apertura a modi di gestione alternativi sulle quali si è enfattizzato: alla clausola, per es., che codifica il T.S.O. come extrema ratio in assenza di qualunque possibilità di gestione extraospedaliera del disagio psichico, clausola affidata al giudizio soggettivo degli operatori e, in ultima analisi, alla loro buona volontà. Gli operatori in questione sono infatti i medici, in massima parte e ahimé, secondo il

criterio dell'anzianità di servizio, riciclati dagli ospedali psichiatrici, la cui operatività, com'è noto, è sempre pronta a calarsi accidiosamente nell'alibi della carenza di strutture e di mezzi. Se è occorsa una legge per sancire (sulla carta) la chiusura dei manicomi, ciò non è da ricondurre al fatto che gli psichiatri, tranne il gruppo, peraltro eterogeneo, ormai in via di dispersione di Psichiatria Democratica, non hanno fatto pressoché nulla non dico per smantellarli — obiettivo che risulta loro ancor oggi demagogico — ma semplicemente per umanizzarli? Piuttosto che nelle attestazioni di principio, generiche per non dire ibridate da un vacuo sociologismo di maniera, o negli auspici, la cui realizzazione postula la recensione da parte di chi non ha orecchi per intendere, le smagliature della 180 vanno individuate nella disarticolazione che essa induce in uno strumento di controllo potente come l'ospedale psichiatrico in assenza di una rete di strutture territoriali altrettanto funzionali. Negli ospedali civili, anzitutto, la cui cronica carenza di posti letto, rendendo inesorabile la limitazione numerica imposta dalla legge, impone un turn-over continuo di ricoverati, obbligando gli psichiatri ad essere selettivi nelle ammissioni e tempestivi o addirittura frettolosi nelle dimissioni. Non che l'esigenza di risolvere rapidamente una crisi acuta non comporti i suoi bravi rischi, sollecitando il ricorso massiccio alle terapie biologiche e farmacologiche e alle tecniche di contenzione fisica. Ma, mentre per i pazienti medici e chirurgici, la carenza di posti-letto spesso vanifica il diritto sacrosanto di essere curati, per i disagiati psichici essa aumenta la possibilità e di sfuggire alla cattura e di apparire sempre meno malati agli occhi di chi ha fretta di dimetterli.

In ultima analisi, tra segregazione e circolazione sociale il rapporto tenderà per forza di cose a demoltiplicarsi rispetto a quello inerziale del manicomio. La quota crescente di devianti, socialmente percettibile e non più segregabile, svelerà l'impotenza terapeutica della psichiatria e riproporrà alla società il problema di cui essa si era liberato delegandolo al manicomio: come controllarli? Intorno a questo problema, il conflitto tra psichiatria e antipsichiatria è destinato a rinnovarsi.

### III.

Dedita, da qualche anno, ad intense cure di ringiovanimento, la neo-psichiatria è certa, in un futuro prossimo, di doversela vedere, dall'alto della sua spocchia accademica, con un manipolo di operatori volenterosi ma sprovvisti, con la manovalanza che ha lavorato, sì, duramente per il superamento manicomiali, ma che ora, di fronte allo "specifico" psichiatrico è opportuno che si faccia da parte, lasciando il campo ai supertecnici, litiomani, skinneristi, genitalisti, lacanianiani e via dicendo. Ingannata, forse, dai Fogli d'Informazione che, volutamente, ha rinunciato alla vana pretenziosità delle riviste scientifiche, la neopsichiatria, che pure inserisce nelle bibliografie ammannite agli studenti i testi sacri di Laing, Cooper, Basaglia, Jervis, ignora che la prassi alternativa in Italia si è originata ed è cresciuta in rapporto ad una matrice teorica, che non si riduce alla nota *pars destruens*, alla critica ideologica. L'altra faccia della medaglia, che si tenta ad ogni modo di svalutare, attribuendone il conio ad una mediocre lettura di Marx e degli epigoni, è la teoria dei bisogni.

Non indulgerò su un tema che, per essere affrontato adeguatamente, richiede una diversa caratura del discorso. Basterà rilevare che, nell'ambito in questione, tale teoria è sotto il fuoco incrociato dello scetticismo organicistico, che, continuando a reificare il mito d'una macchina mentale i cui equilibri intrinseci sono debolmente correlati ai fat-

tori socioambientali, legge in essa solo un'istanza patetica di assistenzialismo gratificante — i folli, in fondo, non sono bambini un po' capricciosi, avidi e sostanzialmente incontentabili? — e del disprezzo psicanalistico che, contrapponendo ad essa la teoria dei desideri, pensa di poterla ridurre al rango d'un'elaborazione di seconda mano della soggettività, colta solo nei suoi aspetti banalmente carenziali, o, peggio, nelle sue pallide e fuorvianti pretese coscienti, — i folli chiedono, sì, ma, in fondo, non sanno ciò che vogliono. È inutile rilevare che tali interpretazioni tracotanti e riduttive derivano meno dall'ignoranza (lecita) dei Manoscritti del giovane Marx o dalle riflessioni d'un Séve o di una Heller che dall'esigenza di salvaguardare, pretestuosamente isolandole (il cordone sanitario serve a questo...), teorie eterogenee sullo 'psichismo' che, se poste a confronto e fatte liberamente circolare nel contesto delle scienze umane e, in particolare, della più matura tra esse, l'antropologia, risulterebbero epistemologicamente inconsistenti, fino a ridursi al livello, loro proprio, di cieche ermeneutiche di fenomeni assunti arbitrariamente come sintomi anziché, come sarebbe giusto, sintomatici... La teoria dei bisogni, che investe la tematica antropologica della naturalità e socialità dell'uomo, e la indaga a partire dal fenomeno del disagio psichico che ne documenta la perenne incongruenza, non fa altro che riproporre un problema nell'unica prospettiva da cui esso può risultare illuminato e, a sua volta, illuminare. Che questa luce risulta irritante o abbagliante per i deboli occhi dei falsi intellettuali che dispiegano le loro inerti vele nel mare magnum della psichiatria non sorprende. Risulta altresì irritante che la loro miopia li induca a screditare la teoria dei bisogni coartandola nella formula canonica seconda la quale la malattia mentale è "null'altro che" l'espressione d'una società malata: formula provocatoria nei confronti d'un'opinione pubblica sconcertante, alla quale si cela peraltro l'essenziale, la messa in questione, e mai in termini meccanicistici, dei rapporti tra società e salute mentale. Dal punto di vista della teoria dei bisogni, infatti, l'organizzazione sociale assolve, tra l'altro, la funzione di preservare la salute mentale, offrendo, con i diversi sistemi che la strutturano, un contenitore atto, in misura diversa (e quindi, talora, poco atto) a smorzare le oscillazioni timiche, ad incanalare, rendendoli prescrittivi, i tragitti del pensiero e a rendere i comportamenti significativi, cioè comunicativi.

Si tratta d'un postulato d'ordine generale, che va continuamente specificato nel concreto contesto d'una data società, ma la cui apparente banalità va opposta a chi sostiene che il contenitore in questione è la scatola cranica, la corazza dell'Ego o il microuniverso familiare. Se ne può ricavare, tra l'altro, conseguenza essenziale: essendo infatti ogni società data nello spazio e nel tempo, e cioè necessariamente incompiuta per qualche aspetto in rapporto ai bisogni umani, nessuna può assolvere pienamente la sua funzione, sicché se non è giusto dire che la società fa ammalare, è coerente ritenere che società diverse preservino in misura diversa i soggetti dal rischio di perdere la salute mentale. Su questo, che la salute mentale, prima ancora che un benessere individuale, è un fenomeno collettivo, si può essere d'accordo o no. Se non si è d'accordo, occorre avanzare un'ipotesi alternativa: ché, per essere chiari, il limite della psichiatria è di dar per scontato, di assumere come un dato naturale la 'normalità', ch'è invece un problema inquietante e irrisolto. Se si è d'accordo, è impossibile operare con strumenti di analisi e strategie di intervento non omogenee su due livelli, il tecnico e il politico, pretestuosamente considerati autonomi o debolmente correlati. Tra eventi e strutture il salto è certo grosso: ma questa dicotomia, alla quale vanno attribuite le contraddizioni tra prassi e teoria, ignora volutamente il livello della congiuntura, che è, forse, quello proprio delle

emergenze psicopatologiche, testimoni ed intermediarie al tempo stesso tra la psicopatologia della vita quotidiana, inapparente, e la 'follia' d'un'epoca, che risulta evidente solo agli occhi di quella successiva. Questo è, peraltro, il livello proprio della teoria dei bisogni, che affranca l'evento da un'accidentalità che lo connota come malattia e prescinde dal formulare sterili diagnosi sulla struttura sociale. È dunque evidente l'intimo nesso tra tale teoria e l'antipsichiatria, nesso da cui procedono le differenze rispetto alla neopsichiatria e alla non-psiichiatria.

La neopsichiatria lavora in superficie, sui tempi istantanei della crisi acuta (il cavallo di Troia della medicalizzazione psichiatrica) se è organicista, sui tempi brevi delle esperienze soggettive o interpersonali se è psicodinamica: svuotando di senso il fenomeno del disagio psichico nel primo caso, esaurendolo in un codice psicologista nel secondo. I riferimenti ambientali con cui essa pensa di evadere la critica di riduzionismo non giungono mai ad avere una credibilità sociologica, per non dire dignità storica.

La non-psiichiatria, altresì, è totalmente votata all'analisi politica del sistema sociale, la cui coerenza è vanificata dall'illusione che un cambiamento radicale del sistema risolverebbe tout-court i problemi posti dal disagio psichico. Ciò la spinge ad attribuire alla follia una connotazione eversiva, che risulta un po' fuori misura: la follia postula certo un mondo diverso, ma né si batte per questo; né, presumibilmente, è in grado di definirlo in termini politici.

L'antipsichiatria, oggi, non è chiamata a mediare questo conflitto, tra il riduzionismo tecnico ed il totalitarismo sociologico, bensì a superarlo. È possibile ciò?

#### IV.

È doloroso constatare che uno psichiatra "critico" come G. Jervis abbia inteso assestare con un articolo (Il mito dell'antipsichiatria, in *Il buon rieducatore*, Feltrinelli, '77), cui sono seguite nel tempo prese di posizioni personali coerenti, il colpo di grazia all'antipsichiatria, il cui vuoto concettuale sottenderebbe al tempo stesso l'ingenuità, votata allo scacco, del praticismo assistenziale e l'astuzia dell'ideologia borghese che, gratificando la follia di un eccesso di senso, la rende di fatto nuovamente incommensurabile al senso comune, estranea alla coscienza sociale. Le argomentazioni, lucide e forse sofferte, su cui si fonda il suo duro giudizio, meritano la massima attenzione. Mi sia consentito anzitutto contrapporre al quesito di fondo posto dall'articolo, con pretese, a dire il vero, un po' essentialiste: cos'è l'antipsichiatria? una risposta funzionalista: antipsichiatria è, a livello teorico e pratico, tutto ciò che si oppone sistematicamente, coerentemente e propositivamente alla teoria e alla prassi psichiatrica. Definizione che, se non dice molto, dice più di quanto si possa pensare a tutta prima. Intanto, essa pone l'accento sulla contemporaneità o, meglio, sulla sincronia: l'antipsichiatria non è una psichiatria nuova, aggiornata, critica, vagamente sociologizzata o politicizzata, che si contrappone alla psichiatria tradizionale, superata, in breve alla psichiatria totalmente medicalizzata del passato. Questa ha avuto i suoi critici, i suoi contraddittori, i suoi oppositori pugnaci. L'antipsichiatria si contrappone, nel presente, alla neo-psiichiatria, alla scienza eclettica che spazia con incoercibile presunzione dal livello biochimico a quello sociologico, per ribadire il suo potere e la sua funzione di controllo sugli "squilibri" psichici: sugli individui malati, anzitutto. Ma, se anziché solo di individui, si tratta di intere famiglie, di piccoli o grandi gruppi, di istituzioni sociali, essa non si rifiuta di sobbarcarsi al compito che il suo stesso progresso definisce sempre più impegnativo e oneroso. Anzi.

Questa vocazione imperialista della psichiatria, peraltro originaria, sulla salute mentale, assegna all'antipsichiatria un funzione, una prerogative essenziale, imponendole di essere attuale, attenta, in allarme, di essere alla frontiera dell'evoluzione psichiatrica, di lottare là dove è necessario, il che esclude gli ingenui trionfalismi sul corpo inerte d'una tradizione rinnegata. Ciò significa ch'essa deve rinunciare a giudicare le cose dall'alto: la strategia ormai è ampiamente messa a punto, occorre (sit venia verbis) un po' di tattica. La neo-psiichiatria va contrastata anche sul terreno suo proprio: non le si può lasciare il dominio incontrastato sulla neurobiologia, la neuropsicologia, le teorie della comunicazione, la psicanalisi, la psicologia sociale e lamentarsi poi dell'uso che essa ne fa. Occorre prendere posizione puntualmente e rigorosamente sui problemi sollevati in questi ambiti di ricerca (vera o presunta). Da ciò non può derivare una psichiatria critica, ma solo una crisi della psichiatria: ché nessun dato in nessun ambito sostiene le sue pretese egemoniche.

Infine, l'antipsichiatria deve proporre concrete alternative alle prassi neopsichiatriche. Attualmente non è, forse, possibile pur senza privilegiarli prescindere dall'uso di psicofarmaci e dal ricorso a strumenti psicoterapici: nell'uno e nell'altro caso, non dobbiamo nasconderci che si tratta, nonché di interventi alternativi, di soluzioni di ripiego che esprimono un'analisi ancora incompleta dei problemi posti dal disagio psichico. La sfida lanciata dall'antipsichiatria alla neopsichiatria, e che, sinora, si è risolta a suo favore, si fonda sull'assunto basilare che, più coscienza critica si sviluppa intorno a quei problemi, più le modalità d'intervento divengono alternative, tendono cioè ad affrancarsi dal ricorso a tali strumenti. Taluno ritiene utopistico un affrancamento radicale. Sarà bene verificare la fondatezza di questo giudizio nel tempo, darla per scontata, fomenta il rischio di credere di operare antipsichiatricamente perché si è antipsichiatri (ovviamente, è vero il contrario): o, peggio ancora, di definirsi o lasciarsi definire antipsichiatri, senza che ciò coincida con una scelta radicalmente alternativa, la scelta di focalizzare, come oggetto di studio e di prassi, la salute mentale, anziché la patologia. Una scelta che è politica perché è scientifica. Checché ne dicano gli impiegati di concetto della cultura, la scienza non avanza a piccoli passi, ma a salti: è sempre un'avventura.

#### V.

Si può, infine, redigere una sorta di carta programmatica dell'antipsichiatria? Il gioco vale la candela, se il rischio che si profila è che l'antipsichiatria venga sistemata precocemente nel museo delle cere dell'ideologia psichiatrica. Limitiamoci all'essenziale, dicendo che essa:

1) riconosce la sua fondazione in una problematica che la psichiatria, comunque orientata, tende a trascurare affatto: il rifiuto dei folli di riconoscersi malati e di conseguenza di sottoporsi ad una 'terapia'. Si tratta dell'atteggiamento codificato dalla psichiatria tradizionale come sintomo ('scarsa coscienza di malattia') e dalla psicanalisi come resistenze: è, insomma, il punto debole dei folli, che, univocamente interpretato, giustifica il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio. Ma è pure il punto debole della psichiatria, che non può affrancarsi dalla sua matrice originariamente coercitiva, consapevole che, se la sua funzione dovesse divenire contrattuale, il suo potere; e quindi la sua credibilità sociale, si scioglierebbe come neve al sole. Da sempre, e dunque ben prima che un manipolo di intellettuali recepisce, senza turbamento o pregiudizio, il loro rifiuto, i folli sono antipsichiatrici. Sensibile alle contraddizioni, l'ideologia psichiatrica recepisce que-

sto dato restituendolo in forma simmetrica: per essa, gli antipsichiatri sono folli...

2) si oppone ad una scienza, il cui presente così candidamente immemore del passato, in realtà, sotto nuove vesti, lo recupera, inducendo una rottura epistemologica irreversibile, che affranchi la follia da ogni categoria clinica (sia medica che psicologica).

