

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

VENTICINQUE ANNI DOPO, ANCORA

TESTIMONIANZE
A TUTELA DELLA LEGGE 180



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

VENTICINQUE ANNI DOPO, ANCORA

TESTIMONIANZE
A TUTELA DELLA LEGGE 180



Libreria  al SEGNO
Editrice

L'IPPOGRIFO

Atti & documenti

VENTICINQUE ANNI
DOPO, ANCORA

TESTIMONIANZE
A TUTELA DELLA LEGGE 180



LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

LIBRERIA AL SEGNO EDITRICE

Questa pubblicazione è promossa dall'Associazione «Enzo Sarli», via De Paoli, 19 - 33170 Pordenone.

Coordinamento editoriale e di redazione

Mario S. Rigoni,
Francesco Stoppa,
Patrizia Zanet.

Redazione

Angelo Bertani,
Daniela Bortolin,
Flavia Conte, Fabio Fedrigo,
Piervincenzo Di Terlizzi,
Giovanni Gustinelli,
Roberto Muzzin,
Luciana Pignat, Lucio Schittar,
Silvana Widmann.

Progetto grafico e impaginazione

Studio Rigoni.

Stampa

Tipografia Sartor - Pordenone.

Stampato nel mese
di gennaio 2004

ISSN 1590-8852-10

Libreria  al SEGNO
Editrice

33170 PORDENONE

TELEFONO 0434 520506

FAX 0434 21334

Copyright © del progetto editoriale:
«L'Ippogrifo» by Studio Rigoni.

È vietata la riproduzione, senza citarne la fonte. Gli originali dei testi, i disegni e le fotografie, non si restituiscono, salvo preventivi accordi con la Redazione. La responsabilità dei giudizi e delle opinioni compete ai singoli Autori.

Autori e collaboratori:

MAURIZIO BAIT, giornalista, Udine.
MARIA BONATO, sociologa, Pordenone.
DANIELA BORTOLIN, ref. psych. per coop. sociale, Roveredo (Pn).
ANGELO CASSIN, psichiatra, Pordenone.
MARIO COLUCCI, psichiatra, Trieste.
PEPPE DELL'ACQUA, psichiatra, Trieste.
FRANCO FASOLO, psichiatra, Padova.
FABIO FEDRIGO, pres. cooperativa sociale, Porcia (Pn).
PIERO FELICOTTI, psichiatra, Macerata.
FRANCA FORNASIERI, assistente sociale, Pordenone.
FERRUCCIO GIACANELLI, psichiatra, Bologna.
TALI MATTIOLI CORONA, pres. associazione familiari, Oderzo (Tv).
ARDEA MORETTI, ref. psichiatria per coop. sociale, Pordenone.
ROBERTO MUZZIN, pres. cooperativa sociale, Cordenons, (Pn).
FRANCA ONGARO BASAGLIA, saggista, Venezia.
SERGIO PIRO, psichiatra, Napoli.
ANNA POMA, psicologa, Venezia.
PIER ALDO ROVATTI, filosofo, Trieste.
LUCIO SCHITTAR, psichiatra, Pordenone.
FRANCESCO STOPPA, psicologo, Pordenone.
FULVIO TESOLIN, psichiatra, Pordenone.
PAOLO TRANCHINA, psicologo, Firenze.
CARLO VIGANÒ, psichiatra, Milano.
PATRIZIA ZANET, infermiera psichiatrica, Pordenone.

Sostengono la pubblicazione de «L'Ippogrifo»:

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 «FRIULI OCCIDENTALE»
E DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE di Pordenone;
COMUNE DI PORDENONE, COMUNE DI SAN VITO AL TAGLIAMENTO;
AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI PORDENONE;
COOP ACLI, Cordenons; COOP FAI, Porcia;
COOP SERVICE NONCELLO e COOP ITACA, Pordenone;
LICEI RIUNITI «LEOPARDI-MAJORANA» di Pordenone,
LICEO «TORRICELLI» di Maniago.

Un particolare ringraziamento a:

ORietta Antonini, Sandra Conte, Anna Piva e Carlo Sartor.

In copertina: Pablo Picasso, *Due donne che corrono sulla spiaggia* (1922).
Museo Picasso - Parigi.



Questa pubblicazione è stata realizzata
con il contributo della Fondazione
Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone

Per inviare contributi, riflessioni e impressioni, scrivere a:
Redazione «L'Ippogrifo» c/o Studio Rigoni, viale Marconi, 32
33170 Pordenone. Telefono e fax: 0434 21559.
E-mail: Rivistaippogrifo@tuttopmi.it Stoppa.moro@tin.it
«L'Ippogrifo» è distribuito dalla «Libreria al Segno Editrice».

Il campo etico della Legge 180

FRANCESCO STOPPA

La Legge 180 ha determinato uno scenario nuovo, che è in primo luogo un scenario etico. (Dall'intervista a Peppe Dell'Acqua, in questo volume).

L'approvazione, nel 1978, della Legge 180 non ha significato solo il superamento degli ospedali psichiatrici. Ha significato soprattutto il ritorno della contraddizione rappresentata dalla malattia all'interno della città. I promotori di quella Legge sono spesso dipinti come dei rivoluzionari, ma questo, con ogni probabilità, è il modo per misconoscere un'operazione di civiltà che ha ricondotto nel cuore del legame sociale la sua "parte maledetta". Infatti, una comunità diviene pienamente umana solo se edificata intorno al proprio punto d'alterità, a questo vuoto incandescente che non rigetta ma circoscrive, che non zittisce ma si ingegna ad ascoltare. In uno dei suoi scritti, Franco Basaglia ricorda l'etimologia greca del termine terapia, la questione – tutt'altro che pacificante, per quanto costitutiva – del sacro che vi abita. La malattia, la morte, la sessualità, tutto ciò che è dispendio e non profitto; le contraddizioni e i conflitti che attraversano e segnano l'esperienza individuale e collettiva del vivente; le differenze che stridono e si agitano, non sempre facilmente conciliabili, all'interno della società: respingere tutto ciò fuori dei propri confini è stata la tentazione insita in ogni modello utopico di comunità.

Ma era la segregazione di ieri quella che, in nome di un Bene superiore, escludeva, con decisione e brutalità, i portatori di diver-

sità, quella che cancellava dei diritti. Quella delle istituzioni totali come il manicomio. Oggi (e Basaglia, mentre lavorava per il superamento di quel tipo di segregazione, già prevedeva le nuove forme con le quali si sarebbe presentata vent'anni dopo) la segregazione si realizza per vie incruente se non allettanti. Da un lato omologando e includendo a più non posso i soggetti, in

posizione di utenti consumatori, nel sistema globalizzato della circolazione dei beni, dall'altro istituendo, per tutto ciò che genera conflitto e disagio, non tanto la segregazione forzata quanto un'efficiente tecnologia di prestazioni specialistiche (basate sull'evidenza e di provata efficacia!).

Specialisti per tutto, perfino per organizzarci il tempo libero, chiamati a gestire le contraddizioni, a rispondere del reale che ancora si agita nel vivente: la "parte maledetta" – come l'ha chiamata Bataille, quella che caparbiamente resiste, con la sua complessità, al programma di facilitazione dell'esistenza, all'utopia di una società felice – non sarà più messa in catene fuori dalla città ma testata, radiografata e sezionata, fatta oggetto di sofisticate tecnologie comportamentali e riabilitative, ricondizionata. Fino a diventare fonte di investimento e reddito.

I pazienti vengono di conseguenza riclassificati come utenti di Servizi specialistici, secondo quel programma di "invalidazione

assistita” che, come ci ricorda Colucci nel suo intervento, era già stato profetizzato da Michel Foucault quale esito della pianificazione delle cure da parte del potere biopolitico moderno. Da una condizione di alienazione che metteva determinati individui al bando della comunità, individui ai quali venivano sospesi i diritti civili, si è giunti all’alienazione dei soggetti moderni, fruitori di un sistema che promette l’evitamento delle contraddizioni e la risoluzione di tutti i bisogni: ad essi non si richiede più alcun livello di responsabilità, neanche nella formulazione di una propria domanda di cura o di salute. Tantomeno nella gestione della comunità. *I senza diritti di un tempo sono oggi i senza doveri.*

È, indubbiamente, la fine della politica come campo nel quale il desiderio del singolo si pone in tensione dialettica con l’organizzazione sociale, dove il particolare può contagiare con la sua cifra umana l’universale.

Non abbiamo, qui, voluto celebrare una legge, la 180, né santificare i suoi promotori. Abbiamo, piuttosto, convocato degli amici autorevoli (psichiatri, psicologi, psicoanalisti, giornalisti, assistenti sociali, sociologi, filosofi, responsabili di cooperative sociali, familiari), per discutere insieme sui nuovi scenari della salute mentale, che non possono ovviamente non essere solidali con le forme attuali del legame sociale, coi modi con cui si presenta oggi il disagio della civiltà. Negli scritti, nelle interviste che seguono, non ci si ferma a elencare i meriti di una legge o a bearsi sugli allori di una riforma che, comunque, ha fatto scuola in tutto il mondo. La preoccupazione degli autori è semmai quella di come far fronte alle difficoltà che una realtà ancora più simbolicamente impoverita di quella di trent’anni fa pone all’ascolto di soggettività in crisi. E se si parla di politica e di politica dei Servizi, di trasmissione culturale, di clinica e di nuove forme di sofferenza, ci si ferma anche a riflettere sul tema, fondamentale, della formazione e motivazione degli operatori (decisive per garantire quella *animazione dei Servizi* di cui parla Viganò).

L’importante è ragionare su cosa significhi *oggi* portare avanti lo spirito della riforma, partendo dal fatto che, almeno in buona parte d’Italia, la situazione non è quella di 25 anni fa. Se, ad esempio, possiamo affermare «C’era una volta il manicomio», dobbiamo chiederci se possiamo ugualmente dire «C’erano una volta le istituzioni totali». Il rischio che le istituzioni si facciano segreganti non viene infatti cancellato da nessuna legge, né lo si può prevenire una volta

per tutte: è insito nel percorso di civiltà. Come ha dimostrato la storia del XX secolo, è qualcosa di latente nella ragione stessa dell’uomo.

Cosa dobbiamo farcene di questa preoccupazione etica, noi che ci occupiamo (speriamo non come “specialisti”) di salute mentale, noi che, nella fattispecie, nel condurre la nostra pratica ci raccogliamo in quel dispositivo fondamentale che si chiama *équipe* (che dovrebbe essere innanzitutto una forma di pensiero, e che è già una piccola comunità)?

Dobbiamo sapere che la cura è in primo luogo *cura dell’istituzione*: come insegna la psicosi, *cura dell’Altro*. E che un compito dell’*équipe* è il decomplesamento dell’istituzione; umanizzarla significa che essa non deve mai essere “tutta”, cioè totale, o far parte di un sistema di assistenza globale. Franco Fasolo ha scritto che l’*équipe* dev’essere “il traditore interno” dell’istituzione, cioè l’elemento capace di fare eccezione, fare ostacolo alla sua naturale tendenza alla burocratizzazione e alla tecnologizzazione delle risposte al disagio del soggetto.

Un’istituzione aperta, non segregativa, non è un’istituzione nella quale la maggior parte dei dirigenti e degli operatori sono di idee progressiste, ma quella che non si propone come proprio obiettivo la risposta a tutti i bisogni, la completa pianificazione dell’assistenza; che non obbedisce a un modello ideale delle cure. Non solo perché ritiene che il compito terapeutico sia, casomai, quello di contribuire a che ciascun paziente costruisca le sue soluzioni, ma soprattutto perché pensa che la salute sia un valore *umano* e non sanitario o assistenziale; che la salute mentale non sia solo un bene che ha a che vedere con la cosiddetta psiche, ma che dipenda soprattutto da determinate condizioni del legame sociale.

Qualche volta si rivela terapeutico rilanciare il valore delle parole che usiamo tutti i giorni, dopo averne forse impoverito il senso autentico rendendole degli slogan conditi di retorica. Uno dei termini più logorati, da questo punto di vista, è l’aggettivo “territoriale”. Ora, la strategia *territoriale* dell’assistenza non coincide con la sola esclusione fisica del manicomio, non può ridursi ad essere l’effetto di una nuova normativa sanitaria, ma è quella che si inventa e re inventa facendo *équipe* con quanto la comunità è in grado *qui ed ora* di offrire.

Si fa *équipe* nella pratica “spicciola” d’ogni giorno e lo si deve fare – perché la cosa tenga veramente – anche sul piano della condivisione di certi ideali, ad un livello, cioè, culturale (noi, per

essere operatori della salute mentale, non possiamo non essere anche degli operatori culturali). Il nostro compito diventa allora quello di far intendere agli amministratori, ai politici, ai cittadini, che l'infiltrazione di soggetti come si dice oggi "diversamente abili" nel tessuto vivente della comunità non può essere considerata *una concessione*, conseguenza di una politica particolarmente illuminata, ma tutt'altro: un antidoto necessario affinché il legame sociale non perda la sua cifra più autentica. Ogni volta che si rivela incapace di tenere presso di sé ciò che gli è più proprio, la sua matrice irrazionale, esso si impoverisce e si indebolisce. La complessità e le differenze che lo abitano ne sono infatti la più grande ricchezza.

Come operatori di salute mentale, noi non dovremmo (come spesso purtroppo ci capita di dover fare) supplicare un posto nella società per i nostri assistiti, ma testimoniare di come la malattia e il disagio, lungi dall'essere bubboni da isolare o controllare, o su cui esercitare il proprio altruismo, siano espressioni di una domanda capace di interrogare la comunità nei suoi fondamenti di senso: un bene prezioso, quindi, e non un difetto di fabbrica.

Certo la salute mentale si produce quando non è solo la psichiatria a doverne rispondere, quando essa è il bene per eccellenza di una società. Chi

lavora in psichiatria deve però avere coscienza della necessità di sapersi trasformare e di adattare i propri strumenti alle nuove realtà cui si deve far fronte, che sono nuove espressioni del disagio, nuovi contesti sociali, urbani, culturali.

Non esiste un problema di fedeltà ad una legge (anzi, se all'occorrenza non sapremo adeguarla noi ai tempi nuovi, qualcun altro – come si tenta di fare continuamente – la cambierà con ben altre finalità), ma di fedeltà ad un compito. Per questo è bene non dimenticare ciò su cui Basaglia stesso insisteva: quando qualche dispositivo istituzionale sembra appagarci e funzionare a regime, allora è giunto il momento di trasformarlo. Un'idea – anche la migliore – che diventa *sistema* produce sempre, infatti, un'erosione degli spazi di soggettività, il sacrificio delle differenze a favore di un modello compiuto. Tutto ciò può aiutarci ad abbozzare (possiamo forse farne a meno?) una teoria della salute; salute che – soprattutto alla luce della pratica istituzionale – ci sembra coincidere col movimento dialettico grazie al quale quell'eccezione che chiamiamo "soggetto" mantiene una posizione sufficientemente creativa all'interno dell'organizzazione sociale (anziché divenire oggetto di segregazione in nome di qualsivoglia Ideale).

Questo è il campo etico aperto dalla Legge 180.



*Dedicato a
Augusto Casasola
Enzo Sarli
Girolamo Jacobelli*

Salvador Dalí (1904-1989), *La persistenza della memoria* (1931). Museo d'Arte Moderna - New York.



VENTICINQUE ANNI DOPO, ANCORA TESTIMONIANZE A TUTELA DELLA LEGGE 180

La presentazione in Parlamento nel corso degli ultimi due anni di progetti di legge sull'assistenza psichiatrica miranti a riformare a fondo la Legge 180 del 1978 (progetti Burani-Procaccini, Cè, Gubetti, Moroni) ha suscitato allarme nella grande parte degli operatori della psichiatria italiana e, con loro, dell'opinione pubblica più sollecita nei riguardi dei problemi della salute mentale. Recentemente l'interesse per la questione appare attenuato, anche perché l'esame di quei progetti di legge da parte della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati sembra assai arrestato per motivi sia di ordine finanziario, sia di rilevanza costituzionale. Pure, crediamo sia necessario mantenere vivo l'interesse per un problema – o meglio, un insieme di problemi – in cui vengono messi in gioco principi e valori fondanti del nostro vivere civile. Per dovere di brevità non entrerà qui nel dettaglio dell'articolo dei diversi disegni di legge che ritengo ormai sufficientemente noti. Preferisco suggerire alcune riflessioni più generali che essi richiamano e che spesso rischiano di essere trascurate per le semplificazioni indotte dalla polemica immediata.

Una legge per l'assistenza psichiatrica solo a uno sguardo superficiale può essere vista come "strumento tecnico-sanitario" ideato per dettare norme circa l'organizzazione di un *settore specifico* della medicina. Se così fosse dovremmo chiederci: perché mai fra tutte le branche mediche solo la psichiatria avrebbe necessità d'una legge specifica e particolare? In realtà, nella problematica della legislazione psichiatrica si celano questioni cruciali che investono la concezione della libertà della persona e il riconoscimento della dignità della sofferenza mentale.

La normativa che aveva retto la psichiatria italiana fino al 1978, nota come Legge Giolitti del 1904, dettata unicamente da esigenze di difesa dell'ordine costituito (nel senso più ampio del termine: dall'"ordine pubblico" comunemente inteso al

La psichiatria non ha bisogno di leggi speciali

FERRUCCIO GIACANELLI

sistema dei lavori su cui reggeva la società post-unitaria in tutte le sue articolazioni) era sostenuta da una visione pessimistica dell'umanità "deviante" per "infermità mentale", visione fortemente stigmatizzante e discriminatoria che produceva come sua conseguenza un dispositivo segregante. La Legge 180, che subentrò alla legge del 1904, *non era una legge per la psichiatria*: le riconosceva la valenza esclusiva di attività rivolta alla tutela della sofferenza medico-psicologica e la inseriva a pieno diritto nel sistema della sanità generale.

Ritornando al dibattito odierno, appare molto interessante e rivelatrice la lettura delle relazioni di presentazione che precedono i nuovi progetti di legge. Si critica la Legge 180 definendola *legge ideologica* in quanto sarebbe fondata esclusivamente o prevalentemente sul presupposto teorico della *sociogenesi* dei disturbi mentali. In realtà, quando a partire dai primi anni '60 costruimmo la riforma dell'assistenza psichiatrica con una lunga fase di concrete e sofferte esperienze pratiche antimanicomiali – da Gorizia a Perugia, da Parma a Reggio Emilia, da Arezzo a Ferrara a Trieste, e in tante altre città – la società italiana era tutta animata da una *tensione trasformativa* che portava a importanti conquiste civili e che non poteva non investire anche la cultura della psichiatria. Questa abbandonava il suo tradizionale e grigio medicalismo e si apriva al dialogo con le scienze dell'uomo (antropologia culturale, psicologia psicodinamica e così via). Fu possibile così per la prima volta recuperare – addirittura: "percepire" – il sofferente come *persona*, nella sua storia, nel suo ambiente, nella rete delle sue relazioni sociali, una persona che esigeva la sua *comprensibilità* e richiedeva solidarietà e riconoscimento del diritto alla piena *inclusione* nella vita sociale.