Il presunto progresso recepito dalla legge 180 e dalla riforma sanitaria, che consisterebbe nel restituire ai disagiati psichici il diritto ad essere considerati malati come gli altri (malati), vanifica quella rottura, poiché, storicamente, è proprio nel riconoscimento di tale diritto — di curarsi o di 'lasciarsi' curare — che la psichiatria ha fondato il suo statuto di specialità medica e il suo equivoco connubio col potere. La rottura epistemologica prodotta dall'antipsichiatria non ha nulla a che vedere con il recupero all'area della coscienza sociale attuale di una diversità cui si pensi basti togliere la camicia di forza dei pregiudizi per farla apparire un puro fantasma: essa, altresì, individua nello smontaggio del codice pregiudiziale un momento essenziale per rivitalizzare la problematicità del fenomeno e aprire di conseguenza la coscienza sociale a possibilità di percezione, di comprensione e di rapporto finora inutilizzate. Se l'antipsichiatria sposta il discorso dalla follia alla normalità, non è per invalidare questa (impresa incontestabile e vana, dopo il folgorante aforisma di Pascal), bensì per restituire quella ad una contestualità che la postula, anche se pretende di potersi validare solo emarginarla. Ché, per essere chiari, il problema del come e perché la salute mentale risulti compromessa in alcuni individui è meno inquietante di quello complementare, del come e perché essa si preservi nei più. Non v'è persona di buon senso che stenti a capire che questo, della salute mentale, è il fenomeno preminente, e che richiede anzitutto di essere interpretato: assumerlo come un dato naturale, mina alla radice la scientificità di qualsivoglia psichiatria, per quanto la rimozione di questo problema risulti estremamente significativa. La salute mentale è infatti un fenomeno collettivo, che attiene alla sociologia o all'antropologia, e comunque si ribella ad ogni riduzionismo biologico o psicologico.

L'antipsichiatria, che è funzione d'una scienza umana di cui prefigura l'avvento, lo interpreta, certo poveramente, con il proverbiale lenzuolo che ogni società tira da qualche parte, lasciando allo scoperto qualche altra sua parte. Metafora che rende vana l'utopia d'una soluzione totale del problema 'follia' (ma perché mai, verrebbe da chiedere a Cooper, mutuare dall'odiata psichiatria proprio questo desiderio l'onnipotenza che l'ha fondata?), ma, nondimeno, rende precario ogni tentativo di spiegarlo là dove esso si manifesta, nell'individuo o nel microcontesto familiare. Si può essere, per una volta, d'accordo con Levi-Strauss, laddove, parlando dei folli come di 'docili testimoni' ai quali il sistema sociale di cui fanno parte impone ruoli integrativi delle sue lacune simboliche, conclude che "per ogni società il rapporto tra comportamenti normali e abnormi è complementare". Rimettendo in piedi ciò che la psichiatria pretendeva dovesse stare in equilibrio sulla testa (dei folli), gli antipsichiatri non hanno scoperto l'America: hanno solo avuto il coraggio di salpare contro il buon senso d'una scienza un po' gretta che ha in uggia le avventure. Che siano ancora in alto mare, non è motivo sufficiente per imporre loro di tornare al porto.

3) Si configura come prassi orientata a socializzare la rottura epistemologica che l'ha inaugurata. È inutile, a mio avviso, privilegiare il ruolo e il contributo fornito dalle masse popolari alla lotta antipsichiatrica, e voler occultare, per un malinteso senso di colpa, quello degli intellettuali, che hanno fornito il punto d'applicazione per un'energia altrimenti destinata a far leva altrove. Non dimentichiamo che questo punto d'applicazione

era epistemologicamente delineato prima del '68-69: e, infine, che, senza la leva, esso si sarebbe inesorabilmente ridotto ad una pura potenzialità.

È importante, oggi, ribadire la matrice originariamente scientifica del progetto antipsichiatrico, come pure la necessità, perché esso si realizzi, di radicarlo nella coscienza sociale. Chi (e son tanti, troppi) insiste a ricondurre l'origine dell'antipsichiatria al gusto del paradosso, all'estro letterario o, peggio, ad una confusa ibridazione di -ismi (anti-conformismo, ribellismo, ecc.) di poche menti geniali ma bizzarre, rivela una concezione à dir poco mediocre della scienza, il cui progresso è anzitutto avventura, rischio intellettuale, azzardo, poiché consiste nel vedere sotto una luce nuova problemi sino allora ignorati o mistificati, senza ancora sapere quale ne sia la soluzione. Affermazioni del genere, sbalorditive per le menti degli psichiatri abituati alla quieta pigrizia dei dogmi, le sostiene, tra gli altri, un K. Popper, intellettuale immune dal sospetto di radicalismo. Senza difficoltà, anzi, si potrebbe ricostruire una storia minima dell'antipsichiatria, adottando lo schema ormai noto di T.S. Kuhn sulle rivoluzioni scientifiche. Le attestazioni di principio della legge 180 fomenterebbero addirittura il sospetto di essere già pervenuti alla fase di 'normalizzazione' della psichiatria alternativa: fase critica, che le verità acquisite (le implicanze sociogenetiche del disagio psichico, la necessità di un concorso sociale, collettivo alla 'guarigione', ecc.) tendono a diventare luoghi comuni, formule rassicuranti anziché inquietanti, dogmi tendenti a confermarsi piuttosto che a suscitare problemi, in breve ideologia. Ciò che può permettere all'antipsichiatria di superare questo punto morto, aperto al rischio d'una cattura da parte dell'onnivoro eclettismo psichiatrico, è la sua radicale diversità rispetto alle altre scienze: per queste ultime, infatti, la fase di normalizzazione è ratificata dal consenso della cosiddetta città scientifica, e cioè dall'insieme degli scienziati. Consenso che, se non deve, può prescindere (e di fatto prescinde) da una convalida sociale. Nel caso dell'antipsichiatria, la schisi tra città scientifica e città terrena, esemplata dal ritardo secolare della coscienza sociale rispetto al progresso scientifico, è, piuttosto che un dato accettato sia pure a malincuore, un problema da risolvere: che la sua validazione si fonde necessariamente su un modo nuovo collettivo di percepire e di interagire rispetto al fenomeno del disagio psichico. Per questo, a differenza di ogni altra scienza, l'antipsichiatria è chiamata a socializzare la rottura epistemologica che l'ha inaugurata e ad impedire che la cooptazione di tale rottura da parte della psichiatria la trasformi in un'ideologia di ricambio per un potere che intende continuare ad esercitare un controllo sulle teste delle persone.

4) Si propone, infine, come coscienza critica del disagio psichico che ogni società, per essere strutturata in modo sempre incompiuto rispetto ai bisogni umani, produce degli strumenti ideologici e pratici messi in atto per invalidarlo, emarginandolo, tenendolo sotto controllo o reprimendolo. Mentre però il primo aspetto l'asigna tout-court, e senza pretese egemoniche, al campo della politica, il secondo, destinato anch'esso a confluire a livello politico, definisce come ambito suo proprio quello del pensiero scientifico impegnato, imponendole di bandire la formula onnicomprensiva, gli slogan a favore di un'analisi minuziosa, metodologicamente attrezzata, oggettiva della teoria e della prassi neopsichiatriche. Ciò verrebbe anche ad inficiare la critica tendenziosa e ricorrente sulla pretesa strumentalizzazione della follia per fini politici: critica che, dato il pulpito, quello delle organizzazioni psichiatriche ufficiali, non meriterebbe nessuna risposta, se essa non incidesse, e talora negativamente, in un'opinione pubblica che in parte ancora crede alla neutralità della "missione" medica. Tracciamone pertanto i contorni.

Se il fenomeno della follia come oggetto scientifico è universale, perlomeno al di sopra di un certo grado di complessità della struttura sociale, non lo è, con buona pace della psichiatria così incline all'imperialismo e alla colonizzazione da aver esportato i suoi frutti migliori in numerosi paesi del terzo mondo, allo stesso modo, poniamo, dell'oggetto della biologia e della fisica. Ogni società, intesa non in senso nazionale ma strutturale, ha la sua follia: se la psichiatria pertanto ha la tendenza ad oggettivare ed universalizzare le sue 'scoperte', l'antipsichiatria è e non può essere che contestuale. Ciò non implica un'assurda neutralità: essere antipsichiatri nei paesi capitalisti dell'occidente, non significa, necessariamente, chiudere gli occhi sugli usi repressivi della psichiatria altrove, per es. nell'Unione Sovietica. Piuttosto, non dimentichi della trave che li minaccia, significa aprirli: che colà un dissidente sia diagnosticato come un paranoico cronico socialmente pericoloso è un prodotto meno del regime vigente che d'una scienza buona a tutti gli usi e gli abusi del potere di cui è sempre connivente. Senza l'alibi psichiatrico, il regime sarebbe costretto ad agire le sue contraddizioni, a restituire cioè al dissidente un ruolo storico tragico forse ma reale, quello di chi, ribellandosi all'ordine costituito in una situazione assolutamente impari, affida alla storia il giudizio sul suo comportamento.

L'antipsichiatria è dunque coerente nel sostenere che la psichiatria è sempre, nel suo esercizio, abuso di potere e che l'entità sociale di quest'abuso dipende dall'uso che il Potere ne fa.

Non è dunque per partito preso, ma per non ridursi ad una sorta di doppione del Tribunale Russel (che sarebbe del resto inutile, visto che questa funzione è stata assunta, senza alcun senso del ridicolo, dall'ultimo Congresso Internazionale di Psichiatria, dedicato in larga parte alla psichiatria nell'Unione Sovietica!) che l'antipsichiatria è e deve essere contestuale: lottare, cioè, contro la psichiatria entro il sistema che le delega la funzione di controllare e di invalidare ciò che, in un tempo e in uno spazio storico sempre ben definito, non deve essere assunto come significativo: ché — sembra inutile ripeterlo — non i comportamenti o i discorsi dei folli sono rivoluzionari, è la follia come fenomeno sociologico ad essere contro il sistema.

VI.

Nonostante il diverso avviso di Jervis, l'antipsichiatria è dunque tutt'altro un concetto che nessuno sa precisamente cosa sia.

Se non si può negare che la psichiatria alternativa in Italia si sia evoluta tollerando, e, per un certo periodo, giustificando una forse eccessiva indeterminatezza teorica, l'ideologia della legge 180 e la conseguenza della sua applicazione dovrebbero valere a ricondurla rapidamente alla sua originaria matrice antipsichiatrica. A tal fine, e non dimenticando che una prassi non sottesa da una riflessione critica continua tende all'iterazione e all'ibridazione, occorre rimuovere la pregiudiziale antiteorica che rischia ora, in virtù della legge, di relegare la psichiatria alternativa al rango di manovalanza, di costringerla ad assistere, da una posizione subordinata, al revival accademico e gestionale d'una neopsichiatria affrancata dai rimorsi istituzionali e rinvigorita dall'innesto, sul tronco d'una tradizione dura a morire, di nuove tecniche.

Occorre, insomma, rilanciare la sfida, piuttosto che rientrare nei ranghi.

Roma, maggio '79

Luigi Anepeta

## psicanalisi e psichiatria democratica

Equipe del IV reparto misto dell'O.P. di Firenze (1)

A cura di Paolo Tranchina, Paolo Collini, Rocco Caroscio

Con questo intervento intendiamo approfondire la nostra precedente relazione al convegno "Psicanalisi e classi sociali" in cui abbiamo sostenuto, tra l'altro, che la psicanalisi ha aperto, per la borghesia, la strada che gli operatori di Psichiatria Democratica hanno poi esteso, modificandola, alle classi meno abbienti. (2)

### Due modelli a confronto

Per quanto riguarda i modelli di interazione interpersonale ci sembra che quello psicanalitico sia restrittivo rispetto a quelli che usiamo come operatori a tempo pieno nei servizi pubblici.

La psicanalisi si muove infatti sul versante esclusivo dell'interpretazione, capisce i problemi e offre la soluzione al paziente, o la ricerca paritariamente con lui, usa cioè essenzialmente un modello interpretativo di rapporto.

Anche nella nostra pratica usiamo questo modello, cerchiamo di capire il paziente e la sua storia, i punti di riferimento sono però diversi. Cerchiamo infatti di collegare il disagio, le cose che dice o che non dice alle condizioni reali di vita in cui si sviluppano, condizioni che, se il paziente è stato o è ricoverato, hanno molto a che fare anche con la storia delle istituzioni insieme alla loro organizzazione, e non solo con la sua storia singola individuale.

Usiamo inoltre un modello di interazione socio-politico. Ossia cerchiamo di collegare la sofferenza della persona, il suo modo di viverla, e le risposte terapeutiche che ha avuto, alle contraddizioni di classe con particolare riferimento alla organizzazione del lavoro, la struttura familiare e le ideologie che sottendono questi aspetti.

Ovviamente facciamo questo nel rispetto della persona che ci chiede aiuto, partendo da un ascolto paziente, senza pretendere di trasmettergli i nostri punti di vista acriticamente.

Possiamo quindi dire che cerchiamo di capire la sofferenza del paziente secondo codici allargati, e di collegare sintomi, fantasie, vissuti, alla sua situazione concreta e alla sua storia.

Ci muoviamo poi secondo un modello di interazione che possiamo definire esistenziale. Ossia il nostro rapporto non si limita a ore determinate con codici fissati aprioristicamente, ma facciamo anche cose concrete col paziente, come cercare un lavoro con lui, andare al cinema, in gita e, in certi periodi, come per i soggiorni estivi, viviamo insieme per periodi di un paio di settimane. (3)

Noi abbiamo quindi preclusioni o tabù perché, a nostro avviso, date le condizioni disagiata della maggior parte delle persone che si rivolgono a noi, abbiamo constatato che necessitano di qualcosa di più che non l'interpretazione e la presa di coscienza.

Usiamo inoltre un modello di interazione socio-politico. Cosa significa questo? Non che catechizziamo il paziente come qualcuno in malafede ha sostenuto, né che trascuriamo il rapporto interpersonale con lui a vantaggio di un intervento esclusivamente politico. Ma, la coscienza del collegamento tra sofferenza individuale e contraddizioni reali ci porta a cercare innanzitutto di coinvolgere il massimo numero di persone possibili su singoli problemi concreti. Questo anche perché, a nostro avviso, convinzione che condividiamo perfettamente con la psicanalisi, la follia rappresenta a livello macroscopico qualcosa che appartiene in diversa misura a ciascuno di noi. E, se questo è vero, la sua gestione, organizzazione, "terapia" non possono essere delegate a manipoli separati di tecnici per quanto bravi e preparati essi siano.

Su un altro piano, a livello di organizzazione dei servizi e di rapporto con le forze politiche, sindacali, amministrative, utilizziamo poi quanto abbiamo appreso nei singoli rapporti interpersonali per cercare di creare condizioni di assistenza e di vita generali e particolari diverse.

In questo impegno non pretendiamo di assumere compiti troppo estesi rispetto al nostro potere. Troppo siamo coscienti dei nostri limiti e della difficoltà a muoverci a livello strutturale.

In molti casi, vedi lavoro nero, siamo infatti costretti a limitarci a singole denunce scontrandoci con condizioni che non si lasciano minimamente scalfire dai nostri livelli di coscienza e di potere.

Ma allora in questi casi adattiamo le persone a sopportare e basta? Pensiamo di no, pensiamo che se non possiamo cambiare la situazione sociale è ad essa che colleghiamo il disagio, e non concorriamo così a rinforzare ideologie diverse che trascurando le condizioni reali della sofferenza, impediscono anche una presa di coscienza precisa dalla quale possono poi svilupparsi momenti di opposizione, lotta, anche indipendentemente da noi, ovviamente.

Usiamo poi, nei casi in cui non abbiamo il potere di intervenire diversamente, il modello di interazione farmacologico. Questo lo facciamo cercando di non usare mai il farmaco come risolutivo, contrastando fenomeni di tossicodipendenza e di delega acritica a sostanze chimiche di soluzione di più vasti problemi, definitivamente. Anche in questo caso siamo dentro la contraddizione tra gestione e negazione, senza poter fregarci di comodi estremismi verbali, come succede spesso per persone che non si trovano poi a dover affrontare i gravissimi problemi con i quali noi ci confrontiamo ogni giorno.

Non per questo ci consideriamo riformisti, infatti il nostro uso del farmaco è sempre critico, circostanziato, in mancanza d'altro. Non facciamo mai l'idologia della sua utilità, né lo vediamo come la salvezza definitiva. Il reale d'altronde pone precise mediazioni a ognuno di noi, direttamente proporzionali al potere che esercitiamo.