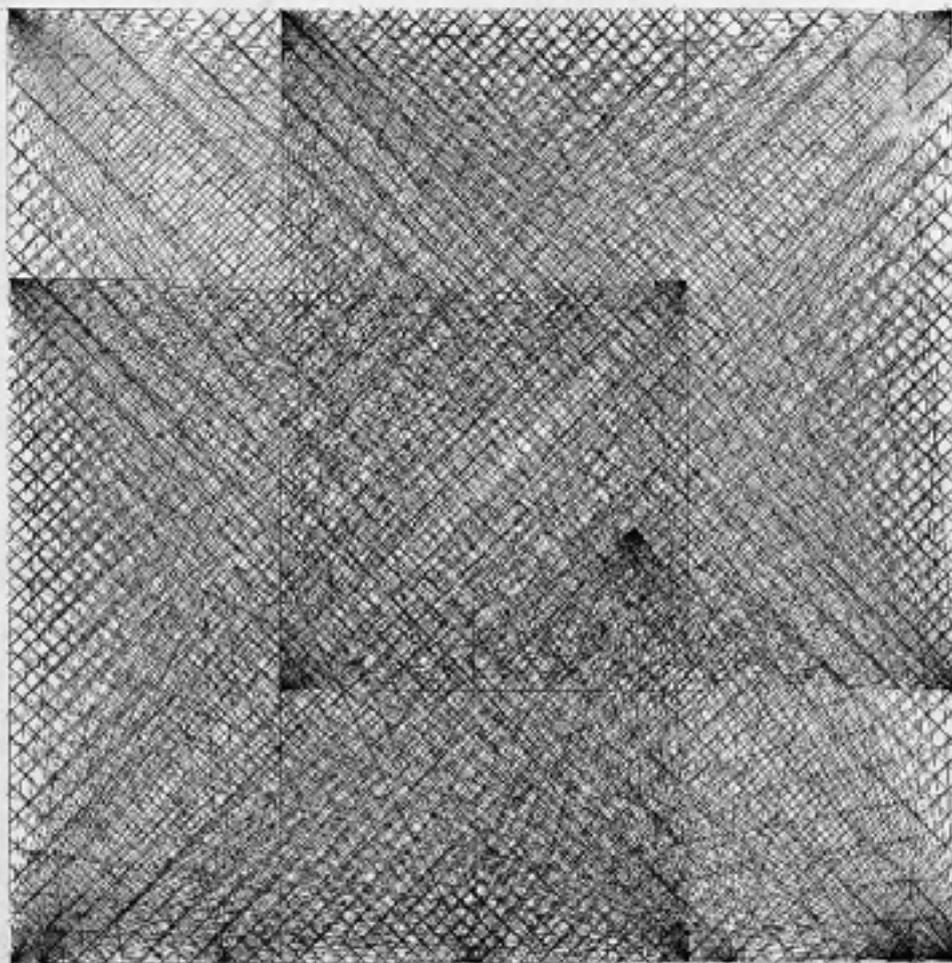
Oggi la società italiana sembra scivolare verso un appiattimento del suo orizzonte di valori, narcotizzata, quasi e incapace di accogliere gli stimoli critici che pure ci vengono dall'esperienza della sofferenza

Paul Klee (1879-1940),
Un angelo ancora femmina (1939).
Kunstmuseum - Berna.

mentale e dal disagio esistenziale sempre più diffuso. Nei nuovi progetti di legge si avverte l'avanzare di un nuovo paradigma psichiatrico – questo sì, *ideologico* – uno scientismo algido ispirato a un malinteso modello medicobiologico che si pretende “neutrale” ma che nasconde una visione pessimistica e disperata dell'uomo mentalmente malato, reso nuovamente incomprensibile; la diffusione di questa cultura tecnocratica fa sì che ad ogni evento abnorme venga attribuito lo stigma della follia, che serpeggi una nuova intolleranza per l'alterità/alienità; che la sofferenza psicopatologica sia condannata ad una *moderna* gestione disciplinare o “correzionale” in vista

della difesa di un nuovo ordine costituito. La psichiatria non ha bisogno di leggi speciali. Occorrono ben altre cose. Intanto, che le Regioni la riprendano saldamente in mano e, destinando le risorse che comunque esige la sua ulteriore qualificazione, ne facciano nuovamente un terreno *politico* di partecipazione dei cittadini e di impegno all'emancipazione e alla solidarietà.

Soprattutto, poi, che la stessa psichiatria non rimanga isolata nella sua *routine* medica e che come già fece agli inizi del lungo cammino verso la 180, ponga nuovamente i suoi interrogativi a quei campi del sapere che possano alimentare un'autentica prospettiva “antropologica”.



Questa opera grafica (acquaforte) e tutte le altre che accompagnano i testi di questa pubblicazione sono dell'artista pordenonese Massimo Bottecchia (1928-1980), e sono tratte dal libro *Bottecchia - Una matematica tragica e luminosa* pubblicato nel 2003 dalla Biblioteca Civica di Pordenone.

La scelta di campo

Intervista a Peppe Dell'Acqua

A CURA DI ANNA POMA E MARIO COLUCCI

Iniziamo questa intervista chiedendo a Peppe Dell'Acqua se condivide con noi la necessità di uscire da un dibattito intorno alla Legge 180. Pensiamo che si debba dare per acquisito che la 180 è un'ottima legge e che continuare a dibattere su di essa sia soltanto un alibi per non parlare effettivamente di ciò che accade a livello dei poteri e dei saperi della psichiatria attuale.

■ Sono d'accordo con voi. La Legge 180 è una scelta di campo assolutamente chiara su cui non ha più senso discutere. Oggi bisogna invece occuparsi dei meccanismi e dei dispositivi organizzativi che sono conseguenze di questa legge e non necessitano di ulteriori specificazioni normative.

Ti riferisci a quanto è accaduto in molte realtà italiane, prima fra tutte Trieste?

■ L'esperienza che facciamo a Trieste ci parla continuamente di questa scelta iniziale perché le nostre pratiche ne sono la conseguenza. Il confronto con altri paesi europei lo mostra immediatamente: in questo periodo, ad esempio, abbiamo un programma di cooperazione con la Macedonia, un paese impegnato a ricostruire il suo assetto democratico e legislativo anche nel campo della salute mentale. Ebbene, gli psichiatri macedoni si sono messi al lavoro con i loro colleghi di altri paesi europei e hanno iniziato a scrivere una legge che corrisponde ad una precisa scelta di campo. Ben diversa dalla nostra. Quella cioè di mettere al primo posto la malattia, la clinica, la diagnosi, il rischio, la pericolosità e di verificare i dispositivi organizzativi a partire da queste priorità: ospedali, ricoveri, modalità di contenzione, ricoveri coatti che privano di diritto, di libertà, di dignità. Una legge dunque che traduce una scelta di campo, le cui conseguenze sono incompatibili con l'assetto di una moderna democrazia, con quello che oggi dovrebbe essere garantito in tema di libertà costituzionali ossia il diritto effettivo di cittadinanza.

E che, per questo, come accade nei paesi anglosassoni e in tutti i paesi europei, costringerà a formulare linee guida e norme di garanzia, attivare commissioni di controllo che dovrebbero

su un piano assolutamente formale garantire quel diritto che quella scelta di partenza sospende inderogabilmente.

Potremmo dire che la premessa, cioè la scommessa fatta in Italia, è quella di impegnarsi a riportare la persona, ancorché sofferente di disturbo mentale, all'interno del contratto sociale?

■ Esattamente. E non fare questa scelta significa sottrarre libertà, diritti e cittadinanza per poi impegnarsi in modo surrettizio a elaborare una sequela di garanzie, che però non restituiranno mai più al soggetto il diritto a una vera cittadinanza. Ma ci metteranno il cuore in pace, magari normando esattamente quante ore è lecito che una persona sia legata al letto di un ospedale, quanti elettroshock le si possano fare, quale comitato deve essere interpellato per mettere mano al suo cervello, quale istituzione bisogna organizzare perché la possibilità di internarla non strida troppo con i diritti costituzionali alla libertà e all'integrità del corpo, a non vedere violato con troppa evidente brutalità il suo corpo. Partendo invece dalla nostra scelta di campo dobbiamo ragionare sulle conseguenze che ha prodotto in molte parti d'Italia; in particolare sulle consapevolezze che si sono create fra utenti, familiari e cittadini coinvolti sull'esperienza della sofferenza psichica e delle organizzazioni costruite per affrontarla. Ricordando la disperazione, il destino di esclusione, che in passato accompagnava la diagnosi di malattia mentale, comunque, possiamo dire che il senso del nostro lavoro oggi – la chiusura dei manicomi, la deistituzionalizzazione – sia stato, e continui ad essere quello di riportare questa disperazione nel quadro di una vivibilità umana. Restituire le persone, i matti intendo, alla comune infelicità della condizione umana. Questo il senso infine del nostro lavoro.

A questo proposito, Peppe, sarebbe utile riprendere un'affermazione di Maria Grazia Giannichedda al convegno di Trieste del 1998 «Franco Basaglia. La comunità possibile». «Non è suffi-

ciente aver progressivamente esteso i diritti civili alle donne, ai bambini, ai poveri e perfino ai matti. Per non essere un cittadino solo sulla carta, per non essere di fatto esclusi da un'idea di cittadinanza che la storia europea ha calibrato inizialmente per un cittadino maschio, bianco, ricco, sano e colto; per non doverci arrendere al fatto che un tale abito continua ad essere inadeguato, inadatto, inabitabile per ancora molti individui, per ancora molti di noi; è necessaria una consapevole rivisitazione dei trattati internazionali – la scadenza europea è imminente –; e l'acquisizione di strumenti giuridici e politici adeguati a rendere davvero possibile e per tutti la pratica del diritto». Ovvero ancora molto resta da fare.

■ Certo, condivido completamente queste affermazioni di Maria Grazia. Aggiungo che è necessario tentare di inverarle, qui ed ora, con insistenza sul piano operativo, nel lavoro quotidiano. Come quando diciamo “mettere tra parentesi la malattia” io non riesco a cogliere quest'affermazione se non come indicazione operativa: costruire percorsi, rimuovere ostacoli, attivare risorse per mettere al centro la persona, i suoi bisogni, la sua storia, le sue relazioni. Oggi occorre riappropriarsi di uno sguardo critico su ciò che in concreto accade nelle pratiche della salute mentale. Occorre riaprire il dibattito sulla qualità dei servizi, sui modelli organizzativi, sulle risorse in campo, sulla riduzione della salute mentale alla sola psichiatria. Occorre tornare a mobilitarsi. Il Forum Salute Mentale che sta prendendo corpo in questi mesi (in ottobre si è tenuto a Roma il primo incontro nazionale) chiama in questa direzione.

A questo punto, però, potremmo provocarti e indurti a parlare del tuo ultimo libro Fuori come va? [Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico dei servizi, Editori Riuniti, Roma, ndr] che sta riscuotendo notevole consenso di critica e successo di vendite. Un libro bello e trasparente, di cui si apprezza particolarmente l'appropriatezza e la chiarezza del linguaggio ai fini di una corretta divulgazione. Per chi hai scritto questo libro? Chi è il tuo principale interlocutore? La famiglia o la persona con disturbo mentale?

■ Nell'elaborazione e nella scrittura di questo libro, come conseguenza di quella scelta di campo, ho tentato di mettermi (per quanto mai posso esserne capace) nei panni della persona affetta da schizofrenia che l'avrebbe letto. Ed è così che mi sono reso conto di una serie di “im-

purità”, potrei dire di “offese”, che ancora permangono nel mio linguaggio di psichiatra. Ho compreso su un piano operativo che le parole della psichiatria offendono le persone perché le invalidano, e che erano necessarie diverse stesure e riletture del libro per evitare quelle offese e quelle invalidazioni. È quello che è successo, qualche settimana fa a Livorno in occasione di una presentazione del mio libro mi ha confermato la bontà di questo sforzo. A presentarlo erano una madre e due donne con disturbo mentale che facevano parte di un'associazione di auto-aiuto. Queste ultime mi hanno raccontato di aver letto il libro insieme a tutte le persone del gruppo, dalla prima all'ultima pagina, sottolineando con l'evidenziatore tutti i passaggi che a loro avviso erano degni di nota. Nel primo capitolo, quello che parla di schizofrenia, per loro erano così tante le cose da sottolineare che non bastavano più gli evidenziatori! Questo hanno detto le due donne e una di loro ha aggiunto: «Mi sono sentita compresa per la prima volta – io che ho una diagnosi di schizofrenia – e ho avuto strumenti per comprendere anche gli altri attorno a me. Soprattutto, ho riconosciuto – lo sapevo già, ma tu lo hai scritto – che io non sono sempre schizofrenica. Posso esserlo, ma non lo sono sempre. Di questo ti ringrazio molto, perché mi aiuti a farlo capire agli altri».

Che cosa ti ha insegnato questa circostanza?

■ Ha ribadito che il destino delle persone con schizofrenia non è più un destino segnato. Che è assolutamente possibile una comunicazione con loro. Che è possibile trasgredire la distanza, apparentemente invalicabile, tra psichiatra, paziente, famiglia. Ha ribadito che bisogna realizzare azioni ed elaborare dispositivi normativi perché questa distanza venga ridimensionata nei diversi contesti, perché renda possibile le relazioni. Nella sua “secchezza” la Legge 180 fa questo, pone le condizioni per promuovere continuamente relazioni. Così scarna ed essenziale nella sua impostazione, è come un seme che messo in un terreno fertile produce una pianta vigorosa. In quelle poche righe c'è il DNA di tutte quelle conseguenze virtuose di cui parlavamo prima.

Come l'articolo 1 della Costituzione?

■ Come l'articolo 1 della Costituzione. Oggi i frutti di questa semina sono sempre più visibili: penso ai campionati di calcio fatti da organizzazioni di utenti, ai gruppi di lavoro sulla crea-

tività, alle associazioni di auto-aiuto, alle cooperative sociali, ai gruppi teatrali e a tante altre occasioni di protagonismo e di rimonta. Ed è immediatamente chiaro quali sono le differenze rispetto al passato, ma anche quante cose restano da fare. Può accadere, ad esempio, che parlando di queste attività, le persone che ne sono coinvolte e gli operatori usino un linguaggio ancora arcaico e stigmatizzante, anche se le relazioni che attuano sono al contrario assolutamente nuove, libere, normali. Figlie della scelta di campo di cui abbiamo parlato.

Una scelta che ci fa mettere a fuoco prima di tutto i meccanismi che rendono liberi e cittadini, piuttosto che i meccanismi che rendono malati?

■ Proprio così.

Va detto, però, che in Italia esistono vari tipi di servizi, buoni servizi, cattivi servizi, quelli che hanno fatto la scelta che tu dici, quelli che non ci pensano affatto. Ciò che forse li accomuna, tuttavia, è un consenso rispetto alla medicalizzazione delle pratiche terapeutiche. Pensiamo alla continuità terapeutica, sulla quale a Trieste ci siamo interrogati spesso: un tema che s'intreccia con quello della soglia d'accesso ai servizi, del filtro alla domanda, della cronicizzazione. La continuità terapeutica spesso rischia di venir realizzata nei servizi soltanto nella forma di una verifica periodica di un trattamento farmacologico e non in quella di un progetto terapeutico individualizzato. Che cosa resta da fare perché – dopo aver fatto una scelta di campo – l'attenzione alla soggettività della persona non diventi soltanto di nuovo il contenimento di una manifestazione malata, dei sintomi della malattia?

■ L'ottimismo, che cito nel mio libro e che cerco di articolare nella mia pratica, sta proprio nel tentativo di far emergere i soggetti, il protagonismo dei soggetti. È ovvio che detto questo, non posso dire che finalmente sono tranquillo. I saperi scientifici, le tecniche, le politiche, le economie, l'utilizzo delle risorse rispondono a logiche che non comprendono affatto il protagonismo dei soggetti. A dispetto di molte buone leggi e di tutto quello che è accaduto, le risorse sono spesso gestite in modo burocratico, se non addirittura antidemocratico. Non sono orientate verso il cittadino e la persona. Per questo la scelta di campo fatta venticinque anni fa con la Legge 180 – e oggi ripresa con normative come la 328, i progetti di zona, le aree sociosanitarie, il cittadino al centro del dispositivo organizzativo – deve il-

luminare e guidare un processo di democratizzazione. Che cosa fanno però i tecnici e le scuole di formazione? Riescono a individuare la continuità terapeutica e a calibrare le risposte su di essa? Riescono a riorganizzare l'utilizzo delle risorse, l'impiego del danaro, degli spazi, del nostro stesso sapere? Purtroppo in molti casi non ci riescono.

Spesso i nostri propositi confliggono con una pratica quotidiana che diventa sempre più ambulatoriale, fatta di visite specialistiche e di consulenze. Non sarebbe legittimo, oggi, riproporre la questione dell'accesso, del filtro e della qualificazione della domanda? Nel momento in cui si parla del diritto di tutti i cittadini di aver accesso a una prestazione, a una risposta, non si rischia di crollare sotto il peso di una domanda fuori misura? In fondo, il compito di un buon servizio di salute mentale è quello di occuparsi, in primo luogo, del disturbo mentale grave, perché se non ce ne occupassimo noi, con i nostri strumenti e la nostra cultura, nessun altro se ne occuperebbe.

■ Lo scrivo nel libro: i servizi di salute mentale si devono occupare prioritariamente della persona con disturbo mentale severo e delle aree di grave problematicità, della prevenzione della cronicità. Con queste osservazioni mi rivolgo alla maggior parte dei servizi di salute mentale, i quali invece spendono molte delle loro risorse per fronteggiare la parte di domanda che potremmo definire più "leggera", condannando ad una doppia esclusione le persone con disturbo mentale severo. Per affrontare il problema che chiamerei del disagio o della psichiatria "leggera", oggi dobbiamo mettere in campo strategie diverse finalizzate alla prevenzione, lavorando con i Distretti Sanitari per far fronte a situazioni complesse e dolorose come l'Alzheimer o l'handicap o altro. Dobbiamo intervenire sulle politiche generali della salute, contribuendo allo sviluppo della rete distrettuale e trasformando via via la nostra azione, da presa in carico diretta del piccolo problema a consulenza agli operatori, a formazione per la presa in carico nel territorio. A Trieste, comunque, nei Servizi di Salute Mentale vediamo il 20 per mille della popolazione, cioè circa 4000 persone mediamente in un anno, e di queste più della metà ha un disturbo mentale severo, cioè nello spettro della psicosi come schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbi gravi di personalità con scompensi psicotici, disturbi maniaco-depressivi.