È quindi chiaro che il nostro modo di rapportarci ha caratteristiche più vaste rispetto alla psicanalisi e tende alla globalità a un fare e essere insieme, anziché a un capire che pure è importante, ricco e utile per l'analizzato.

Riteniamo che il privilegiare l'interpretazione, sia un portato diretto del potere dei pazienti che di solito sono gestiti dagli analisti, e che proprio la mancanza di intervento diretto con le classi meno abbienti abbia portato a sottovalutare i modelli di interazione

esistenziale, socio-politico e farmacologico.

Il capire separato dal fare, l'interpretato dall'agito, rimanda però anche alla divisione del lavoro con tutte le sue implicazioni e contraddizioni di classe per cui potremmo dire che la psicanalisi può limitarsi a interpretare dato che cerca di risolvere contraddizioni interne alla borghesia, mentre noi nei servizi pubblici, proprio per i bisogni dei meno abbienti, non possiamo limitarci all'interpretazione. La violenza della psichiatria tradizionale rispetto non-violenza della psicanalisi può spiegarsi probabilmente proprio con la diversa logica di classe presente in tutte le istituzioni.

### Il problema degli infermieri e il sociale

Un altro aspetto fondamentale è la differenza che la psicanalisi e psichiatria democratica attribuiscono al personale infermieristico. In psicanalisi è sempre l'analista a rappresentare tutta la terapeuticità, mentre i collaboratori sono sempre in un ruolo del tutto insignificante.

Nelle prassi di psichiatria democratica, invece, l'infermiere occupa un ruolo fondamentale nel rapporto interpersonale venendo pienamente responsabilizzato.

Questa diversità ci sembra dovuta a diversi fattori. Uno dei più importanti è che gestendo pazienti borghesi che può scegliere, l'analista non ha bisogno di nessun collaboratore se non di guardiani, nei pochi casi di psicosi seguiti, da rabbonire, eventualmente, perché facciano il meno danno possibile, mentre gestendo tutti i casi che si presentano nei servizi pubblici è solo valorizzando tutta l'équipe che si può sperare di dare risposte senza essere schiacciati dalla complessità e quantità dei problemi che si presentano.

Anche per questo la verifica, come vedremo in seguito, ha un ruolo così importante, in essa ci si confronta superando una logica classista mentre il controllo con il didatta dell'analista avviene sempre all'interno di una logica filtrata dalla stessa appartenenza di classe. Mentre poi il controllo analitico ha luogo nel chiuso di uno studio le nostre verifiche, tutte, sono aperte a chiunque voglia conoscere, capire, partecipare.

Le risposte al disagio non sono così individuali ma collettive, non rappresentano ideologie astratte non generalizzabili, ma sono la premessa per forme precise di prese in carico di lavoro, collaborazione nella gestione.

E d'altra parte che risposta propone la psicanalisi all'aumento del disagio psichico?

La sua risposta è: "Sempre più analisti". Se le contraddizioni aumenteranno con i ritmi odierni potremmo addirittura pensare paradossalmente a una popolazione formata in maggioranza da analisti che vivono curando una minoranza di produttori che mantengono se stessi e loro.

Fuor di metafora: la psicanalisi non ha una proposta di modificazione della società, in essa la realtà sociale è sistematicamente sottovalutata, mentre noi cerchiamo di vedere il nostro intervento anche in funzione di una società che non produca più eccessivi disagi psichici perché più giusta, più dalla parte del bisogno di base, anziché da quella del profitto.

Mentre per l'analista infatti, il rapporto terapeutico rappresenta la totalità capace di rispondere al bisogno di salute dell'utente, per noi esso rimanda continuamente al coinvolgimento dell'esterno, alla sua partecipazione, a una sua modificazione per incidere durevolmente anche alla base della sofferenza dei singoli individui concreti che pur cerchiamo di lenire.

Infatti non ci rifiutiamo di rispondere ai bisogni dei singoli, come qualcuno male informato vuol far credere, e li seguiamo individualmente, anche se resta dentro di noi la coscienza di dover cambiare il mondo esterno, punto di vista sul quale, senza fargli violenza, cerchiamo di coinvolgere anche l'utente, insieme ad altre forze.

Mentre per l'analista, poi, dietro le parole dei pazienti c'è sempre qualcos'altro che solo lui sa perché lo riferisce ai modelli che usa, per noi questo qualcos'altro rimanda, se mai, ai rapporti di produzione, al potere o non potere, al sociale insomma e non solamente alla storia infantile del soggetto, pur determinante.

Nel nostro intervento è così decentrato il peso sia della salvezza che della causalità, anche se cerchiamo di offrire sia l'una che la comprensione dell'altra ai livelli che possediamo senza fughe in un politico che escluda lo specifico psicologico individuale.

Un altro aspetto riguarda il problema della dipendenza.

L'analista offre al paziente la salvezza al prezzo di trasformare la sua sofferenza in nevrosi da transfert, cioè al prezzo di una dipendenza totale sino alla fine dell'analisi, alla raggiunta sanità. Fino a quel momento l'analista è l'astro intorno a cui ruota il destino del paziente; tutta la sua vita gli è subordinata nel bene e nel male.

Noi invece valorizziamo momento di responsabilizzazione e di indipendenza per tutto il corso del trattamento e, anche a rischio di insuccessi per il paziente a confronto con la realtà, accettiamo il suo continuo saggiare il reale, confrontarsi, per quanto incerto esso sia.

Per questo la nostra offerta di rapporto è aperta, permette al paziente di misurarsi col reale, di cercarci e di respingerci secondo bisogni che non a priori definiamo "malati". In questo modo, anche se le resistenze hanno ampia possibilità di incidenza, il paziente ha modo di sperimentare le proprie forze in una situazione di accettazione e responsabilizzazione progressive che favorisce successivi ritorni a noi qualora ce ne sia bisogno. D'altra parte se non facessimo così, l'alternativa alla libera scelta del rapporto sarebbe un continuo rapporto coatto la cui fine coinciderebbe con l'accettazione del paziente del nostro modo di pensarlo e progettarlo sano, cioè con la sua resa al nostro controllo normalizzante.

La dipendenza, nel nostro caso, può però farsi più sottile, può vestirsi del controllo farmacologico, dell'assistenzialismo del sussidio anche se il nostro puntare a una crescita che porti all'autonomia, come per la psicanalisi, può implicare temporanei mezzi di appoggio legati alla nostra impotenza, al non avere cioè, in un determinato momento, alternative.

Un rapporto terapeutico più rigido, con interpretazione delle continue istanze di fuga, e degli aspetti psicodinamici fondamentali lo usiamo invece per situazioni che, a nostro avviso, sono troppo determinate dalla coazione a ripetere per cambiare e sono quindi di difficile soluzione per il paziente lasciato a se stesso.

Il problema è che spesso il rifiuto del rapporto con noi coincide con una estrema difficoltà a stare con il reale, con gli altri, per cui la rottura delle condizioni richieste per restare in una norma accettata dal sociale non dipende essenzialmente da qualcosa che noi giudichiamo cattiva o buona volontà del soggetto. È per questo che al paziente più grave è necessario offrire molto di più che semplici interpretazioni e allargare il setting alle condizioni delle sue possibilità di rapporto in un dato momento concreto, anziché restringerlo alle norme delle nostre tecniche.

## La qualità della collaborazione

Dato che col rapporto terapeutico privilegiamo il lavoro compiuto collettivamente (nel senso che più di un operatore gestisce un singolo caso, situazione, famiglia), passando dal generale al particolare intendiamo ora domandarci cosa rende possibile concretamente questo rapporto senza aprire tra gli operatori pur così diversi per estrazione di classe, ruolo, cultura, spaccature insanabili e distruttive (4). Cercheremo così di definire quali sono i valori su cui si basa la collaborazione, quali gli aspetti positivi, quali i limiti e le contraddizioni.

Riferendoci alla nostra esperienza ci sembra che uno degli aspetti che accomunano gli operatori e formi quindi la base del nostro stile di lavoro sia la comune estrazione di sinistra che caratterizza la maggioranza della nostra équipe, insieme al tempo pieno dei laureati.

Questo, nonostante differenze, implica un impatto emozionale e un codice interpretativo abbastanza omogeneo di fronte ai problemi, insieme a una precisa scelta di classe. Questa estrazione, inoltre, favorisce la stima reciproca e le reciproche capacità di ascolto, oltre la separazione dei ruoli. Emerge poi, spesso, il vissuto di essere insieme contro l'ingiustizia e quindi dalla parte del paziente, della sua sofferenza, anche se questo, ovviamente, non è retaggio esclusivo delle sinistre, ma lo è invece l'orientamento a modificare i problemi con interventi strutturali anziché con atteggiamenti assistenziali, caritatevoli e umanitaristici fine a se stessi.

L'estrazione di sinistra tende anche a determinare le modalità di decodificazione del reale, della sofferenza, dell'esclusione, legandole alla situazione di classe sentita come determinante.

Anche se questo aspetto va approfondito, il nostro metodo di valutare le gerarchie delle contraddizioni e delle cause per spiegare i fenomeni ci sembra profondamente diverso da quello della psicanalisi.

La nostra indagine, il nostro ascolto, dopo aver valutato le condizioni di classe, pone particolare attenzione alla situazione lavorativa e sociale con le sue contraddizioni, i suoi livelli di nocività, le ideologie, la falsa coscienza.

Questi aspetti sono per noi altrettanto importanti della situazione familiare, con le sue contraddizioni. Le cause esterne, dirette, concrete, come emigrazione, tipo di lavoro, abitazione, pendolarità, disgregazione sociale, ecc. hanno a nostro avviso un livello di incidenza pari, se non superiore, alla situazione infantile individuale del soggetto, che comunque sempre, in modo più o meno diretto, è condizionata dalla storia delle contraddizioni sociali che cerchiamo di capire e contrastare nei loro effetti distruttivi su singoli individui concreti.

Anche per questo il sintomo ci sembra essere una derivazione di conflitti di classe, anche se ovviamente a livello di rapporto accettiamo tutte le mediazioni individuali necessarie, e i livelli di coscienza possibile, per cercare di diminuire la sofferenza dell'utente, aiutati in questo anche dall'empatia di classe che le nostre scelte politiche e il ruolo responsabile degli infermieri favoriscono.

Inoltre dato che spesso la crisi esprime l'unica possibilità conflittuale di crescita per il soggetto, ci sembra molto utile coglierla in questa luce, nei suoi aspetti dinamici, anziché stigmatizzarla come follia secondo codici tradizionali.

Per capirla e tentare di risolverla è necessario vederla in rapporto alla situazione di potere

del soggetto, alle aspettative e conflitti legati al suo ruolo e al dispiegarsi della colpa indotta in lui.

In questo modo collegando la storia individuale alla situazione reale e alle sue ideologie è possibile distinguere quanta parte abbiano le ideologie stesse nel determinare sofferenza e in che modo esse interferiscano nel rapporto tra linea avanzata e linea arretrata la cui conflittualità esasperata è sempre presente in ogni crisi. (5) Muovendosi in questo modo è così possibile sia cogliere gli aspetti di critica collettiva che ogni crisi contiene, sia gli elementi irrisolti che indica come progetto da seguire in futuro.

### L'importanza delle verifiche

Tornando ora alle domande che ci siamo posti, oltre a un'estrazione maggioritaria di sinistra, determinante ci sembra l'omogeneizzazione emersa dal lavoro di questi anni e imperniata sia sul costante lavoro fianco a fianco tra operatori, nel processo di deistituzionalizzazione, sia alle continue verifiche pratico-teoriche.

Di fatto nel nostro lavoro non sembrano emergere grosse contraddizioni tra operatori nel rapporto che stabiliamo con l'utente, problemi anche grossi emergono invece in momenti di verifica specialmente per quanto riguarda orientamenti organizzativi generali. Forse questa "comunanza" di intervento tra operatori che quasi miracolosamente si crea in ogni rapporto con singole situazioni è dovuta anche al fatto che nel lavoro gli operatori si scelgono, per quanto possibile, secondo affinità di carattere, complementarietà, simpatia, vicinanza della loro visione del mondo. Di fatto, poi, la possibilità di lavorare insieme è direttamente proporzionale alla elasticità dei singoli operatori, come capacità di accettare punti di vista diversi dai propri. Questa elasticità è tanto maggiore quanto più si riferisce al ruolo, quanto più cioè l'operatore si pone verso l'altro come essere umano disposto all'aiuto e non essenzialmente come infermiere, psichiatra, obiettore, volontario, assistente sociale, psicoanalista.

Spesso la rigidità legata al ruolo è infatti espressione di ripetitività, incapacità a stare con l'altro secondo modalità aperte, paura a farsi mettere in questione.

In questo caso possono prevalere momenti di aggressività, incompiutezza, invidia, manipolazione che ledono il rapporto con l'utente, e che però una volta verificati permettono di avere precise indicazioni circa le persone con cui si lavora meglio e quindi favorire momenti di crescita dell'équipe attraverso il confronto.

Sono proprio le verifiche, infatti, che omogeneizzano il lavoro, che fanno saltare vecchie separazioni, all'interno di una pratica che facendoci correre gli stessi rischi ci permette di condividere la gioia dei successi e la frustrazione per i nostri fallimenti.

Anche per questo esiste nell'équipe la possibilità di chiedere aiuto senza sentire questo come umiliante, di ricorrere cioè a un collettivo reale disposto a rispondere. Sono questi i momenti che indicano la presenza di isole di partecipazione paritaria, insieme a momenti in cui i dislivelli di potere incidono invece pesantemente.

Le verifiche permettono comunque l'esplicitazione di questi conflitti, il confronto di linee, e, soprattutto, mitigando l'ansia individuale attraverso una visione collettiva dei problemi, offrono una certa garanzia rispetto a reazioni controtransferali, dettate cioè essenzialmente da problemi dei singoli operatori.

E se fosse il gruppo ad avere verso singoli casi un atteggiamento globalmente sbagliato? In questi casi è la realtà a farci la verifica, basta essere abbastanza accorti, o umili, per co-

gliarne i massaggi cercando di non sfuggire alle proprie responsabilità.

Soggettività e oggettività hanno così modo di incontrarsi e di scontrarsi in una condizione che, quando l'équipe funziona, ci sembra dialettica. Ovviamente questo si riferisce ai momenti migliori in cui non ci sono eccessivi problemi legati ai più diversi fattori: insoddisfazione personale eccessiva, progetti diversi, cambiamenti di zona, richieste corporative, oggettivi problemi sindacali, ecc.

In questi casi, purtroppo l'équipe si trasforma in una palestra in cui prevalgono manipolazioni di vario tipo, faziosità, aggressioni, distruttività, disinteresse per i problemi reali dei pazienti. Per fortuna queste situazioni non sono di solito di lunga durata, infatti, anche se all'interno ognuno mantiene i suoi livelli di potere, di capacità, e anche il diritto a reagire irrazionalmente, è in ultima analisi, come si accennava prima, la realtà, la globalità dell'intervento, che verifica l'operato di ognuno. Rispetto ai successi e agli insuccessi ottenuti lo spazio manovra per eventuali manipolazioni o interpretazioni di parte non è infinito, ma inversamente proporzionale alla redistribuzione di potere, sul quale crescono poi la maturità e la responsabilizzazione di ognuno di noi.

Questi aspetti di crescita, le contraddizioni incontrate, le finalità collettive che stanno alla base di quanto affermato fin'ora, ci sembrano elementi caratterizzati della pratica di psichiatria democratica di cui facciamo parte, e ci sembrano totalmente diversi dal tipo di verifica fatta dagli analisti tra di loro come pure da altre verifiche calate dall'alto su operatori di cui non si condividono né difficoltà né le responsabilità di gestione.

### Conclusioni

Come si può vedere, data la complessità del lavoro, molti dei parametri analitici non sono esportabili nei servizi pubblici sia perché sono inadeguati sia per la complessità dei modelli e delle interazioni presenti.

Questo ovviamente non ci porta a sottovalutare il metodo analitico anche se lo teniamo nel crogiuolo di una costante critica.

Infatti non criticiamo tanto le conoscenze analitiche quanto la pratica degli analisti, quasi esclusivamente assorbita dalla professione privata.

Come mai succede infatti che appena una persona è analizzata e comincia a saperne abbastanza tende ad abbandonare la professione pubblica per ritirarsi in uno studio privato?