È questo, appunto, il compito prioritario di un Servizio di Salute Mentale?

■ Esattamente, ma non si possono trascurare tutte le aree circostanti. Penso, ad esempio, alla questione dell'accoglienza degli immigrati. Se non prevediamo subito delle soluzioni adeguate, è piuttosto probabile che alcune situazioni esplodano, costringendoci ad affrontarle magari nelle strutture dell'emergenza. Per questo bisogna fare gli interventi di prevenzione, che costano poco in termini di risorse, ma possono avere un grande valore in molte aree di profondo disagio.

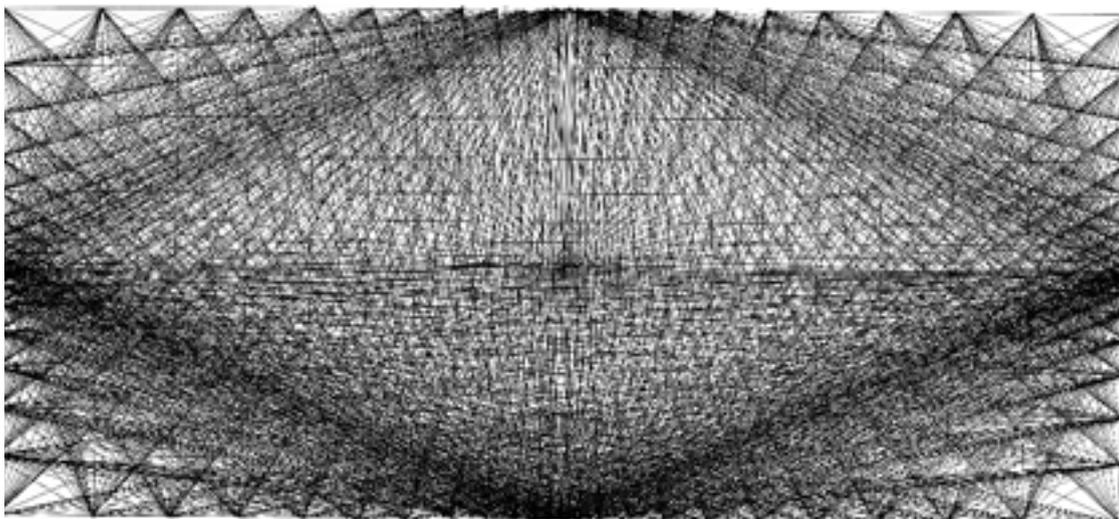
Questo per quanto riguarda il fronteggiamento, la presa in carico di situazioni nuove. Ma per quanto riguarda l'assistenza, soprattutto per problematiche legate all'invecchiamento della popolazione, problema particolarmente acuto a Trieste, come dobbiamo muoverci?

■ Oggi, più di qualche anno fa è possibile restituire dialettica a questa domanda, riproponendola all'interno di una rete di assistenza distrettuale.

Tu disegni un quadro ottimistico per il futuro. Però, se teniamo conto di altre valutazioni, le prospettive sembrano meno confortanti. In un documento elaborato l'anno scorso dagli operatori lombardi per l'assistenza nel campo della salute mentale (OpLA), in occasione di un incontro con gli operatori di Psichiatria Democratica del Triveneto, emergeva una programmazione delle politiche di assistenza, il cui asse appare tutto spostato verso "un modello liberista, che impone nuove pratiche non più centrate sull'individuo storico, ma sul cittadino cliente, non

su efficacia e diritti, su efficienza e remuneratività attraverso l'affermazione delle compatibilità economiche (limitatezza delle risorse) come variabile indipendente [...] Si sta configurando un rapporto diverso fra cittadini e aziende sanitarie produttrici di beni/servizi, con il passaggio da un piano di contratto sociale a uno di contratto economico. La centralità non è più nel servizio, ma nell'utente, che acquisisce la nuova veste di cliente e acquirente. Gli utenti vengono differenziati per fasce di potere contrattuale (forti e benestanti, che possono acquistare prestazioni qualificate/deboli e poveri, che devono essere assistiti) e i servizi vengono differenziati non più per competenza territoriale, ma per tipologia e target di clientela". A questo punto viene da chiedersi: che cosa succede nel caso di una persona che ha scarsa contrattualità sociale, che non vuole o non è in grado di esprimere una scelta di cura, di una persona che non consente e che magari resta chiusa in casa, come un ragazzo che ha un esordio psicotico? Chi se ne farà carico?

■ Oggi è diventato evidente cosa ostacola i nostri sforzi di cambiamento. Ad esempio, un sistema di organizzazione dei Servizi Sociali che in questi anni non è assolutamente mutato. Per questo, in Friuli Venezia Giulia il progetto di riorganizzazione della Sanità della nuova Amministrazione Regionale intende realizzare qui una sorta di laboratorio per affrontare i nodi cruciali complessi, per ricostruire il sistema sociosanitario, per spostare le responsabilità e le risorse ai Comuni, per generalizzare le innovazioni già realizzate, prima fra tutte nell'area della salute mentale. Ma anche per evitare che in



quest'area, si mantengano nella nostra regione livelli così squilibrati di risposta alle persone. La politica dei Distretti Sanitari, quella della 328, deve costituire il fulcro di questa riorganizzazione. Come vedete, la scelta di campo è quella del protagonismo e della cittadinanza. Eppure non si può negare che anche un modello liberista, come quello lombardo, propugni il protagonismo e la cittadinanza: solo che, si spinge così avanti all'interno di quel modello, che finisce per escludere tutte le persone che non ce la fanno. Finisce per riservare il protagonismo e la cittadinanza ad un esiguo numero di persone. Quelle più garantite.

Perché lì prevale un'idea di liberismo senza responsabilità sociale?

■ Proprio così. In Friuli Venezia Giulia, invece, questo liberismo viene mitigato da una visione laica del solidarismo. Nella nostra regione abbiamo spesso usato la parola emancipazione, pensando la libertà come sostegno all'emancipazione, a poter scegliere, trovare il proprio protagonismo, partecipare al contratto sociale e alla vita democratica. Altrove è ancora diverso. In Veneto, ad esempio, la stessa scelta si risolve facendo prevalere un modello "caritativo" centrato sulla dignità umana, che però talvolta è invalidante perché mette distanza fra chi fa del bene e chi lo riceve, invalidandolo e rendendolo minoritario. Quindi, quando parliamo di Legge 180, di scelta di campo, dobbiamo interrogarci su queste conseguenze e fare delle valutazioni. Il sistema lombardo non nega la 180, ma la realizza così. Il sistema siciliano non nega la 180, ma esprime un livello di liberismo ancora più brutale. Anche in Sicilia la 180 è applicata. Ma non possiamo non pensare ad esempio al fatto che si spendono cifre enormi, magari per accontentare qualche potentato politico, per ospitare in brutte e affollate "strutture intermedie" le persone con disturbo mentale, senza potenziare i servizi territoriali. Allora la 180 funziona o non funziona? Io posso dire che la 180 ha configurato un nuovo scenario, che è in primo luogo uno scenario "etico", ma bisogna poi verificare quello che accade concretamente, che rimanda ad altri livelli di discorso.

A tuo avviso i medici, che sono implicati nella gestione del servizio e nella programmazione delle attività, su un piano operativo riescono a uscire dal proprio ruolo tradizionale, ad uscire dai loro ambulatori per mettere in atto vere strategie di

demedicalizzazione della sofferenza mentale?

■ Potremmo farci la stessa domanda per quanto riguarda gli psicologi o gli infermieri. Il rischio che c'è oggi è che le competenze, gli specialismi, le divisioni, direi anche i muri e le porte chiuse, non suscitino più un dibattito. C'è stato un periodo in cui ci si interrogava di più sul proprio ruolo, oggi c'è una mancanza di critica su questi temi. Prendiamo il ruolo dell'infermiere: ebbene, l'infermiere, nel tentativo di recuperare la sua professionalità, la sua identità lavorativa, la sua dimensione di contratto e di carriera, chiude progressivamente la sua operatività in una griglia strettissima e si mette in una posizione simmetrica con il medico. Se questo accade dobbiamo chiederci quale logica preordini la costruzione dei saperi e la formazione; la risposta che ci possiamo dare è pessimistica, perché tutte le scuole per infermieri, assistenti sociali, psicologi, psichiatri perseguono lo specialismo, o un simulacro di specialismo che fa paura. Bisogna vigilare attentamente perché nella pratica quotidiana del lavoro nei servizi questa chiusura specialistica non abbia a replicarsi.

Siccome però nei Servizi è sempre il medico a detenere la parola chiave, se lui se ne sta chiuso in ambulatorio e non entra in campo nelle aree in cui ci si cura di tutti gli altri aspetti della vita delle persone, questo rischia di avere due conseguenze pesanti: che il medico perda di vista questi aspetti e che, per questa stessa ragione, non intercetti le risorse della persona e continui a disegnare strategie terapeutiche stereotipate, cliniche, cieche. Il che finisce per inficiare il protagonismo delle persone o comunque per ridimensionarlo moltissimo.

■ Il fatto che il medico sia il referente ultimo, o comunque colui che detiene la parola, può avere declinazioni infinite. Franco Basaglia non ha mai negato il suo ruolo e la sua posizione di direttore, anzi rideva di quelli che volevano i medici a piedi scalzi. Ricordo che quando gli ho chiesto più volte – un po' gliene voglio ancora per questo – che mi scrivesse due righe per il mio libro di storie *Non ho l'arma che uccide il leone* [Non ho l'arma che uccide il leone... Storie del manicomio di Trieste, Editoriale Libreria, Trieste; ndr] lui mi ha messo in difficoltà dicendo: «Tu parli di te in questo libro. Ma tu chi sei?». Questo perché non c'era, nelle storie che io raccontavo, la definizione di me come medico. La mia posizione, per Basaglia, era confusa. E ciò, in effetti, corrisponde-

va a una mia difficoltà, perché in quello spazio creato dall'apertura delle porte, non avevo una mia identità, facevo fatica a essere il dottore che sta nella gerarchia. D'altra parte mi era stato detto chiaramente che da me non si aspettavano che facessi il dottore. E allora dovevo capire chi ero e d'altra parte quelle persone di cui raccontavo la storia di uscita dal manicomio stavano emergendo a un qualcosa che bisognava definire. Basaglia mi metteva in difficoltà, un po' forse si divertiva, perché io non sapevo rispondere a questa domanda: «Tu chi sei? Sei forse San Francesco? O sei il medico?» Insomma, Basaglia voleva ricordarmi che la responsabilità del cambiamento non si distribuisce in maniera casuale, c'è un'intenzionalità, c'è sempre qualcuno che fa una scelta, qualcuno che gioca il suo potere in tutte le dimensioni all'interno di un processo difficile. Processo che non si risolve dicendo semplicemente che il medico non c'è più, lo psicologo non c'è più e nemmeno l'infermiere.

Occorre invece avviare un processo di democratizzazione nella relazione tra i ruoli?

■ Certo, perché un processo di democratizzazione sta in questo: quando un infermiere, un operatore mi dà dei segnali e costruisce insieme con me delle conoscenze, io poi devo mettere in gioco il mio potere istituzionale per articolare determinati passaggi istituzionali. Questi sono i processi che non sono avvenuti in nessun luogo in Italia come conseguenza di quella scelta di campo. Infatti, tra le parole chiave per me ci sono gerarchie, poteri. Non c'è cambiamento, non c'è possibilità di uscire dagli specialismi, dagli ambulatori e, dunque, alla fine non c'è possibilità di uscire dalla malattia, se non si mette in discussione la gerarchia, se non c'è analisi del potere istituzionale. Tutto questo non deve significare la scomparsa delle gerarchie, il ruolo del direttore, del responsabile, del coordinatore. Quello che succede a Trieste, nella migliore delle ipotesi, è che si costruiscono degli ambiti, che io chiamo "insieme eterofonico", dove le voci diverse possano in qualche modo trovare asilo e agire, comunicare, determinare. Questo insieme si costruisce attraverso uno sguardo che lo abbraccia intenzionalmente. Non è perché in un Centro di salute mentale ci sono quindici persone, che si costituisce naturalmente un insieme o un gruppo. Può accadere, talvolta, che ancora oggi a Trieste alcuni miei colleghi siano più pessimisti di me rispetto a queste cose. In

tutte le riunioni, c'è sempre la rievocazione di come eravamo e di come non siamo più. Io non mi riconosco in questa visione pessimistica e fatico perché si mantenga una visione ottimistica del futuro. Nel passato non ho vissuto nell'Eldorado e adesso non sto vivendo in un bassifondo. Per fortuna riesco a vedere – non raramente, ma neanche tutti i giorni – delle situazioni in cui leggo questa eterofonia attraverso una certa quantità di segni. Uno dei modi di esprimersi dell'insieme diverso e della democratizzazione è la possibilità di costruire dei luoghi di appartenenza per gli operatori, dei progetti propri, delle piccole o delle grandi autonomie. Il che comporta anche dei rischi per la tenuta complessiva del sistema, rischi che però devo correre continuamente, facendo in modo che, ad esempio, chi si occupa di calcio, sia valorizzato per fare quello. Non è un lavoro che possono fare tutti, magari lui avrà anche dei piccoli privilegi. Lo stesso accade per il gruppo delle donne, il gruppo della crisi, per chi lavora in SPDC.

In conclusione, Peppe, come si costruisce "l'insieme eterofonico"?

■ I gruppi che lavorano oggi in psichiatria, in genere omologano, distruggono tutte le differenze e le appiattiscono all'interno dello specialismo e, dunque, della divisione gerarchica di ruoli e della ricostruzione di distanze abissali tra gli uni e gli altri. Vi sembrerà paradossale, ma l'insieme lo costruisci quando valorizzi le differenze. ■

Il revisionismo psichiatrico italiano dopo il 1981

SERGIO PIRO

Nel 1998, in occasione del ventesimo anniversario dell'emanazione della Legge 13 maggio 1978 n. 180, chi scrive, per dare un titolo ad alcune sue considerazioni sul processo riformatore della psichiatria in Italia, richieste dalla rivista «Controtempo» di Firenze, fu costretto ad usare la seguente contorta espressione: «La psichiatria alternativa italiana. Un successo apparente, un fallimento frontale o una strana vittoria trasversale?». E non meno stravagante è il contenuto dell'articolo di cui qui si riporta solo un pezzetto: «Si deve porre ora, dolorosamente, il tema del rinnovamento concettuale e operativo dello specifico. In questo settore si registra una sconfitta, grave ed amara, di un movimento che aveva esordito come una rivoluzione culturale di primaria grandezza: la sostituzione della dimensione antropologica e sociale all'angustia limitante e falsante degli specifici clinico-psichiatrici e clinico-psicologici. La psichiatria alternativa italiana si presentò e si sviluppò come un'antropologia alternativa pratica. Con la vittoria della sua concezione territoriale, il movimento complessivo che sosteneva la vibrante potenza di tale alternativa si frantumò in spezzoni territoriali e microterritoriali: qui la psichiatria e la psicologia clinica attendevano al varco i malcapitati eroi di una rivoluzione troppo ingombrante e troppo decisiva per potersi conciliare con la mediocrità dei climi Ussll e delle contrattazioni interne alle équipes. Le regole ferree del costituirsi amministrativo-giuridico delle équipes di salute mentale pose ogni sorta di problema alla minoranza psichiatrico-democratica. Così a poco a poco, il DSM III (e poi IV), la terapia relazionale, le forme adattate di psicoterapia di seconda qualità, la sperimentazione psicofarmacologica, la banalità delle terapie integrate (che non conobbero mai la vera polifocalità organizzata e fluente necessaria per affrontare le psicosi "mag-

Fuor del nome, ogni cosa è in me cambiata! EURIPIDE, *Elettra*, p. 213 traduzione italiana.

SERGIO PIRO è direttore della Scuola sperimentale antropologico-trasformativa, sezione di Napoli della Fondazione Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane, Nocera.

giori»), il linguaggio epidemiologico, la pretesa gestionale e molto altro ancora si persero la rivincita agognata e sperata. Gli antropologi alternativi pratici, che venivano dall'esperienza ruggente delle assemblee generali dei vecchi manicomi "rovesciati", furono sommersi dai *workshop*, dai *meeting*, dai *coffee break* e, *café* e *parvenus* come erano, vi si perdettero completamente, svendendo così anche la loro carica rivoluzionaria, la loro intelligenza, la loro preziosa presenza, il loro orizzonte di senso. Nel passaggio dal manicomio al territorio gli psichiatri democratici, che avevano quasi raggiunto un'alternativa alla psichiatria, divennero *psichiatri territoriali* e rinunziarono, quasi dovunque, a completare la rivoluzione culturale che avevano incominciato, con tanta forza e plausibilità, a Gorizia, a Materdomini di Nocera, ad Arezzo, a Trieste» (P. 1998). In effetti la descrizione degli accadimenti nel campo della salute mentale in Italia dopo il 1978 e la presenza di un elevato numero di documentazioni, pubblicazioni ufficiali, resoconti, programmi, scritti scientifici, interventi dei mass-media, informazioni in rete dei movimenti, siti di documentazione internet etc. permettono di tracciare un profilo pre-storiografico del procedere della riforma, al di là delle informazioni talora imprecise o vaghe o tendenziose del Ministero della Salute, delle Regioni, delle Asl. Il presente discorso su alcuni aspetti della riforma psichiatrica in Italia e sulle caratteristiche di alcuni tipi di cattiva attuazione dopo il 1981 presuppone che ci sia stata una riforma e che questa riforma venga attuata: l'alternativa italiana in salute mentale consiste in una trasformazione complessiva in cui i *mutamenti istituzionali*, nella loro complessità e articolazione, sono *condizione necessaria*, ma assolutamente *non sufficiente* al compimento del processo trasformativo. Per la salute mentale l'alternativa italiana, nel suo periodo

di *affermazione e diffusione*, si costituisce infatti come connessione fra *riforma* (cioè un mutamento istituzionale nei molteplici suoi livelli e nelle sue dimensioni organizzative) e *trasformazione profonda delle prassi* (nella tipologia e nella qualità).

IL MUTAMENTO ISTITUZIONALE COMPLESSIVO DELLA RIFORMA¹ Per quanto riguarda la riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 in Italia, occorre considerare i seguenti mutamenti istituzionali, principali e esemplificativamente intesi:

a) *Gli Atti Legislativi del mutamento*

– Le Leggi dello Stato (n. 180 del 13 maggio 1978 e 833 del 27 dicembre 1978).

– I progetti obiettivi nazionali per la tutela della salute mentale (1994 e 1998-2000).