E come mai gli analisti che fanno il doppio lavoro non sembrano essere nei servizi pubblici coinvolti con i pazienti come gli psichiatri e gli psicologi che esercitano invece a tempo pieno?

Sono domande come queste che ci lasciano perplessi sull'aumento di richiesta di psicanalisi che se da un lato risponde a bisogni profondi come la mancanza di introspezione, silenzio, irrazionalità, nella nostra società tutta tesa a conquistare il mondo esterno, da un altro ripropongo modelli mercantili individualistici in contrasto con le speranze di alternative collettive che sono maturate in questi anni.

Il discorso si farebbe lungo e non rientra nei fini che ci siamo posti, comunque tornando al nostro tema riteniamo che sia necessaria una integrazione tra psicanalisi e Psichiatria Democratica, (6) a patto che questa parta da operatori che si confrontano con la nostra realtà dimostrando di averla capita o che almeno dimostrino di coglierne la complessità e i problemi, insieme al ruolo svolto in questi anni, prima di condannarla, spesso acriti-

camente, o facendo di ogni erba un fascio, per una operatività che non sfiora le contraddizioni che quotidianamente ci troviamo ad affrontare nei servizi pubblici.

Firenze, maggio 1979

(1) Questa relazione è stata letta e discussa al convegno organizzato dal gruppo Psicoterapia Critica di Milano nel maggio 1979.

Alla stesura hanno collaborato il prof. Alberto Parrini, la dott. Giuliana Archi, il dr. Volfango Lusetti, oltre a Giuseppe Carano e Giacomo Bellagamba.

(2) Vedi: 'Psicanalisi e proletariato' in *Psicanalisi e classi sociali*, Editori Riuniti, Roma, 1978.

(3) Per approfondire l'esperienza della nostra équipe che opera al IV Reparto Misto dell'O.P. San Salvi di Firenze, Consorzio Sociosanitario 36, Prato Sud, vedi: Equipe del IV Reparto misto *La norma infranta*, a cura di Alberto Parrini, Guaraldi, Firenze 1979

(4) Gli estensori della presente relazione, un analista e due infermieri, hanno approfondito questi temi anche utilizzando la loro esperienza di psicoterapie individuali nei servizi pubblici portate avanti al Centro sociale del SUNIA del Villaggio Gescal di Prato Sud dove lavorano in coppia con singoli pazienti.

(5) Un contributo collettivo che approfondisce teoricamente i temi fondamentali di Psichiatria Democratica è contenuto nel N° 50 dei Fogli di Informazione: "Psichiatria e ricerca scientifica".

(6) Aspetti diversi del conflitto tra linea arretrata e linea avanzata per quanto riguarda i sogni, problemi familiari, istituzionali ecc. sono trattati anche nel libro di P. Tranchina: *Norma e Antinorma*, esperienze di psicanalisi e di lotte antistituzionali, Feltrinelli, Milano 1979.

## programma di ricerca sulle istituzioni psichitriche della provincia di Mantova. l'origine del manicomio

Giovanni Rossi, Luigi Benevelli

### Perchè una ricerca di storia dell'istituzione manicomiale

Noi crediamo che il *primum movens* che ci ha spinto a costituire un gruppo di ricerca storica (1) vada ricondotto alla situazione generale in cui gli psichiatri italiani si sono venuti a trovare, negli ultimi anni, operando al fine di abolire i manicomi, la legge Giolitti del 1904 e tendendo verso una psichiatria alternativa e un nuovo stile di lavoro. La necessità di concretizzare in una nuova pratica due decenni di lotte al manicomio, di soddisfare le richieste di consulenza legislativa, di dire in quali strutture collocare i servizi di salute mentale, ci hanno indotto a riflettere su quei momenti della storia in cui si sono verificate analoghe condizioni di cambiamento, (va ricordato che il nuovo approccio storiografico ha determinato il superamento della vecchia concezione della storia della follia in termini di continuum storico (2) come se lo stesso concetto di folle non fosse storicamente variante (3). Tali condizioni di cambiamento sono utili al fine di definire le periodizzazioni storiche in cui inquadrare il problema della follia. (4). Tra le periodizzazioni quella che pare essere la principale, distingue tra un periodo pre-scientifico ed uno "scientifico". Quest'ultima, in Italia va collocata attorno alla metà del secolo scorso (5), nonostante, che, sul piano legislativo, divenga concreta solo nel 1904; il ritardo legislativo è testimoniato dal fatto che tale legge si rifà a quella francese del 1838. (6) La "rivoluzione scientifica" per essere interpretata va collocata, seppur brevemente, all'interno dei processi economici, politici e sociali innescati dalla rivoluzione industriale. L'unità d'Italia, tramite lo sviluppo della rete ferroviaria e stradale, l'omogeneizzazione delle tariffe doganali, la separazione tra agricoltura ed industria (lino, canapa, seta) diviene il presupposto politico attraverso il quale si costituisce il mercato nazionale. (7) Lo sviluppo industriale presenta, soprattutto, due caratteri che ci riguardano: l'estesa comparsa della manodopera di riserva (sia nelle città che nelle campagne), e l'inizio di una politica assistenziale da parte della borghesia industriale e commerciale, che diventerà progressivamente, in rapporto all'accresciuto peso di questi strati sociali, la politica dello stato unitario. Questo insieme generale di fattori è all'origine del costituirsi della psichiatria come scienza.

Vi sono, però, fattori economici ed ideologici che rallentano anche la "rivoluzione psichiatrica" (8). Fra i primi si può ricordare l'opposizione della rendita agraria e fondiaria alla politica assistenziale (9), (a questa rendita compete in massima parte il sostegno del bilancio delle Amministrazioni Provinciali); al secondo punto "un peso notevole... ha il diffuso pregiudizio ideologico, l'ostilità ad una disciplina scientifica nuova, la psichia-

tria, che si presenta con caratteristiche profondamente innovatrici e che invade un terreno egemonizzato, in passato, dall'etica, dalla religione, dal diritto" (10). Il manicomio si pone al centro di ogni riflessione di questa nuova scienza; gli psichiatri italiani sono in primo luogo direttori di manicomio e solo in conseguenza della fama acquisita in quell'ambito entrano nel mondo accademico ed universitario (11). Prima di approfondire il ragionamento sul campo locale della ricerca, occorre che ci soffermiamo su un secondo nucleo di questioni che stanno alla base della costituzione del gruppo di ricerca. Da un lato abbiamo l'interesse degli psichiatri a comprendere le ragioni storiche del costituirsi di una scienza ormai vecchia come presupposto ad ogni nuovo progetto (12), a comprendere i meccanismi che hanno determinato ed articolato la progressiva separazione della "scienza psichiatrica" dalla realtà quotidiana della follia. Si tratta di ripercorrere all'inverso il cammino che portò la psichiatria, dall'impegno politico-sociale del primo periodo post-unitario (influenzato dagli ideali della rivoluzione francese, di Mazzini e Garibaldi) a porsi, raggiunto nei primi decenni del 1900 un suo statuto scientifico, come strumento di studio e modifica di oggettivi fenomeni della natura - concezione medica dell'uomo come natura - (Si trattò di un esempio di subalternità ideologica che oggi si vuole evitare di ripetere, anche conoscendone a fondo le ragioni storiche (13). Quanto esposto fin qui si scontra con l'arretratezza della storiografia riguardo alla psichiatria italiana. Sino a questo montare di interesse lo schema storico più recente e completo era quello del Ferrio, già ricordato, che diventa oggi inaccettabile. Un lavoro di sintesi, analogo a quello che Dorner ha compiuto per Francia, Germania e Inghilterra, non è stato sinora possibile per la mancanza di una bibliografia adeguata cui attingere; manca infatti, il contributo della ricerca storica locale, che è l'unica in grado di fornire la quantità di notizie da cui può originare la sintesi della grande storia. (14) Da un'altra sponda l'interesse per i problemi della salute, delle condizioni delle abitazioni, della alimentazione si è andato diffondendo tra gli storici, aprendo un interessante prospettiva di lavoro interdisciplinare.

### Campo della ricerca

Definiamo ora il campo della ricerca da un punto di vista temporale e spaziale. Quest'ultimo è costituito dal periodo storico (1859-1918) in cui viene definendosi, a Mantova, la questione del manicomio provinciale, fino alla sua costruzione (15) così da cogliere in questa zona di confine (ricordiamo che nel 1859 il confine del regno subaudo è delimitato dal Mincio sino alla sua confluenza nel Po, dividendo in due il mantovano), le ragioni particolari e/o generali del costituirsi di una scienza, di una tecnica, di una legge che ne sancisce lo statuto formale, per seguirne poi, l'evoluzione/involuzione negli anni del rapporto con la realtà, naturale o sociale. A questo fine l'opera di A. Sacchi, mantovano, garibaldino, mazziniano e direttore del manicomio di Mantova, risulta estremamente utile per dimostrare i limiti di una scienza che, pur mantenendo un certo legame con la realtà — legame peraltro perduto negli anni successivi — che consente di riconoscere nella pellagra "il male della miseria" (16) ponendosi con ciò in contrasto con la maggior parte della comunità scientifica e in particolare con C. Lombroso (17), non è in grado di cogliere la subalternità della lotta per la costruzione del manicomio provinciale alle necessità di sviluppo della nuova classe dominante.

Per arrivare alla definizione dei temi della ricerca sono state condotte alcune indagini preliminari ed una verifica del materiale e delle fonti disponibili. Ne esponiamo, qui di seguito, in sintesi, gli aspetti più significativi.

### Il periodo pre-scientifico

La prima iniziativa per coordinare l'attività di assistenza ai malati svolta da parecchi istituti ed "ospedali retti dalle varie congregazioni religiose si deve a Ludovico Gonzaga (18), che fece edificare a partire dal 1450 l'Ospedale Grande di Mantova su progetto di Luca Fancelli (19). Questo ospedale si presentò immediatamente come un contenitore di persone bisognose, dove con spirito caritatevole si elargiva un minimo di assistenza (vitto ed alloggio) e di cure mediche (20). Era necessario dimostrare la propria povertà per essere accettati (21).

È possibile ritenere che dementi non indemoniati o pazzi tranquilli vi venissero alloggiati fin dai primi anni (22).

Altri "contenitori" per i pazzi agitati, descritti come indemoniati o streghe, erano, invece, le carceri (23). Solo nel 1756 (24) si hanno i primi documenti che attestano il ricovero di pazzi furiosi. I "posti per i pazzi" non dovevano essere molti se il clinico P. Frank il 29 giugno 1790 poteva scrivere che esistevano, "in parecchi reparti si medici che chirurgici, delle piccole stanzette contenenti pazzi e che nei reparti delle donne eravi un luogo lungo e stretto contenente sei letti per le pazze".

Nel 1811 l'ospedale fu trasferito nell'ex convento di S. Orsola. Nel 1818, dopo aver constatato che le strutture esistenti erano più atte ad "alimentare l'infelice condizione" (25) che a guarirla, viene per la prima volta sollecitata la costituzione di un reparto maniaci. Nel 1830 esiste una "pazzeria" che si compone per gli uomini, ed in modo analogo per le donne, di una saletta per i "veri maniaci", una per i "melanconici", ed una terza per i "convalescenti"; a queste si aggiungeva qualche camerino per i casi di riguardo (26). La questione viene lasciata in sospeso sin dopo l'unità d'Italia, quando esploderà messa in stretto rapporto con la pellagra.

### La frenosi pellegrina (27)

L'Amministrazione Provinciale di Mantova affronta attorno al 1870, non a caso contemporaneamente, due questioni. Nel 1872 costituisce una commissione che proponga soluzioni per la sistemazione dei maniaci; ed è del 1875 l'istituzione della "Commissione Provinciale sulla Pellagra". Relatore di quest'ultima fu A. Sacchi che, nel marzo 1878, consegnò il risultato dell'indagine, sotto la dicitura "La pellagra in provincia di Mantova" (28). Questo scritto superò, in realtà, i confini stabiliti dal titolo, ed ebbe risonanza nazionale; la provincia di Mantova, per le soluzioni adottate in conseguenza alle proposte di Sacchi, fu giudicata all'avanguardia nella lotta contro la pellagra (29) ed il valore scientifico di quello studio venne riconosciuto seppur involontariamente, dallo stesso Lombroso, il quale, nel 1899 citò "un gruppo di filantropi e scienziati mantovani" (30) come uno dei due suoi più accaniti avversari. La pellagra in provincia di Mantova si era diffusa alla fine del 1700, ed era esplosa nella prima metà del secolo successivo. Nel 1830 i pellagrosi censiti rappresentavano l'8,44% della popolazione (divennero il

10,26% nel 1856, per stabilizzarsi, nel numero, ma diminuire in percentuale, negli anni tra il 1870 e '80 (31).

A partire dal 1860 si assiste, frattanto, ad un aumento notevole dei ricoveri in manicomio (32), in gran parte per frenosi pellagrosa. Il massimo si raggiunse nel decennio 1871-80 quando i ricoveri per frenosi pellagrosa, in numero di 1715, costituirono il 59,19% di tutti i ricoveri (33). La pellagra, dunque, riempie il manicomio ed obbliga ad affrontare la questione di un ampliamento di quest'ultimo. Va però notato che per quanto riguarda Mantova, attraverso la Commissione Provinciale Permanente e le sue ramificazioni nei comuni, si intraprese un intervento decentrato, in particolare con l'istituzione di cucine popolari. Da queste veniva distribuito cibo, il più abbondante e vario possibile, a coloro che erano riconosciuti come pellagrosi (34). Nei decenni successivi il numero dei pellagrosi subì un calo progressivo (35) e si stabilizzò attorno ai 100 ricoveri annui, fino al 1910.

A conferma del legame con la pellagra, anche il numero generale dei ricoveri diminuisce a partire dagli stessi anni (36). Il manicomio troverà nuovi motivi di ampliamento nell'accresciuto numero di frenosi alcoliche e di frenasteniche (37); nel frattempo si andrà approfondendo il suo distacco dalla società esterna (38).

La pellagra, anche nel mantovano, scomparirà con la prima guerra mondiale, venti anni prima che venga sintetizzata la vitamina P.P.

#### Le fonti

L'analisi delle fonti disponibili ci ha portato a rinvenire l'intero archivio del reparto maniaci (poi manicomio) composto da circa 8000 cartelle cliniche che vanno dal 1847 al 1919, e da alcuni libri di dati relativi alla gestione economica. Questo materiale, per il quale è in corso l'opera di ordinamento e schedatura, costituisce la fonte principale e più suggestiva.

Abbiamo avuto, poi, a disposizione presso l'archivio della Amministrazione provinciale, gli atti del dibattito col quale la deputazione provinciale affrontò a più riprese il problema della gestione della follia e della costruzione del nuovo manicomio (39).

Una terza fonte è costituita dai giornali quotidiani e periodici locali (40) per le notizie che riguardano atti di follia, dibattito politico-culturale e descrizione delle condizioni del manicomio. Infine fonti bibliografiche vengono ricercate per quanto concerne i seguenti temi:

— Scritti di medici e psichiatrici che descrivano le condizioni dell'igiene della provincia di Mantova e nel manicomio (per quest'ultimo anche gli aspetti di patologia, diagnosi e terapia).

— Scritti sulle condizioni socio-economiche della provincia di Mantova con particolare riferimento alle condizioni dell'alimentazione, delle abitazioni, dell'ambiente di lavoro.

— Scritti sulla storia politica e civile della provincia di Mantova.

— Scritti relativi al dibattito nazionale che si svolse tra gli psichiatri nella seconda metà del secolo scorso, con particolare riguardo a quegli autori che hanno influenzato la psichiatria a Mantova.

— Scritti dei direttori del manicomio di Mantova.

— Scritti di storia "tradizionale" della psichiatria.

— Scritti di riferimento per una nuova metodologia della ricerca storiografica.

#### Ipotesi della ricerca: temi

L'ipotesi generale della ricerca ritiene che la follia sia una categoria variamente definita nel corso della storia, per la qual cosa non sono in essa unificabili, in termini di patologia, comportamenti ad essa assimilati nelle varie epoche (41) (occorre una disaggregazione di questa categoria nella realtà storica). Per il periodo preso in esame ci siamo chiesti: quali sono le concezioni (senso comune, ideologie, paradigmi scientifici) che nella società della rivoluzione industriale portano, a porre prima, ed a risolvere poi, in termini di scienza (medica) la questione delle alienazioni mentali? Quali i comportamenti segreganti che si manifestano in questo periodo? In che modo si organizzano le istituzioni? Queste questioni possono trovare una loro definizione attraverso lo sviluppo dei seguenti temi di ricerca:

1 - LE CLASSI SOCIALI SUBALTERNE RIEMPIONO I MANICOMI. Attraverso i dati di archivio è possibile correlare l'afflusso dei ricoverati (provenienza e professione) ai momenti di organizzazione del lavoro, ai movimenti di migrazione interni alla provincia, ai fenomeni di inurbamento, al nesso tra civiltà ed alienazione mentale.