– Le Leggi Regionali di attuazione e le Delibere regionali di avviamento delle trasformazioni.

– I progetti obiettivi regionali (dove vi sono stati).

– Tutti i provvedimenti amministrativi, economici, logistici emanati in attuazione della legislazione in materia.

– Etc.

b) *Il mutamento dell'ente preposto*

– Passaggio dall'Amministrazione Provinciale al Servizio Sanitario nazionale (l.n. 833 del 27 dicembre 1978) dalla psichiatria (manicomi) alla salute mentale (prevenzione, cura, riabilitazione, ricerca, etc. nella sofferenza psichica; collegamento con tutti i campi sanitari e assistenziali attinenti), con forte ampliamento campeggiante di competenze.

c) *I mutamenti del bacino di utenza*

– Passaggio dal manicomio con bacino di utenza provinciale o poliprovinciale (e con conseguenti fatti di *deportazione, concentrazione e privatizzazione*) ai servizi di salute mentale del Sistema Sanitario Nazionale con bacino di utenza definito, cioè un'unità sanitaria locale (USL).

– Successivo passaggio nel 1995 dal bacino di una USL a quello dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) con la creazione del Dipartimento Aziendale di Salute mentale (con bacino di utenza polidistrettuale) e i relativi piani triennali.

d) *I mutamenti delle strutture operative*

– Passaggio dall'unica struttura del manicomio alle strutture multiple per il lavoro territoriale continuativo, per la gestione della crisi, per la residenzialità, per l'attività creativa e il rilancio esistenziale, etc.

e) *I mutamenti del personale operante*

– Dal binomio medico-infermiere del manicomio alla ricchezza poliprofessionale dei servizi e, più in là, alla presenza di professionalità nuove, intermedie, contaminate nelle strutture volontarie o convenzionate.

– La significativa partecipazione di familiari e degli stessi utenti (auto-aiuto) nell'operatività territoriale.

f) *Etc.*

Come si diceva, tutti questi mutamenti costituiscono, nel loro insieme, una condizione *necessaria ma non sufficiente* per la realizzazione in Italia di una vera alternativa nel campo della salute mentale.

LE TRASFORMAZIONI OPERAZIONALI La riforma psichiatrica italiana del 1978 avrebbe dovuto determinare un vasto e profondo mutamento delle prassi

– sia nel senso della *tipologia operativa*,

– sia nel senso della *qualità complessiva dell'agire pratico* (*buona pratica*, nel gergo semanticamente ricco del movimento, ripreso in questa relazione).

a) *La tipologia operativa*

La *tipologia delle operazioni* s'intravede in una serie di indicazioni formulate nei primi due lustri di tentata attuazione e che vengono ripresi da scritti personali dell'epoca, di cui si stralcia qualche elemento:

– il servizio territoriale di salute mentale è *multidimensionale e pluri-qualitativo*;

– è capace di accogliere *tutta l'utenza* di un bacino di estensione limitata e ben determinata;

– è attivo *senza soluzioni temporali* e non sottopone mai l'utenza ad alcun disagio evitabile;

– ha come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento;

– organizza il proprio lavoro con precisione e puntualità;

– fa dell'invenzione pratica collettiva la *base epistemologica* del suo agire;

– etc. (le voci precedenti sono solo indicazioni esemplificative variabili di concezioni che, all'interno di una stessa concezione della sofferenza e della cura, variano da gruppo a gruppo di operatori seriamente impegnati alla realizzazione della riforma).

Estensioni tratte da scritti precedenti: «Ogni servizio territoriale di salute mentale che sia multidimensionale e pluriqualitativo, che sia capace di

accogliere tutta l'utenza di un bacino di estensione limitata e ben determinata, che sia attivo senza soluzioni temporali, che abbia come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento, che organizzi il proprio lavoro con precisione e puntualità, che sia portatore di innovazioni e invenzioni nel campo della ricerca, dell'operatività e della didattica, ogni servizio di questo tipo è uno *strumento del tutto nuovo* rispetto a quello delle psichiatrie tradizionali, anche extramurarie» (P. 1988b).

«In contrasto con l'approssimazione e l'indefnizione operativa dei precedenti strumenti della psichiatria (la triade classica: il manicomio con il suo bacino di utenza asistemico e con la sua limitazione alle forme gravi, per motivi di ordine di pubblico, in classi sociali svantaggiate; lo studio privato dello psichiatra con la sua clientela stocasticamente aggregata e con le selezioni innumeri di tipo culturale ed economico nell'agire e nel rapporto interpersonale; il divano dello psicoanalista con le sue ben note limitazioni di casistica e di selettività), in contrasto con tutto ciò» (P. 1991a), «il servizio territoriale di salute mentale, per il fatto di operare in un campo limitato e geo-socialmente definito (il territorio dell'unità sanitaria locale) di cui può esplorare l'intero universo degli eventi umani e interreagire con essi, è, nel presente periodo storico, l'unico strumento realmente scientifico di ricerca nel campo psicologico-psichiatrico per quel settore che attiene le dimensioni antropologiche della sofferenza, della limitazione e del danno» (P. 1988a).

b) *La qualità complessiva dell'agire pratico (buona pratica)*

L'altro elemento dei mutamenti operazionali, determinante per la realizzazione dell'alternativa alla psichiatria per la quale i mutamenti istituzionali sono condizione necessaria ma non sufficiente, è costituito dalla *qualità complessiva dell'agire pratico (buona pratica)*.

L'espressione *buona pratica* – che appartiene al gergo di lavoro di alcuni gruppi fortemente impegnati di operatori della riforma – indica una serie complessa di attività trasformazionali nel campo antropico, basate su un sistema doxico-ideologico e axiologico di riferimento (teso esplicitamente alla pratica universale dei diritti, in una serie di possibili varianti, e implicitamente alla trasformazione evolutiva della convivenza umana).

Bisogna poi sottolineare – come momento della massima importanza – che la *pratica di al-*

ternativa alle attività oppressive della psichiatria e del manicomio e il ripristino dei diritti dei malati mentali intervennero in Italia, da Gorizia in avanti, *prima* che si desse forma organizzata alle ipotesi di mutamento istituzionale, al progetto di abolizione del manicomio, allo spostamento territoriale della "cura": questo viene ricordato a conferma storica del fatto che l'urgenza politica, culturale, emozionale, ideale della trasformazione dell'agire interumano e della pratica di un modo più ampio di tutela dei diritti dei cittadini precede di molto l'organizzazione del progetto socio-istituzionale che vi è inerente.

Esemplificazione *estensionale* della qualità complessiva dell'agire pratico (*buona pratica*)²:

a) rispetto pieno della libertà e dei diritti dei cittadini (cfr., ad esempio, il Regolamento del DSM di Trieste);

b) rifiuto della violenza e dell'oppressione nei rapporti interumani;

c) arco vasto di attività, massimo sforzo per ridurre l'afflittività degli interventi, conseguente rifiuto di tutte le pratiche violente e coattive, ereditate dell'era manicomiale o reinventate al presente;

d) invenzione continua della "cura" come legame epocale a una collettività umana, come espansione vitale, come comprensione del mutamento prodotto dalla crisi e dalla sofferenza;

e) opposizione frontale alla mutilazione prodotta dalla soppressione meccanica o farmacologica della crisi e conseguente presenza continuativa e partecipante degli operatori anche nelle fasi acute;

f) relativizzazione di ruoli, di identità, di professionalità (formazione interprofessionale nei servizi basata sulla prevalenza netta della *competenza antropologica di rapporto sulle specificità professionali*, rese in genere marginali, accessorie, addizionali nei servizi a "buona pratica");

g) coazione incondizionata, singolare e plurale, d'impegno, quale *stile del servizio* e quale *pratica dell'accoglienza*;

h) prevalenza del lavoro di gruppo, di *équipe*, di nucleo operativo, etc.; organizzazione del servizio come struttura capace di sviluppare una propria prassi adeguata all'unicità di se stessa e all'unicità della situazione in cui l'*équipe* è "gettata" ad operare;

i) istigazione alla possibile autonomia territoriale degli psichiatrizzati (Mancini A. 2002);

j) etc. in tutte le varianti culturali, linguistiche, attuative dei progetti di "cura" che sono fra noi in quest'epoca.

Sulla questione dei diritti si rinvia, come si è detto, al Regolamento del Dsm di Trieste (da art. 16 regolamento Dsm /Ass n. 1 Triestina, dicembre 1995) e al recente libro di Peppe Dell'Acqua (2003). Si tralascia qui anche il documento del *Comitato nazionale di bioetica Comitato su psichiatria e salute mentale* del 24 novembre 2000 riportato nello stesso libro di Dell'Acqua, la cui applicazione integrale e diffusa risolverebbe immediatamente tutti i problemi della cattiva attuazione della riforma in tante parti d'Italia.

A chi gli chiedeva che cosa fare di fronte a un paziente legato, come iniziare una prassi di rapporto, Franco Basaglia rispose: «Per prima cosa, slegalo subito».

L'ATTUAZIONE DELLA RIFORMA IN ITALIA Ora, senza dilungarsi sulla cronaca dell'accadere dal 1981 ad ora, quello che viene subito colto nella cronaca dell'attuazione italiana della riforma su tutto il campo nazionale è una sorta di *dissociazione fra mutamenti istituzionali* che vanno avanti (sovente con lentezza e fatica, altre volte abbastanza rapidamente) e *trasformazione delle prassi*.