2 - LE CONDIZIONI DI ESISTENZA DESUNTE DALLE STORIE CLINICHE. I medici invianti, i medici condotti, mostrano spesso una minuziosa attenzione nel descrivere le caratteristiche della vita (lavoro, vitto, abitazione, svaghi, usanze popolari di cura) dei loro assistiti. Con ciò compiono fedelmente il loro dovere di funzionari del nuovo stato; alcuni vanno oltre ed arrivano ad un cosciente impegno civile.

3 - SENSO COMUNE E FORMULAZIONI SCIENTIFICHE. In che modo il senso comune, dedotto dai racconti (cronache dei giornali locali circa fatti di follia, lettere dei parenti, relazioni dei medici condotti) viene trasformato dai medici del manicomio in diagnosi, classificazione oggettiva; in senso inverso in che modo si determina la penetrazione della cultura "oggettiva" dei medici-borghesi nelle classi subalterne.

4 - L'EVOLUZIONE DELLO SCHEMA NOSOGRAFICO. La nosografia, inizialmente influenzata dalla cultura illuministica francese, passa, poi, sotto l'influenza della cultura tedesca e del positivismo. In che modo questo cambiamento nosografico esprime il distacco dalla realtà del sociale e l'acquisizione dello statuto di scienza neutra?

5 - LA QUESTIONE DELLA TECNICA SPECIFICA: IL MANICOMIO. Mantova ebbe un suo manicomio solo nel 1929. Il dibattito sui criteri da adottare nella costruzione, iniziato nel 1866, risente di tutta l'evoluzione della tecnica psichiatrica. È possibile cogliere nella pianta definitiva del manicomio tutta la concezione segregante cui arrivò il dibattito tra gli psichiatri (si veda la nota 15).

6 - LA CURA E LA CUSTODIA. Attraverso quali prescrizioni di cura, mutate il più delle volte dai reparti medici, si giustifica la funzione custodialistica? È possibile distinguere, anche per i presidi di cura, una fase risorgimentale-umanitaria da una, successiva, positivo-organicista?

7 - IL DIRETTORE DEL MANICOMIO. FUNZIONARIO ORGANICO DELLO STATO UNITARIO? Attraverso la attività pubblica e pubblicistica del direttore; la sua attività organizzativa dell'ospedale, è possibile cogliere l'evoluzione dello stato unitario in stato della borghesia per metà imprenditoriale, per metà fondiaria. È possibile, come propone Slavich (42), cogliere nelle figure dei direttori che si susseguirono a Mantova il passaggio dall'"utopia liberale" (A. Sacchi, M. Panizza) alla "autorità dello stato" (L. Oliva, A. Trossarelli)?

- (1) Il gruppo di ricerca è composto da Fabrizio Gobbio Casali, archivistica consulente, Maurizio Gobetto, medico, Giancarlo Remelli, psicologo, e da Luigi Benevelli e Giovanni Rossi, psichiatri presso l'O.P. di Mantova.
- (2) C. Ferrio, *La psiche e i nervi*, UTET, 1948.
- (3) F. Giacanelli, *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, e A. Caracciolo, *Indicazioni metodologiche*, stanno in *Storia della sanità in Italia*, Il Pensiero Scientifico, 1978.
- (4) T.S. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, 1978.
- (5) La storiografia tradizionale anticipa questa data alla fine del XVII secolo allorché V. Chiarugi riformò, da solitario, l'ospedale di Firenze. (C. Ferrio, op. cit.)
- (6) F. Stock, *Follia e storia; note sulla rivoluzione psichiatrica in Italia*, sta in "Fogli di informazione", n. 50, ottobre 1978.
- (7) E. Sereni, *Il capitalismo nelle campagne*, Einaudi, 1968.
- (8) F. Stock, La politica psichiatrica, sta in *Storia della sanità in Italia*, Il Pensiero Scientifico, 1978.
- (9) E. Sereni, op. cit., a pag. 47 evidenzia il peso di questi ceti attraverso l'entità delle imposte dirette secondo la natura e la quota dell'imposta pagata per il 1879; da questi dati risulta che i contribuentiper la ricchezza mobile sono in totale 563, mentre 6176 sono i contribuenti per l'imposta fondiaria.
- (10) F. Stock, *La politica psichiatrica*, cit.
- (11) Si vedano le biografie degli psichiatri italiani contenute in C. Ferrio, op. cit., e F. Giacanelli, *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, introduzione a K. Dorner, *Il borghese e il folle*, Laterza, 1975.
- (12) A. Slavich e altri, *Leggere la psichiatria nella storia; non scivere una storia della psichiatria*, sta in *Storia della sanità in Italia*, Il Pensiero Scientifico, 1978.
- (13) F. Stock, *La politica psichiatrica*, cit., a pag. 256 l'autore ricorda che la legge del 1904 fu votata da tutta la sinistra, compreso il Gruppo Socialista; inoltre del movimento che nel 1873 porta alla costituzione della Società Freniatria Italiana molti come Verga, Biffi, Tamburini provenivano dal partito d'azione, dalle lotte risorgimentali, altri, come C. Lombroso, si avvicinarono, sul finire del secolo, al socialismo. Stock ritiene che "l'aspetto centrale di questa subalternità sia costituito dall'incapacità di distinguere tra lo sviluppo capitalistico, e quindi la realtà dello sfruttamento e della miseria, ed il progresso del pensiero scientifico e delle conquiste sociali".
- (14) Il contributo della ricerca storica locale è stato sollecitato anche da F. Della Peruta in una conferenza tenuta a Mantova il 6/7/78.
- (15) Il manicomio fu costruito tra gli ultimi; inaugurato nel 1929, la sua pianta costituisce un esempio del manicomio "ideale" secondo la ricerca degli psichiatri. Si struttura su due assi. Quello perpendicolare all'ingresso divide i padiglioni maschili da quelli femminili. Su quelli trasversali si collocano in progressione dall'ingresso: i locali amministrativi e le abitazioni dei medici, i villini per paganti (non costruiti), i reparti agitati, quelli semiagitati, i reparti per tranquilli, quelli per lavoratori, ed in fondo il servizio necroscopico, quasi a ridosso del cimitero municipale.
- (16) A. Sacchi, *La pellagra nella provincia di Mantova*, ristampa a cura di R. Salvadori, Tip. Operaia, Mantova, 1967.
- (17) H. Terzian, *La salute, obiettivo impossibile degli oppressi, da Lombroso agli scienziati odierni*, sta ne "Il Manifesto", settimo supplemento mensile del maggio 1978. In questo articolo Terzian, proprio riferendosi alla pellagra, denuncia il metodo, al di fuori di ogni logica, con cui Lombroso prima recepisce le affermazioni dell'avversario, poi le considera "idea preconcepita, un pregiudizio", ed infine le nega.
- (18) A. Zanca, *Appunti per una storia dell'ospedale di Mantova*, sta ne "Il Garom", novembre 1969.
- (19) E. Marani, *Mantova-Le arti*, vol. II, Istituto D'Arco, Mantova 1961.
- (20) *Gli ordini dell'Hospital Grande di Mantova in Mantova*, G. Ruffinello stam., Mantova, 1586. Apprendiamo da questo scritto, che i medici venivano una volta al giorno in ospedale "a meno che particolari infermi gravi li facciano venire due volte al giorno"; gli infermieri dovevano fondamentalmente apparecchiare le tavole e distribuire il cibo secondo le prescrizioni del medico, confortando il ricoverato e "abbracciandolo in carità".
- (21) Gli Ordini ecc., op. cit.
- (22) A. Trossarelli, *L'assistenza agli alienati nella provincia di Mantova*, sta in "Note e riviste di psichiatria", n. 3, Pesaro 1923.
- A sua volta Trossarelli cita Biffi 1878, Tamburini 1918.
- (23) Sacerdote Zanino, *Sulle origini delle istituzioni di beneficenza nel Comune di Mantova*, tip. Negretti, Mantova, 1832. L'autore trascrive una richiesta di rilascio in data 1642 perché "quattro indemoniati trouandosi nelle carceri del Comune di Mantova haueano ritrouata la ragione".
- Lo storico Mambrino fu testimone oculare il 9 gennaio 1630 della scoperta di una "schola di stregoni", citato

- da Trossarelli, op. cit.
- (24) A. Trossarelli, op. cit.
- (25) *Piano provvisorio per l'assistenza e custodia dei pazzi accolti nell'Ospedale di Mantova*, Mantova 1818.
- (26) *Regolamento per l'ospedale civile di Mantova*, Mantova 1830.
- (27) Questo paragrafo fa riferimento ai dati esposti da M. Gobetto nella sua tesi di laurea *Il costituirsi della psichiatria come scienza. Dati epidemiologici sulla "questione della pellagra" nel mantovano nel periodo 1840-1920*, Università di Padova, sede di Verona, 1978.
- (28) La prima edizione è nel 1878. Ristampa nel 1967, cit.
- (29) L. Devoto, *Mantova maestra e vittoriosa nella liberazione d'Italia dalla Pellagra*, sta in "La medicina del lavoro", 1927.
- (30) C. Lombroso, *Prefazione* a C. Bonservizi, *Inchiesta sulla pellagra in provincia di Mantova*. Mantova 1899.
- (31) I dati sono tratti da A. Sacchi, cit. Per quanto riguarda il decennio 70-80, il Sacchi individua nel 1875 2000 pellagrosi su una popolazione di 288942 (censimento del 1871) pari al 6,92%.
- (32) Numero dei ricoverati nella sezione maniaci (poi nel manicomio) al primo dell'anno: 6 (1810), 15 (1820), 16 (1830), 28 (1840), 28 (1850), 74 (1860), 120 (1870), 118 (1880), 169 (1890), 206 (1900), 304 (1910); S. Magrini (a cura), *Per l'istituzione di un manicomio provinciale, tip. Mondovì, Mantova 1912*.
- (33) S. Magrini, op. cit.
- (34) *La proposta di A. Sacchi era stata, in realtà, più ampia; aveva, infatti, proposto che i proprietari terrieri cedessero un decimo delle loro proprietà, in modo da costituire poderi di 1 o 2 ettari, per tentare di risolvere alla radice il problema dei disobbligati, oltre che dei piccoli proprietari, che vivevano non moldo diversamente dai primi*.
- (35) Ricoveri per frenosi pellagrosa: 1263 (44,17% di tutti i ricoveri) nel decennio 81-90; 958 (35,96%) nel decennio successivo; 395 (18,36%) nel primo decennio del 1900. S. Magrini, cit. Ricordiamo l'andamento generale della popolazione: cens. 1971 - 288942, cens. 81 - 295728, cens. 1901 - 311942, cens. 911 - 349084.
- (36) Totale ricoveri per decennio: 2914 (1871-80), 2859 (81-90), 2664 (91-1900), 2151 (900-910). S. Magrini op. cit.
- (37) Ricoveri per frenosi alcolica 56 (71-80), 90 (81-90), 134 (91-1900), 134 (901-910); per frenastenie (comprendono, manie, monomanie, melanconia, pazzia morale e circolare): 59 (71-80), 83 (81-90), 132 (91-1900), 223 (901-910). S. Magrini, cit.
- (38) I tempi di degenza si allungarono notevolmente: 1884 = 111, 8 giorni per ricoverato; 1887 = 133,2; 1907 = 206,4. S. Magrini, cit.
- (39) Commissioni della deputazione provinciale funzionarono nel 1873, 1887, 1900, 1901, 1907, 1910.
- (40) Giornali stampati a Mantova nel secolo scorso: *La Gazzetta di Mantova*; *La Favilla*; *Il Promotore*; *L'indicatore mantovano*; *La nuova Mantova*; *La federazione operaia*; *La Provincia di Mantova*; *Il Pellagroso*; *La libera parola*.
- (41) F. Giacanelli, *Per una storia sociale ecc.*, cit. L'autore cita ad esempio, baccanali e lupercali (età romana), vampirismo, tarantismo delle popolazioni meridionali, revivals religiosi irlandesi ed americani di fine secolo.
- (42) A. Slavich e altri, cit.

# i primi sei mesi di applicazione della legge di riforma della assistenza psichiatrica nel consorzio Verona-sud (\*)

Michele Tansella e Urazio Sicuani

## 1. Premessa

La Giunta Regionale Veneta, con deliberazione No. 6704 del 27.6.1978 ha recepito la Legge 180/78 ed ha emanato le prime disposizioni per la sua applicazione. Com'è noto la suddetta legge è stata successivamente inglobata, con piccole modifiche, nella legge 23.12.1978 No. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale".

L'orientamento generale espresso dalla Regione nello scorso giugno è stato quello di pre-figurare la collocazione di una équipe psichiatrica in ogni area comprensoriale (in genere nel Veneto il comprensorio coincide con il consorzio socio-sanitario), fatta eccezione per i capoluoghi di provincia per i quali, essendo i rispettivi comprensori suddivisi in più consorzi, sono previste più équipes psichiatriche.

Nell'attuazione a breve termine della legge la Regione Veneto ha tuttavia deciso di attivare solo il 50% delle équipes previste, dando ad ogni équipe la gestione di un servizio ospedaliero di diagnosi e cura di 15 letti (il massimo cioè del numero di letti previsto dalla legge). Per quanto riguarda la provincia di Verona è stata prevista pertanto l'attivazione "preliminare" di 6 servizi psichiatrici.

Di fatto a tutt'oggi "funzionano" solo 4 dei 6 servizi ed il funzionamento almeno per 3 di essi riguarda, a quanto ci risulta, solo l'attività di diagnosi e cura all'interno dell'ospedale civile. In altri termini, a quasi sette mesi dall'entrata in vigore della legge, appare chiaro che, per quanto riguarda la provincia di Verona, non solo esiste un forte ritardo nella applicazione della legge ma, fatto più preoccupante, esiste la tendenza ad uno stravolgimento dello spirito che la ispira, cioè la tendenza a privilegiare il momento ospedaliero rispetto all'intervento territoriale. I due servizi psichiatrici funzionanti a Verona presso l'Ospedale di Borgo Trento con personale trasferito dall'O.P. svolgono esclusivamente attività ospedaliera all'interno di reparti chiusi e gestiti con criteri custodialistici e tipicamente manicomiali. Il terzo servizio, attivato presso l'Ospedale di Zevio utilizzando il personale medico e paramedico della divisione neuropsichiatrica, svolge quasi esclusivamente attività all'interno dell'ospedale con qualche sporadico intervento territoriale.

Scopo di questo intervento è sintetizzare l'attività svolta finora dal quarto servizio, attivato presso la clinica psichiatrica universitaria (Ospedale di Borgo Roma) utilizzando il personale medico e paramedico (universitario ed ospedaliero) della clinica stessa. Il territorio servito da questa équipe, secondo quanto deliberato dalla Giunta Regionale, è il consorzio Verona-Sud appartenente al comprensorio No. 28.

## 2. Il consorzio Verona-Sud

Il Consorzio Verona-Sud comprende tre quartieri della città (Borgo Roma, S. Lucia e Golosine) ed una frazione (Cadidavid). La popolazione residente al 31.12.1977 era di 63.438 abitanti (32.464 donne e 30.973 uomini). La distribuzione per classi di età è riportata nella Tab. 1, dalla quale emerge anche che il 67,4% degli abitanti è al di sotto dei 45 anni, laddove per il totale della popolazione di Verona tale percentuale risulta essere il 62,6%. Si tratta infatti di quartieri nei quali nel corso degli ultimi 20-30 anni si è avuta una forte immigrazione, con trasferimento di persona sia da altri quartieri cittadini che da altre province e regioni.

Dai dati degli ultimi tre censimenti risultavano 28.540 abitanti nel 1951, 45.764 nel 1961 e 61.332 nel 1971 (18.478 famiglie, con numero medio di componenti di 3,3). Nel consorzio Verona-Sud c'è stato quindi in 20 anni un incremento di popolazione dell'ordine del 114%, contro un incremento per tutto il Comune di Verona, nello stesso periodo, del 49%.

Questi processi di immigrazione e l'incremento di popolazione che ne è derivato riguardano i 3 quartieri cittadini e sono stati verosimilmente secondari ai processi di industrializzazione della zona sud della città. La frazione di Cadidavid al contrario, caratterizzata da attività di tipo prevalentemente agricolo, ha avuto in 20 anni solo un modestissimo aumento del numero di abitanti.

Le attività lavorative della popolazione residente attiva in condizioni professionali, ricavabili dai dati dell'ultimo censimento del 1971, sono concentrate nell'industria (10.330 addetti, cioè il 47,5% del totale degli occupati) e nel settore terziario, comprendente servizi, amministrazione, commercio, etc. (12.394 addetti; 48,2% degli occupati). Solo 808 persone (3,7%) risultano invece addette all'agricoltura. Le rispettive percentuali nell'intero Comune di Verona risultano invece 39,7% nell'industria; 46,2% nel terziario, 3,3% nell'agricoltura.

## 3. Organizzazione ed attività della clinica psichiatrica universitaria di Verona prima dell'entrata in vigore della Legge 180

La clinica psichiatrica universitaria di Verona, aperta nel 1970 all'interno del Policlinico di Borgo Roma e costituita da un reparto di 36 letti, ha progressivamente modificato nel corso degli anni le sue caratteristiche organizzative e le sue attività. Mentre all'inizio risultava prevalente l'attività di ricovero rispetto a quella ambulatoriale, nel corso degli anni la prima andava sempre più riducendosi mentre la seconda aumentava e diventava più polimorfa (terapie individuali, terapie di gruppo, terapia della famiglia ad approccio sistemico).

È stato possibile infatti, riorganizzando il servizio di pronto soccorso psichiatrico (l'unico della provincia di Verona) e le attività ambulatoriali, ridurre la utilizzazione del reparto, cioè il ricovero ai soli casi di scompenso psicotico acuto. Il numero di letti occupati, a gennaio 1978, è stato sempre inferiore a 15 su 36 letti disponibili.

La porta del reparto era tenuta costantemente aperta e tutti i pazienti potevano muoversi liberamente all'interno del policlinico. È talora successo che pazienti particolarmente disturbati abbiano creato problemi entrando in rapporto con pazienti ricoverati in altre cliniche o divisioni o con altri operatori sanitari dell'ospedale. La nostra esperienza di

questi ultimi anni ci ha confermato che l'ospedale civile ha una sua rigidità organizzativa forse ancor più pesante ed antiterapeutica di quella dell'ospedale psichiatrico. Questo fenomeno che non sfugge all'osservatore attento delle abitudini, delle prassi, dei tempi dell'ospedale civile, emerge ed appare evidente a tutti (cioè anche a coloro che non riescono a vedere gli aspetti deleteri di certe routines ospedaliere solo perché sono routine, cioè sono sempre sotto i loro occhi), quando si tenta di eliminare queste prassi antiterapeutiche e di modificare alcuni aspetti organizzativi dell'ospedale in modo da conciliare le esigenze dei singoli pazienti con quelle della struttura nella quale essi sono costretti a vivere per il periodo del ricovero.

Ebbene i momenti di tensione creati dai "matti" nei corridoi dell'ospedale, al bar, nelle altre cliniche, con i loro comportamenti o talora solo con la loro presenza, sono stati gestiti in modo diverso caso da caso, ma sempre evitando interventi repressivi, criticando e facendo modificare gli atteggiamenti di rifiuto manifestati verso i pazienti psichiatrici, sensibilizzando con la discussione ed il confronto il personale ospedaliero ai problemi psichiatrici. Ciò è stato possibile anche grazie all'appoggio delle organizzazioni sindacali (FLO e Consiglio dei Delegati, che a marzo 1978 hanno tra l'altro preso posizione ufficialmente sulle nostre scelte e sulla nostra prassi in un momento in cui siamo stati attaccati perché non tenevamo "i matti" sottochiave), del Collettivo degli studenti di Medicina e di alcuni colleghi internisti e chirurghi particolarmente sensibili ai problemi di una corretta gestione della malattia mentale.

In qualche occasione è stato necessario organizzare una assistenza personalizzata costante (uno o due operatori della clinica accompagnavano il paziente in tutti i suoi spostamenti all'interno dell'ospedale); in altri casi è risultato terapeuticamente efficace utilizzare, anche per pazienti particolarmente disturbati, i permessi di uscita temporanea previsti per tutti coloro che si ricoverano negli Istituti Ospitalieri di Verona; queste uscite hanno permesso di allargare al di fuori dell'ospedale lo spazio nel quale il paziente poteva muoversi. Anche in queste situazioni egli veniva accompagnato da operatori della clinica. Gli infermieri, che si sono battuti sin dall'inizio per una maggiore liberalizzazione nell'organizzazione della clinica, rifiutando il tradizionale ruolo custodialistico e proponendo alcune soluzioni alternative in una visione non gerarchizzata dei rapporti pazienti-infermieri-medici, non hanno potuto partecipare subito a queste attività esterne per il ritardo con il quale l'Amministrazione Ospedaliera ha concesso loro il permesso di uscire fuori dell'ospedale.

La riunione mattutina del personale della clinica in servizio (medici, paramedici, studenti, volontari) da tempo costituiva e costituisce tuttora il principale momento organizzativo, di verifica e di confronto tra gli operatori, attraverso il quale è possibile discutere criticamente le esperienze che si vanno facendo. Ad essa si affianca una riunione settimanale di tutto il personale.

Questa era la situazione organizzativa della clinica psichiatrica per quanto riguarda le attività assistenziali, nel momento in cui, entrata in vigore la legge 180, ci è stata affidata dalla Regione l'assistenza del Consorzio Verona-Sud.

Vorremmo ora riassumere le esperienze fatte durante i primi 6 mesi di applicazione piena della legge: 17 luglio 78-17 gennaio 79. I due mesi intercorsi tra il 16 maggio, giorno della pubblicazione della legge sulla Gazzetta Ufficiale ed il 16 luglio non sono stati da noi presi in considerazione perché hanno rappresentato un periodo di transizione durante il quale tra l'altro alcune Procure della Repubblica, preso atto della difficoltà di

organizzare "ipso facto" i servizi ospedalieri di diagnosi e cura, hanno autorizzato il ricovero di persone in "trattamento sanitario obbligatorio" (TSO) in ospedale psichiatrico.

#### 4. I primi sei mesi di applicazione della legge di riforma della assistenza psichiatrica nel consorzio Verona-Sud

Con l'entrata in vigore della legge gli infermieri hanno ottenuto finalmente l'autorizzazione ad uscire dall'ospedale con mezzi propri ed il rimborso delle spese relative. Con questo permesso l'attività extra-ospedaliera della nostra équipe è aumentata. Si è potuto così estendere anche agli interventi esterni il modello operativo dell'intervento in coppia (un medico ed un infermiere ed in taluni casi due infermieri). Abbiamo cominciato così a rispondere a richieste di intervento con visite domiciliari, a seguire a casa pazienti dimessi, ad avere contatti con le realtà sociali dei quartieri, con i circoli e le organizzazioni ivi attive; con i medici condotti e con l'Ospedale Psichiatrico di Marzana (Verona).

Abbiamo chiesto ed ottenuto dalla Direzione dell'O.P. l'elenco delle persone residenti nel nostro consorzio attualmente ricoverate nei vari reparti dell'O.P. Si tratta di circa 50 persone. Si è quindi iniziata la discussione sulle modalità di intervento da effettuare allo scopo di riabilitare queste persone e reinserirle se possibile nel quartiere. Per alcuni pazienti, pochi in realtà, per i quali era possibile un reinserimento in famiglia, esso è stato subito attuato. Queste famiglie vengono regolarmente seguite, allo scopo di fornire l'aiuto necessario a superare eventuali problemi creati dal ritorno a casa del paziente manicomializzato.

Nel nostro reparto sono stati effettuati in 6 mesi 57 ricoveri di persone abitanti nel consorzio Verona-Sud più altri 25 ricoveri di persone abitanti in altre zone della provincia. Le giornate di degenza sono state in totale 749 per i pazienti del consorzio e 315 per gli altri.

Per un'area di più di 63.000 persone abbiamo avuto quindi 9,2 ricoveri al mese. Abbiamo a questo punto controllato quante persone del consorzio fossero state accolte nel periodo considerato in O.P. (rientri volontari previsti dalla legge) o in altre istituzioni psichiatriche (O.C. di Zevio e Bovolone) e cliniche private della città (Ville S. Chiara e S. Giuliana). Le cifre relative sono risultate 5 ricoveri in O.P. ed 35 in altre istituzioni, per un totale di 40. Se sommiamo ai 57 ricoveri effettuati nel nostro servizio questi 40 effettuati altrove otteniamo 97 ricoveri in sei mesi, cioè 16,1 ricoveri al mese, vale a dire un tasso di 2,55 ricoveri psichiatrici al mese per 10.000 abitanti.

Considerato che la degenza media è risultata nel nostro reparto di 13 giorni, si può dire che già nella situazione attuale, cioè in una situazione di relativo sviluppo di interventi esterni ma di totale assenza di strutture esterne alternative al ricovero (Centro di Salute Mentale, ospedale diurno, comunità alloggio, etc.), il fabbisogno di posti letto è ben al di sotto di quello previsto dai 15 letti del servizio. Con una degenza media di 13 gg., il tasso di 2,55 ricoveri al mese per 10.000 abitanti ricavato dai nostri dati significa che un servizio ospedaliero di 15 letti può servire un'area di 135.294 abitanti.

\* \* \*

Di tutti i ricoveri da noi effettuati solo 2 in 6 mesi sono stati fatti in regime di trattamen-

to sanitario obbligatorio. Si è trattato in entrambi i casi di persone accompagnate in ospedale con l'ordinanza di ricovero già pronta. Entro le 48 ore il ricovero è stato trasformato in volontario. Anche questi 2 brevi ricoveri obbligatori sono stati gestiti senza alcuna modifica della nostra struttura organizzativa, cioè con la porta del reparto aperta ed un limitato uso di psicofarmaci.

L'intervento esterno ha permesso in alcuni casi di evitare un ricovero obbligatorio ed in molti altri casi di evitare del tutto il ricovero.

Ancora qualche dato, ricavato dal registro psichiatrico del consorzio-sud da noi organizzato. Si tratta di un archivio in cui vengono registrati i contatti che le persone abitanti nell'area considerata hanno con il servizio psichiatrico. Il registro è cumulativo, cioè consente di aggiornare le informazioni relative allo stesso paziente. In questi 6 mesi 110 persone abitanti nel Consorzio-Sud sono state per la prima volta contattate dalla nostra équipe, in diversi modi: consulenza in altre cliniche dell'ospedale, visita domiciliare, visita ambulatoriale, intervento di pronto soccorso, ricovero ospedaliero. Dall'entrata in funzione della clinica, cioè dal 1970 ad oggi, un totale di 606 persone abitanti nel consorzio hanno avuto un qualche contatto psichiatrico. In sei mesi sono state effettuate dal nostro gruppo (8 medici psichiatrici, 2 psicologhe, 1 ass. sociale, 18 infermieri, 3 medici tirocinanti ed alcuni volontari) 132 visite domiciliari, 392 visite ambulatoriali, 97 interventi di pronto soccorso psichiatrico e 96 consulenze in altre cliniche dell'Ospedale.

## 5. Considerazioni conclusive

I nostri dati, relativi ai primi sei mesi di applicazione della Legge 180/1978 nel Consorzio Verona-Sud, devono essere interpretati con molta cautela. Si deve infatti tenere presente che: a) il periodo di tempo preso in considerazione è breve; b) la popolazione alla quale questi dati si riferiscono è relativamente piccola; c) vecchie strutture e vecchie consuetudini assistenziali (Case di cura, reparti "neuropsichiatrici", ospedali psichiatrici) hanno tuttora incidenza nella assistenza psichiatrica. È necessario sottolineare inoltre che sarebbe scorretto generalizzare i risultati ottenuti (ad esempio fabbisogno di posti letto) ad altre popolazioni, con caratteristiche storiche e socio-culturali diverse, mentre tali risultati costituiscono a nostro avviso una valida indicazione per popolazioni simili alla nostra.

Dobbiamo inoltre rilevare alcune esigenze emerse in questi mesi che appaiono fondamentali per portare avanti una prassi di tipo diverso da quella tradizione.

Lo spazio intraospedaliero (quello cioè ove sono alloggiati i letti del servizio psichiatrico) non può essere il luogo da dove parte e si struttura l'attività territoriale del servizio; questo per varie ragioni, tra le quali spiccano la rigidità istituzionale e la gerarchia dell'ospedale civile. Appare pertanto fondamentale la istituzione di un Centro di Salute Mentale, che sia separato dall'O.C. e calato nel tessuto cittadino. Tale centro, ad attività e funzioni polimorfe (vedi ad esempio i Centri funzionanti a Trieste), deve essere il punto di riferimento principale dall'équipe ed il luogo dal quale far partire l'attività quotidiana.

La "periferia" verso la quale va a decentrarsi l'attività deve essere costituita da diversi momenti e livelli:

a) l'ospedale civile. Qui la momentanea permanenza del paziente in crisi acuta non altrimenti gestibile, proprio a causa degli inconvenienti che essa arreca in genere alla routine istituzionale, servirà a fare "entrare il sociale" nella classica ideologia medica dell'organizzazione ospedaliera (la quale, avvalendosi della routine medica e del tecnicismo esoterico, scotomizza tutto quanto vi è di storico — cioè di socialmente determinato — dietro ogni quadro clinico);

b) il domicilio del singolo utente. Qui l'intervento psichiatrico trova la sua reale specificità nel coinvolgimento di parenti e vicini in quelle problematiche che fino ad ora sono state viste come evento strettamente individuale dell'utente "paziente" psichiatrico;

c) le strutture intermedie: comunità alloggio, appartamenti per la sistemazione (autonoma o semi-autonoma) di ex-degenti dell'ospedale psichiatrico, non altrimenti inseribili nel contesto cittadino.

Nella fase attuale della nostra esperienza le esigenze più impellenti, per soddisfare le quali si sta facendo il massimo sforzo, sono l'apertura del Centro di Salute Mentale e l'assegnazione di alcuni appartamenti ad ex-degenti dell'O.P. di Marzana, da riabilitare.

È emersa inoltre l'esigenza di una attività informativa e di ricerca. Infatti da un lato occorre una continua ricerca della discussione e del confronto con la popolazione dei quartieri e con i suoi organi rappresentativi, allo scopo di chiarire intendimenti, pregi e difetti della nuova legislazione sulla assistenza psichiatrica e di chiarire e mettere in discussione, ove occorra, il nostro metodo di lavoro. Da un altro lato occorre informare la popolazione ad un livello meno intellettualistico ma più direttamente coinvolgente sul piano emotivo. Per questo si sta dando vita ad un "gruppo di animazione" (con la partecipazione di operatori sanitari, di utenti del servizio e di operatori del Circolo Popolare di Borgo Roma esperti in tecniche di animazione). L'intendimento è quello di portare nel quartiere forme di comunicazione e di espressione grafica volte a mettere in discussione e superare i vecchi e diffusi pregiudizi sulla diversità e sulla alienazione mentale. A tutti questi interventi è necessario affiancare un serio programma di studio sulle caratteristiche socio-culturali del territorio ed una ricerca epidemiologica fruibile da parte dell'utenza (cioè utile ai cittadini per impostare le loro richieste di cambiamenti sociali e di creazione o riorganizzazione dei servizi). Il nostro gruppo ha programmato a tal fine due indagini, la raccolta dei dati relativi alle quali avrà inizio nel 1979: a) una inchiesta sul "disagio emergente" che sarà condotta in un gruppo di famiglie del quartiere di Borgo Roma (scelte con una tecnica di campionamento stratificato). Per tale ricerca ci siamo avvalsi, nella fase di impostazione e di prima stesura del questionario, delle indicazioni forniteci da rappresentati ed organismi di base del quartiere. Nel corso di queste riunioni è apparso utile strutturare l'inchiesta in modo da poter centrare la ricerca sulle aree di bisogno emergente nel quartiere (problemi degli adolescenti, delle casalinghe, degli anziani) piuttosto che sulle aree degli emarginati (pazienti psichiatrici, handicappati, persone istituzionalizzate); b) una ricerca sul consumo di psicofarmaci nella popolazione del quartiere.

Un'ultima osservazione, che però riguarda la nostra équipe in quanto équipe universitaria, è quella relativa al ruolo delle cliniche psichiatriche universitarie nella gestione della Legge 180. Insegnamento e ricerca, che sono doveri istituzionali primari delle cliniche universitarie, non possono essere disgiunti dalla prassi dell'assistenza. Ci pare pertanto indispensabile che le cliniche psichiatriche universitarie siano organicamente inserite

nell'assistenza organizzata secondo quanto prescritto dalla suddetta legge e dalla legge di riforma sanitaria che ha sostituito la 180. Solo in un contesto di prassi territoriale potranno essere preparati correttamente (cioè in maniera non astratta o avulsa dalla realtà socio-ambientale) i futuri medici ed i futuri psichiatri (non si deve dimenticare che alle cliniche psichiatriche universitarie afferiscono le scuole di specializzazione in psichiatria). Le cliniche psichiatriche, in altri termini, non possono continuare a svolgere come hanno fatto fino ad ora una attività assistenziale autonoma ma devono essere sottoposte al controllo degli Enti Locali e della Regione.

(\*) Alcuni dati preliminari sulla applicazione della legge 180 nel Consorzio Verona-Sud sono stati da noi presentati al Convegno di chiusura della manifestazione "Streghe, Stregoni, Stregati" organizzata dal Centro di Salute Mentale di Portogruaro e dalla Amministrazione Provinciale di Venezia (Portogruaro, 7 dicembre 1978). In questo lavoro vengono sviluppate alcune osservazioni fatte in quella sede.

Tabella I

Popolazione di Verona, per classi d'età (dati aggiornati al 31.12.1977)

Classi d'età	Consorzio Verona Sud		Verona (complessivamente)
	N°	%	%
1) 0 - 5 anni	5.389	( 8,49%)	( 7,24%)
2) 6 - 13 anni	8.619	(13,59%)	(12,43%)
3) 14 - 24 anni	10.015	(15,79%)	(14,99%)
4) 25 - 34 anni	9.518	(15,00%)	(13,78%)
5) 35 - 44 anni	9.244	(14,57%)	(14,12%)
6) 45 - 54 anni	8.321	(13,12%)	(13,75%)
7) 55 - 64 anni	6.015	( 9,48%)	(10,79%)
8) 65 - 74 anni	4.368	( 6,89%)	( 8,43%)
9) 75 e oltre	1.949	( 3,07%)	( 4,47%)
1) + 2) + 3) + 4) + 5)	42.785	(67,44%)	168.881 (62,56%)
	abitanti al di sotto di 45 anni		abitanti al di sotto di 45 anni
TOTALE	63.438		269.933
	abitanti		abitanti

## Dibattito sulla professionalità dello psicologo

### L'Albo degli psicologi: note per una strategia scientifico-culturale

Caro Tranchina, vorrei, con questa mia, aderire al tuo invito di aprire una riflessione comune e pubblica su un tema che credo stia molto, a cuore agli operatori psicologi e che comunque da molti anni è sul tappeto, quasi a segnare un suo perdurare e mai sopito interesse: l'albo degli psicologi.

Ricordo ad esempio un Convegno che si svolse molti anni fa a Padova organizzato dagli studenti del corso di Laurea in Psicologia, in cui il sottoscritto, insieme a Fara e Slavich, dibattè animatamente il problema della regolamentazione giuridica della professione di psicologo nelle sue implicazioni culturali, sociali e ideologiche.

Molto tempo è passato da allora, e non solo in senso strettamente cronologico: alcuni temi su cui il dibattito si incentrava sono finiti — e sinceramente credo lo meritassero — nella spazzatura, privi com'erano di un solido ancoraggio culturale e scientifico. Gli psicologi erano soprattutto psicologi in formazione (per lo più studenti di psicologia) e, in quanto tali, non potevano conoscere concretamente le difficoltà e le preclusioni del cosiddetto "territorio". Per finire, il contesto ideologico era più definito, ovviamente diverso da quello odierno, caratterizzato da una crisi profonda che attraversa non solo i soggetti sociali, ma anche le "forme" istituzionali e i "contenuti" culturali attraverso cui questi progettano la loro azione politica.

Nonostante questa diversità, credo sia lo stesso opportuno dare un minimo di spessore storico al dibattito, non appiattendolo sull'oggi ma consentendo una quanto più vasta possibile acquisizione di elementi.

Ricordo che allora io fui uno dei pochi, se non l'unico, ad affermare la necessità di un albo professionale. Questo giudizio di necessità si fondava su una considerazione molto semplice, ineludibile allora come oggi, di cui bisognava e bisogna per forza (si tratta di una costrizione che nasce dall'evidenza del fatto) prendere atto: il riconoscimento giuridico costituisce in Italia un presupposto insostituibile perché una professione si espliciti. Si rispose da parte di alcuni psichiatri (democratici) che occorreva condurre una battaglia per abolire tutti gli albi e tutti gli ordini, non già crearne di nuovi; la mia ipotesi, per così dire, realistica era giudicata debole e contraddittoria perché da un giudizio generale, che era e rimane contrario a tutti gli albi, facevo discendere una richiesta di albo professionale limitatamente agli psicologi.

La contraddizione in effetti esisteva, ma era soltanto di natura formale: le critiche erano invece, nella loro astrattezza, logicamente conseguenti, ma si basavano su un presupposto sbagliato: si supposeva cioè di potere non tener conto di un aspetto costitutivo della

società italiana, soltanto perché lo si riteneva ideologicamente superato. Non credo che ancora oggi Slavich potrebbe credibilmente sostenere la stessa opinione che espresse allora in un suo intervento: chi può infatti continuare a ritenere che abbia a medio termine una qualche possibilità di successo la battaglia per l'abolizione dell'ordine dei medici? Non credo tuttavia che questo sia il punto che dobbiamo ancora continuare a dibattere: ho pensato di ricordarlo, per mostrare quanto, a volte, il tempo che trascorre possa essere impietoso nei confronti di alcune prese di posizione.

Un'altra critica si muoveva contro quanti ritenevano necessario per gli psicologi un progetto di istituzione di albo professionale: essa trovava uno dei suoi punti di forza nel fatto che la riforma sanitaria, che si immaginava di prossima approvazione parlamentare, avrebbe abolito il concetto di professione "libera". La conseguenza immediata di questa ipotetica opzione politica era di rendere superfluo questo tipo di regolamentazione, espressione di una ideologia vetero-liberale che la riforma avrebbe messo gravemente in crisi con l'istituzione di un servizio pubblico generalizzato.

La situazione era ed è evidentemente più complessa. Non mi risulta in ogni caso che queste ipotesi si siano realizzate, e non so dire quanto semplicemente illusorio, oppure obiettivamente pretestuoso, sia stato il fatto di averle date per scontate in quel periodo e in quel contesto di discussione; certo è il fatto che furono avanzate e utilizzate in maniera quasi ultimativa contro chi realisticamente (ma forse anche riduttivamente) proponeva per gli psicologi un albo. Nella fase odierna mi sembra che, almeno quantitativamente, il problema si sia ingigantito e si ponga addirittura sul versante opposto di quello erroneamente tracciato: abbiamo cioè una espansione massiccia della domanda di aiuto psicologico che le strutture pubbliche non possono, neanche lontanamente, pensare di soddisfare e che si incanala pericolosamente in direzione privata. La pericolosità è data dalla mancanza di un qualsivoglia controllo, sia esso giuridico, scientifico o semplicemente culturale, sul tipo di intervento che l'utente richiede e il libero professionista è in grado di fornire.

In questo tentativo di tracciare una linea culturale per meglio comprendere questo luogo e spesso polemico dibattito, non poteva mancare un accenno alla strategia dell'operatore sociale (che si voleva non si sa bene rispetto a che) unico. Il Congresso SIPS di Bologna segnò il culmine di tale proposta che, pur non essendo mai stata ufficialmente presentata, ha tuttavia conosciuto una divulgazione massiccia e per certi aspetti inspiegabile. Un motivo della sua "fortuna" (ma anche del suo "crollo" repentino), può forse essere rintracciato nella complessità e totalità della proposta, che prevedeva una ridefinizione di alcune figure professionali, la ristrutturazione della loro formazione universitaria, una loro utilizzazione "diversa". La mia più che fondata impressione è che tutto questo abbia in pratica prodotto una confusione notevole sia negli amministratori che negli stessi operatori.

Si è andata, ad esempio, stratificando l'illusione di una intercambiabilità dei ruoli professionali e degli approcci usati dai vari operatori sociali; lo specifico teorico e metodologico della psicologia tendeva a disperdersi e a svanire nel "sociale" e nel "sociologico" (1); veniva stravolta l'esperienza in sé giusta di storicizzare la teoria psicologica, con un riferimento confuso al quadro epistemologico delle "scienze umane". La tendenza di massima era quella di diffidare delle tecniche psicoterapeutiche che per una sorta di "marcusismo inconsapevole" erano ritenute "borghesi", perché miranti ad un passivo adattamento sociale; la "pratica antistituzionale" era ritenuta l'unica mo-

dalità di risoluzione dei problemi legati al disagio psichico. Essa non sembrava richiedere una competenza teorica particolare e, in quanto legata direttamente ad esperienze concrete, poteva essere soltanto condivisa o rifiutata praticamente. Per questa sua caratteristica, che non implicava una specifica e tradizionale formazione professionale, ma soltanto la possibilità di acquisire nella pratica strumenti di intervento individuale o di gruppo, la pratica antistituzionale non prevedeva, almeno sulla carta, alcuna distinzione di ruolo. In realtà, sappiamo di grosse difficoltà incontrate da psicologi a vedere riconosciuto formalmente il proprio specifico apporto.

Gli amministratori, dal canto loro, non erano certo motivati ad accorgersi della specificità dell'approccio psicologico, a causa della confusione esistente a livello scientifico e professionale. Ma non si poteva onestamente sperare che essi chiarissero le ambiguità e le incertezze teoriche e pratiche esistenti in campo psicologico: molto più definita, almeno praticamente, era la professione di assistente sociale o di sociologo da una parte, e di psichiatra dall'altra. Di abbastanza definito per lo psicologo esisteva il reinserimento degli handicappati (ma anche qui c'erano figure professionali ben più "comprensibili" e "utili"), il rapporto con le famiglie (una volta che si fosse riuscito a spiegare all'assistente sociale la specificità dell'approccio psicologico); in alcune situazioni più arretrate, lo psicologo poteva "filtrare" gli utenti di una struttura territoriale somministrando batterie complete di test; altre volte era delegato a svolgere una funzione di raccordo tra il servizio e le frazioni più sperdute del comune o della provincia (2). Nasceva coerentemente da questa situazione la proposta di una nuova figura professionale (l'operatore sociale unico appunto), che avrebbe dovuto usufruire di un iter formativo completamente diverso da quello che i Corsi di Laurea in Psicologia erano in grado di fornire.

La psichiatria non ha risentito invece minimamente di questa proposta, forse perché la figura dello psichiatra non era inserita all'interno di questa ridefinizione formativo-professionale. Ma è d'altra parte incredibilmente ricorrente il fatto che lo psichiatra esca indenne dal punto di vista professionale da qualsiasi crisi scientifica o polemica culturale attraversi la psichiatria. Il suo status sociale è ed è sempre stato solidissimo; oserei dire malgrado tutto e tutti. Per spiegarsi tale solidità occorre probabilmente riflettere maggiormente a livello teorico sull'organicità della psichiatria nella tradizione culturale italiana. Non voglio in questa sede dilungarmi su questo tema, ma sarebbe certamente utile riesaminare la complementarietà della filosofia idealista antiscientifica (e antipsicologica) con l'organicismo positivista della psichiatria italiana. Sembra quasi che la cultura filosofica, che è anche cultura politica, abbia ritagliato degli spazi autonomi e ristretti per la riflessione scientifica. In questi spazi, che sono quindi spazi di potere sociale, si è situata la psichiatria: la psicologia si è trovata a dovere affrontare da una parte le preclusioni del mondo filosofico, dall'altra i pregiudizi dell'ambiente medico, non riuscendo a caratterizzarsi per un suo autonomo discorso scientifico.

Anche il campo marxista, nel suo versante storicista, ha manifestato fino a pochi anni fa sospetti e incomprensioni. È accaduto spesso che nei meandri della Storia e della Società si siano persi i parametri scientifici che delimitano l'oggetto psicologico di studio: nel buio della notte tutte le vacche appaiono nere. In questi perduranti casi, si brancola ancora tra un vetero-organicismo ed un ambientalismo genericamente ugualitario che si avvale di teorie sociologiche sull'emarginazione del più classico pensiero borghese (3). Dopo Bologna abbiamo avuto altri Convegni di carattere regionale e nazionale: l'aspetto comune a tutti è quello di avere espresso una brusca inversione di tendenza. Nessuno

si è posto più interrogativi sul ruolo dello psicologo, che rischiavano di diventare noiosi: si è invece partiti dal fatto che lo psicologo esiste, che esiste un Corso di Laurea in Psicologia, che esiste una specifica disciplina che si chiama psicologia. Si è smesso di dare giudizi in assoluto e si è cercato di contestualizzare le critiche; si è scoperto ad esempio che la formazione professionale dello psicologo è senz'altro carente, ma certamente non in misura maggiore di altre figure professionali quale ad esempio quella dello psichiatra. Si è allora giustamente preteso che tale specificità professionale venisse riconosciuta giuridicamente, che venisse creato un albo degli psicologi; ma questa sacrosanta richiesta non è stata mai esaudita. Nell'ultima Legislatura la proposta era passata al Senato, ma non era mai stata iscritta all'o.d.g. della discussione nella Commissione competente della Camera. Con la fine prematura della Legislatura la proposta è naturalmente decaduta. L'interrogativo che io mi pongo e pongo all'attenzione degli altri operatori è questo: come mai in Italia esiste una opposizione così forte contro lo psicologo? Per quale motivo si producono atteggiamenti così rigidi contro la regolamentazione giuridica della professione? Non vorrei essere frainteso con queste mie domande che potrebbero a prima vista apparire ingenui. Mi rendo conto ad esempio della opposizione, corporativa perché senza principi, che può venire dai medici e dagli psichiatri i quali vedono questa figura giustamente come antagonista e quindi come potenzialmente pericolosa anche, o forse soprattutto, in termini di potere reale che essi perderebbero nella gestione delle strutture assistenziali. Mi rendo conto del fatto che la psicologia in Italia è stata vista per lungo tempo come dispensatrice di consigli in sostituzione del parroco e, come il parroco, improntata ad un moralismo prescrittivo e ideologico. Nonostante questo e molto altro ancora, non riesco lo stesso a spiegarmi una pregiudiziale così netta. La spiegazione, o quantomeno un tentativo di comprensione, può forse venire da alcuni temi culturali cui ho nella lettera in parte già accennato, e che voglio brevemente riprendere per giustificare la mia proposta concreta nel dibattito che hai voluto iniziare su "Fogli di Informazione": la battaglia per l'albo degli psicologi deve essere innanzitutto una battaglia culturale.

L'opposizione alla regolamentazione della figura professionale dello psicologo nasconde infatti una opposizione della nostra cultura (anche quella di sinistra) alla psicologia. Regolamentare giuridicamente significa riconoscere una professione, e riconoscerla significa prendere quantomeno atto di una disciplina di un apparato teorico e metodologico proprio di una disciplina che è alla base della professione in questione. L'idealismo e lo storicismo italiano hanno sempre costituito una barriera insormontabile perché una cultura propriamente scientifica si instaurasse nel nostro paese: in modo particolare è stato ritenuto molto più accettabile l'organicismo psichiatrico della psicologia dinamica, della psicoanalisi e della psicologia clinica. La ricerca tradizionale si basava e si basa su una rigida delimitazione delle cause del disagio psichico e su una "naturalizzazione" di esso; nello stesso tempo essa non riesce a fornire strumenti scientifici di intervento limitandosi alla pura diagnosi sulla cui base si struttura il processo di esclusione ed emarginazione del folle. La psicoanalisi ha mostrato l'universalità dei processi psichici e l'aspetto che accomuna il folle al normale; essa ha mostrato inoltre la possibilità di intervento su un disagio che è sempre "storico" e mai "naturale". Il suo oggetto non è l'uomo biologico ma l'individuo nella concretezza e materialità dei suoi rapporti. La psicoanalisi dunque, con la sua metodologia di tipo clinico, è una scienza dell'individuo e dell'individuale; non del Soggetto o della Soggettività, ma di un "disagio" che è insieme del singolo e

della comunità.

È evidente che questi temi contrastano con lo storicismo idealista e con le categorie politiche che su questa cultura si fondano: ed è anche su questo contrasto che nasce la crisi delle tradizionali *Weltanschauungen*, il rapporto tra ideologia e prassi politica che si vuole impostare in maniera diversa, il dibattito sui diritti civili. Penso anche ai fenomeni nuovi che le vecchie categorie concettuali e politiche non sono in grado di comprendere: la crisi dei valori, ma anche degli abituali parametri esistenziali e culturali di riferimento, le scorciatoie individualistiche alla liberazione personale, il rifiuto della tradizionale etica del lavoro, la ricerca di nuovi miti e religioni ancora più totalizzanti e persecutori del nostro "carosello" o della messa domenicale di alcuni nostri coetanei, in breve di "disagio" delle giovani generazioni, ma anche delle vecchie. Su questo "disagio" che è, nelle sue ultime determinazioni, individuale, la psicologia dinamica può dire qualcosa e può soprattutto contestare l'ideologismo di vecchie teorie che hanno preteso di contenere una risposta a tutto; ma questo è possibile se riusciamo a contrastare la tendenza già ampiamente in corso, di creare una nuova religione illusoria e mistificante che potremmo chiamare "psicoanalismo", anche se abbraccia teorie non soltanto di origine psicoanalitica. Si tratta di un paradigma confuso che comprende il lacanismo cosiddetto di sinistra, una parte dell'antipsichiatria, tecniche di meditazione trascendentale, ecc. Per fare questo dobbiamo ancorare la psicologia dinamica alla psicologia, anche tramite una caratterizzazione maggiore della figura dello psicologo come operatore clinico in costante rapporto con la realtà della follia e della emarginazione, che sia in grado di produrre concretamente strategie operative di risoluzione sia pure parziale del "disagio". Sono convinto che la battaglia per la definizione giuridica della professione di psicologo, contenga anche questi elementi culturali di non secondaria importanza.

Giovanni Pietro Lombardo

(1) Ma questo era un elemento già presente nelle elaborazioni della nuova psichiatria; cfr. su questo particolare aspetto Bartolomei G. Lombardo G.P., *Nuova Psichiatria. Storia e metodo*, Carecas, Roma 1977.

(2) Cfr. Bartolomei G.-Wienand U., *Il male di testa*, Feltrinelli, Milano 1979.

(3) Questo retroterra è comune purtroppo anche a quegli psichiatri che più hanno espresso una esigenza di innovazione in ambito culturale. Si esamini attentamente questo brano di Basaglia comparso in una sua intervista a Rina Goren su "Il Messaggero" del 7/8/1979: "... sono convinto dell'interazione tra cause organiche e ambientali (quelle psicologico-individuali non esistono - n.d.a.). Nella psichiatria si sa di più delle seconde che non delle prime, ma il problema non è nella ricerca dei rapporti di causa ed effetto, bensì nel superare le contraddizioni storiche e sociali. La cardiologia, per esempio, è una scienza avanzata, ma se a un paziente si prescrivono riposo, tranquillità, niente scale, cibi particolari e lui non è in grado di ottemperare a tutto questo, la scienza non sarà servita a nulla. Lo stesso accade in psichiatria. Non ha senso rispondere solo ai bisogni di chi può curarsi, lasciando al loro destino quelli che non possono. Finché non si provvederà, ogni diaframma scientifico è sterile". Non si capisce in questo modo fino a quando debba proseguire la "messa tra parentesi" della riflessione scientifica; a meno che non si ipotizzi una fine delle contraddizioni storico-sociali che attualmente però nessuna teoria politica prevede. Non voglio naturalmente pensare che si creda ancora al Paradiso.

## collettivo psicologi democratici del Veneto

### Mettere ordine?

La conclusione anticipata della passata legislatura ha rinviato ancora una volta la possibilità di dibattito su una legge di regolamentazione della professione di psicologo.

È urgente definire una normativa in materia, sulla funzione dello psicologo per la tutela dell'utente stesso.

La formulazione votata dal Senato non risponde a queste esigenze: essa è il frutto negativo di un compromesso che comprime e falsifica il ruolo dello psicologo, collocandolo riduttivamente nella posizione di strumento di controllo della realtà sociale (mero testista) e ignora il diritto dell'utente — alla luce della normativa esistente in materia socio-sanitaria — a partecipare alle scelte del campo di intervento dello psicologo.

Il disegno di legge n. 442-A (trasmesso alle Commissioni della Camera con il n. 1825) stabilisce anche per gli psicologi l'istituzione dell'Albo e dell'Ordine professionale: struttura quest'ultima corporativa ed antidemocratica.

Nella tradizione sociale, storica e giuridica la parola "Ordine" ha significato "comodo, progressione numerica, complesso di norme giuridiche, una situazione di armonia che dà tranquillità" e così si ha per esempio un ambiente in ordine, l'ordine pubblico. Ma la parola è usata anche per denotare una corporazione di persone e l'insieme delle regole interne che la governano (vedi ordini religiosi).

Nel diritto positivo, in materia di professioni (di maggiore rilevanza), la parola Ordine sta a significare un ente strutturato secondo "un ordinamento normativo a carattere gerarchico" con funzioni e poteri sottratti alla collettività, cui compete.

Peraltro, nella tradizione storica, la parola "Albo" stava a significare una tavola "pulita" o "sbiancata", strumento per poter iscrivere degli elementi concernenti fatti e situazioni da rendere pubblici.

"L'Albo professionale è un documento nel quale sono iscritte le generalità ed altre indicazioni degli esercitanti di una certa professione": esso dovrebbe essere messo a disposizione del pubblico.

Ma nella interpretazione giuridica l'iscrizione all'Albo ha finito per essere condizione necessaria per esercitare legittimamente la professione con gravi limitazioni di libertà al diritto al lavoro.

Inoltre il disegno di legge avrebbe sancito per il laureato psicologo uno status professionale avulso dal sociale, misconoscendo la realtà dell'operatore psicologo che agisce nell'ambito della prevenzione, intesa questa oramai come premessa per l'attività tera-

peutica anche in ambito clinico (vedi legge sulla riforma sanitaria n. 833/1978). La stessa possibilità di ricercare per lo psicologo sarebbe stata preclusa per lasciare lo spazio d'una sua formazione più specifica a privati che oggi in Italia la gestiscono.

Una normativa per l'organizzazione giuridica della professione deve porsi nell'ottica di rispondere alla realtà di trasformazione istituzionale e sociale in atto nel paese (decentramento e gestione partecipativa del territorio da parte della collettività).

Per ciò proponiamo una normativa dell'organizzazione della professione che:

— sancisca la garanzia per l'utente di esercitare il diritto che gli è proprio all'informazione, da attuarsi con la costituzione della lista degli abilitati presso i tribunali di residenza.

— sancisca a tal fine la laurea come titolo abilitante alla professione — fatte salve norme transitorie — (in analogia con quanto veniva disposto in campo diverso dal D.M. 25 luglio 1970) ristrutturando necessariamente il corso di laurea in aree di qualificazione specifiche e tirocinii formativi rispondenti alle reali necessità dell'utente in collegamento diretto con le Pubbliche Istituzioni.

Ne conseguirà che in materia di diritto del lavoro la sede naturale per la tutela degli psicologi (anche dei moltissimi che sono costretti ad essere liberi professionisti nelle Pubbliche Istituzioni) sarà l'inserimento della categoria nelle Organizzazioni Sindacali che pertanto dovranno tutelarla al pari di ogni altra.

È su questi obiettivi che deve prevalere l'impegno della categoria, delle forze sindacali e politiche per costituire elementi di certezza della denuncia degli attuali contratti (Contratto nazionale degli Enti Locali, Contratto per il personale ospedaliero) che hanno leso e subordinato la figura e la professionalità dello psicologo.

## piattaforma di lavoro scaturita alla conclusione del convegno nazionale su "Lo psicologo: ruolo, tutela giuridica e formazione" tenutosi a Roma il 15-16/12/79

Durante i due giorni di lavoro degli oltre 400 studenti ed operatori impegnati in diverse realtà il dibattito si è focalizzato sui seguenti punti:

- 1) Problema degli sbocchi del movimento di lotta studenti-operatori psicologi che devono confluire in momenti di coordinamento regionale e nazionale. Vogliamo organizzare coordinamenti zionali che permettano l'aggregazione di studenti, laureati, disoccupati, operatori, su un impegno continuo di analisi del territorio nelle sue strutture di intervento socio-sanitario e sull'articolazione dei bisogni emergenti frustrati dalla organizzazione sociale. Dall'analisi è possibile sviluppare momenti di intervento collettivi che aggrediscano certe contraddizioni e permettano di innescare vertenze occupazionali e una ridefinizione della formazione e dell'operatività dello psicologo.
- 2) Concretizzazione del dibattito sul ruolo negli aspetti professionali, formativo e normativo all'interno dei processi di riforma dell'assetto socio-sanitario-educativo del territorio.
- 3) Riaffermazione dell'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale come Riforma Sanitaria nella più ampia accezione del termine e non ridotta a dimensioni medicalizzate. All'interno della considerazione delle varie figure professionali che ne esplicano le potenzialità sanitarie va sottolineata l'importanza scientifica, culturale, professionale e politica dell'inserimento dello psicologo nel ruolo sanitario, nei Decreti Delegati ex art. 47.
- 4) Necessità di una riqualificazione dell'iter formativo che sancisce il Corso di Laurea come unico referente, anche con una diversa dislocazione territoriale. Occorre tuttavia prevederne una ristrutturazione all'interno della Riforma dell'Università sia nel senso di una integrazione con il territorio sia nel senso di un approfondimento della professionalità, attraverso la messa a disposizione ed il confronto all'interno della formazione pubblica di tutti gli strumenti di intervento attualmente offerti da un mercato privato. Data la totale assenza al Convegno del Corpo Docente, si verifica ancora una volta il disinteresse alla vita concreta del Corso di Laurea. Constatiamo la loro partecipazione solamente nei momenti di discussione e spartizione di interessi e poteri. Pertanto li individuiamo come controparte sfuggente ma reale che impedisce una efficace ristrutturazione del Corso di Laurea. Si ribadisce la necessità della chiusura con l'A.A. 1980-81 dei duplicati formativi rappresentati dalle Scuole di Specializzazione e il rifiuto di una loro riproposizione come ulteriore livello specialistico selettivo.
- 5) La prassi operativa dello psicologo è tesa a collegare gli aspetti psicodinamici dell'utente agli ambiti di vita in cui il disagio si esprime, per rimuoverlo, non escluden-

do momenti specifici di riabilitazione e cura, già prevista in diversi servizi prima della Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, deve essere tutelata attraverso convalide sia nelle varie realtà in cui lo psicologo opera sia attraverso un ampio ed approfondito dibattito con forze politiche, sindacali, rappresentanti di Enti locali ed utenti, che individuino gli strumenti legislativi adeguati al riconoscimento di uno stato giuridico al passo con l'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. In assenza di una concreta possibilità alternativa sarebbe pericolosamente inevitabile un ricorso a strumenti di ordinamento e tutela legati al Codice fascista Rocco in una logica di corporativizzazione delle professioni, quali l'Albo e l'Ordine.

Per ottenere ciò in uno spirito democratico e non autoghehettizzante si impongono:

- A) un incontro immediato, entro gennaio, con i responsabili nazionali della Sanità delle forze politiche e sindacali in modo che si pronunciano pubblicamente ed ufficialmente su tali problematiche.
- B) il funzionamento immediato dei singoli coordinamenti.
- C) un successivo incontro nazionale, ad aprile, in cui iniziare una analisi puntuale delle attuali teorie e metodologie di intervento nel campo della psicologia e come queste si trasformino in operatività quotidiana.

## La condizione giovanile

L. 4.500

Introduzione critica alla psicologia degli adolescenti e dei giovani, autori Gerardo Lutte e un gruppo di ricercatori dell'Università di Roma, fatto in coedizione con il Centro cultura proletaria della Magliana. La presentazione rileva efficacemente che:

« Molti libri di psicologia presentano una interpretazione ideologica dell'adolescenza descrivendola come periodo naturale o perlomeno necessario dello sviluppo dell'uomo. Ma se consideriamo l'adolescenza nella sua evoluzione storica, nelle sue variazioni interculturali, nella totalità dei fattori che la strutturano, allora essa appare chiaramente come istituzione socio-economica di emarginazione e di sfruttamento che fa la sua apparizione nella storia delle società umane perché corrisponde a precise esigenze economiche... Lo scopo di questo libro è di presentare un'analisi dell'adolescenza che faccia apparire i suoi legami strutturali con i sistemi socio-economici e di conseguenza metta in rilievo le contraddizioni di classe e di sesso all'interno di questo periodo. Per raggiungere questo scopo il libro comprende una serie di contributi che da vari punti di vista analizzano l'adolescenza: nella storia, nelle società dette primitive e nella società attuale (considerando in particolare le strategie della conoscenza, i problemi familiari e sessuali e le statistiche relative ai giovani »)

COOPERATIVA CENTRO DI DOCUMENTAZIONE  
CASELLA POSTALE 347 — 51100 PISTOIA

**Elio Benevelli**  
**Analisi**  
**di una messa in scena**  
**Freud e Lacan**  
**nel «Casanova» di Fellini**

Collana bianca 15  
 pp. 150 lire 3.500



Attraverso la mitica figura di Casanova, ricondotto dalla sapiente rappresentazione felliniana alla ancor oggi predominante e tenace soggettività maschile, un'analisi dei rapporti tra linguaggio cinematografico e segno linguistico, tra simbolo culturale e simbolo inconscio.

**AA.VV.**  
**Kinomata**  
**Cinema delle donne**  
 a cura di Annabella Miscuglio  
 e Rony Daopoulo

Ombra sonora 1  
 pp. 350 illustrato lire 9.000

Che cosa è il cinema delle donne? Esiste una linea di demarcazione tra cinema «femminile» e cinema «maschile»? Dall'eco positiva suscitata dalla rassegna itinerante *Kinomata*, la prima organizzata in Italia per rispondere a quegli interrogativi, un volume che raccoglie gli sviluppi più recenti del dibattito interno al movimento delle donne sulla critica cinematografica femminista.

**La satira**  
**Storia, tecniche e ideologie**  
**della rappresentazione**  
 a cura di Attilio Brilli

Biblioteca Dedalo 27  
 pp. 344 lire 4.500

Una panoramica di materiali critici (inediti in Italia) essenziali allo studio della satira e del suo specifico linguaggio, articolata sul doppio binario dell'analisi diacronica per epoche ed autori, e della sincronia di modelli e pratiche linguistiche.

**AA.VV.**  
**Il movimento**  
**della poesia italiana**  
**negli anni Settanta**  
 a cura di Tomaso Kemeny  
 e Cesare Viviani

Biblioteca Dedalo 30  
 pp. 200 lire 3.500



Presentando gli Atti del primo convegno del Club Turati sulla poesia italiana degli anni Settanta, questo libro documenta il primo atto di approfondita riflessione teorica intorno al lavoro poetico in corso, il primo passo verso l'individuazione e l'interpretazione del nuovo panorama poetico.

*sono disponibili*

fogli di informazione 1972  
 con indici e raccoglitore  
 L. 3.500

fogli di informazione 1973  
 con indici e raccoglitore  
 L. 5.000

fogli di informazione 1974  
 con indici e raccoglitore  
 L. 5.000

fogli di informazione 1975  
 con indici e raccoglitore  
 L. 5.000

fogli di informazione 1976  
 con raccoglitore (indici in preparaz.)  
 L. 5.000

fogli di informazione 1977  
 con raccoglitore (indici in preparaz.)  
 L. 5.000

fogli di informazione 1978  
 con raccoglitore (indici in preparaz.)  
 L. 5.000

fogli di informazione 1979  
 con raccoglitore (indici in preparaz.)  
 L. 8.000

raccoglitori 1972, 1973, 1974, 1975, 1976  
 1977, 1978, 1979  
 ognuno L. 500

richiedere a: **CENTRO DI DOCUMENTAZIONE**  
**PISTOIA**  
 cas. post. 347 - sul c.c.p. 5/13923