Si osservano negli anni ottanta e novanta:

- a) l'allestimento, a mano a mano sempre più esteso e adeguato, delle strutture operative e organizzative nate dalla riforma italiana della psichiatria del 1978 e quindi dei mutamenti istituzionali, nel senso di cui si è detto prima;
- b) la mancata o parziale negazione della *buona pratica* oppure la regressione da un livello accettabile di buona pratica a livelli non accettabili o addirittura di tipo neo-manicomiale (contenzione fisica; sommersione psicofarmacologica; meccanicità burocratica del rapporto; rifiuto di prestazioni o di interventi; scadimento del rapporto con l'utenza; progressiva riduzione del tempo di lavoro e/o del personale dei servizi, etc. per molte voci).

La formula del *revisionismo psichiatrico italiano* a partire dagli anni ottanta è dunque data da: *mutamenti istituzionali della riforma del 1978, pratiche neomanicomiali e/o panpsichiatriche e/o fortemente istituzionalizzanti e/o fortemente negatrici dei diritti di cittadinanza e/o caratterizzate da caduta progressiva dei tempi, delle attività, del numero degli operatori e/o francamente degradate a un'ambulatorietà arcaica e da negazione di prestazioni dovute, etc.*

Naturalmente non si tratta di formule meccaniche: la *scelta revisionistica* può presentarsi anche come spaccatura dei mutamenti istituziona-

li, come adesione agli aspetti legislativi ma con distorsione della qualità delle strutture operative realizzate: così, porre un servizio di diagnosi e cura al terzo piano, lontano da ogni sbocco all'aperto, munirlo di robuste grate o anche di telecamere a circuito chiuso già prelude alla scelta operativa di fare di quel servizio un reparto di osservazione del tutto manicomiale; e ancora la scelta di preparare per la dimissione dei manicomi strutture intermedie a venti o quaranta posti (come è stato fatto dal 1996 in una grande città del Sud), quasi tutte collocate in una stessa area urbana, lontano dai corrispondenti servizi, già denuncia l'intenzione di trasformarli in reparti manicomiali per cronici (con dirigente medico e turni di "guardia") e non in strutture proprie dell'abitare (piccole, familiari, aperte) e adatte a spingere dalla casa al mondo che è fuori³.

Tuttavia per potersi parlare di *revisionismo*, e non, semplicemente, di *bieco totale rifiuto della riforma*, è necessaria l'evidenza di un *contrasto* fra una serie di mutamenti istituzionali conformi o parzialmente conformi al dettato riformatore e una pratica di lavoro fortemente difforme dai principi di fondo del movimento anti-istituzionale italiano. Si deve altresì ricordare che in tante parti d'Italia anche la realizzazione dei mutamenti istituzionali della riforma è stata difficile ed è costata impegno e sacrificio: non si tratta dunque di dare un valore diverso ai due momenti della trasformazione, ma solo di ribadirne con forza la necessaria complementarietà.

L'obbligo alla buona pratica si protende al mondo come scelta esistenziale di fondo, come appartenenza a un'umanità in evoluzione, un'umanità solidale ed egualitaria. Nella presente congiuntura della storia della nostra specie, la presenza dell'esclusione, della disegualianza, della persecuzione dei diversi, della sofferenza, della fame, della guerra, dell'emigrazione coatta, della distruzione del mondo naturale, etc. costituisce per tutti *coloro che vi sono esistentivamente gettati* un obbligo inderogabile di prassi.

UN TENTATIVO PARZIALE DI DESCRIZIONE PROCESSUALE La psichiatria anti-istituzionale italiana nei suoi periodi più fervidi di attività può essere definita come un'*antropologia alternativa pratica* per questi motivi fondamentali:

- a) *antropologia* per il secco rifiuto di ogni specificità psicologico-psichiatrica a vantaggio di una concezione antropologica *estensionale* in

cui – nelle prassi reali di trasformazione – sono fra loro fattualmente continue, sovrapposte, contaminate e inscindibili: psicologia generale e clinica, psicopatologia generale e descrittiva, antropofenomenologia, sociologia sotto molteplici aspetti dinamici, sociologia delle istituzioni, antropologia culturale, linguistica sincronica, psicolinguistica, semantica, etnopsicologia ed etnopsichiatria, politica, etc. per molte voci ancora;

b) *pratica* per il netto prevalere della trasformazioni della prassi come asserimento politico visibile e verificabile (rispetto dei diritti dei cittadini con sofferenza detta mentale, pieno impegno nella “cura”, rifiuto di ogni violenza o distanza, rispetto della crisi, etc.); *pratica* anche in relazione alla realizzazione delle strutture operative della riforma; *pratica* anche per la sua continuità con le altre spinte all'autonomia territoriale delle comunità, dei gruppi, dei singoli (Mancini A., 2002);

c) *alternativa* in conseguenza dei punti precedenti.

Intesa in questo senso, cioè come *antropologia alternativa pratica*, la psichiatria anti-istituzionale italiana ha una storia lunga (anche se alcuni sviluppi sono necessariamente più recenti). Il movimento anti-istituzionale italiano nasce infatti *sia* dalla complicata crisi interna del paradigma professionale psichiatrico (iniziata con l'antropo-fenomenologia, con la psicoanalisi di sinistra, con la semantica, con la psicopatologia dell'espressione, con la comunità terapeutica iniziale – di M. Johnson –, con la sociologia psichiatrica, con l'analisi foucaultiana delle istituzioni, etc.), *sia*, poco dopo, dall'avanzarsi dei movimenti di liberazione nel periodo della guerra del Vietnam fino alla costituzione del movimento studentesco che fa suoi e diffonde i temi antipsichiatrici.

Benché profondi e importanti questi momenti culturali, ideologici e sovrastrutturali non sarebbero stati sufficienti a determinare il passaggio dalle prime esperienze antimanicomiali degli anni sessanta all'idea di una riforma organica di tutta l'assistenza psichiatrica. Questo si fece possibile perché negli anni sessanta-settanta era in atto in Italia, unico fra tutti i paesi occidentali, il tentativo forte e sostenuto di realizzare una democrazia sociale avanzata in un paese capitalistico: è la grande stagione della sinistra politica e della *Triplice* sindacale; è la grande stagione delle riforme sociali e sanitarie. La *partecipazione* non è in quegli anni vuota retorica: il campo della psichiatria viene in-

vaso dagli studenti, dagli operai, dagli utenti, dalle comunità locali, dagli intellettuali dei più diversi campi, dei registi, dei fotografi, dei giornalisti e poi dai sindacati (dall'“autunno caldo” del 1969 in avanti), dai partiti, dai gruppi politici. Il personale politico, i quadri sindacali, gli amministratori e perfino alcune sfere della burocrazia sono coinvolti e non più al livello dei problemi di potere, di gestione, di *routine*, bensì nella scelta dei comportamenti e delle prassi (P. 1988a).

Dallo stretto legame del movimento anti-istituzionale con le organizzazioni sindacali e con i partiti di sinistra (in particolare il Partito comunista italiano) viene l'idea fondamentale di una *proiezione territoriale* che abbia la definizione e la concretezza di un bacino di utenza (l'unità sanitaria locale, Usl), in cui tutti gli eventi della sofferenza possono essere conosciuti e affrontati: alla fase delle prime esperienze territoriali triestine, aretine, perugine, in cui ambiti operativi e strutture operative sono ancora sperimentali, la riforma sanitaria fornisce una sistematica definizione di territorio, operazionalmente agibile per tutto il territorio nazionale.

Questo è un momento felice: la Legge 180 nasce come parte di una riforma sanitaria notevolmente avanzata e il movimento anti-istituzionale trova così un decisivo sostegno nella connessione con le strutture politiche e amministrative della riforma.

Ma poco dopo l'emanazione delle Leggi 180 e 833/1978 questa situazione politica e culturale rapidamente si modificherà. Il tentativo di realizzare una democrazia sociale in Italia viene spietatamente battuto: non si dirà qui perché non ve n'è lo spazio, della progressiva involuzione in Italia di ogni progetto contrario alla razionalizzazione capitalistica mondiale. Il crollo dell'Unione sovietica, la prima guerra del Golfo, la quasi scomparsa delle forze politiche di sinistra, la restaurazione culturale portano a un processo d'involuzione e di sospensione transitoria di tutti i movimenti di liberazione occidentali: il disimpegno sembra diventare universale. Cado no gli ideali, rimane il mestiere.

Questo ha, per la realizzazione della riforma psichiatrica, un effetto disastroso sulla *qualità della pratica*, mentre i mutamenti istituzionali continuano a realizzarsi in ossequio alle leggi e/o per la necessità di riorganizzare comunque l'attività di diagnosi e cura in campo di salute mentale.

Incomincia in quel periodo il processo involutivo che chi scrive ha chiamato *revisionismo psi-*

chiatrico italiano, brevemente descritto nelle pagine precedenti.

IL DOMINIO PLANETARIO DEGLI PSICOFARMACI
Una potentissima spinta alla revisione culturale radicale di tutta l'impostazione delle prassi anti-istituzionali viene dalla progressiva instaurazione della dittatura psicofarmacologica.

La psichiatria ha nuovamente una forza enorme, perché in tutto coincide con le strutture proprie del capitalismo più avanzato: essa è *globalizzata, volta al profitto industriale, basata su un sistema organizzato di asserimenti scientifici falsi o deformati o usati tendenziosamente, negatrice sostanziale e senza rimedio di ogni senso della sofferenza, di ogni insegnamento della crisi, di ogni possibilità di trascendimento della gettatezza, di ogni autentico mutamento del destino, di ogni prassi di mutuo aiuto, di ogni possibile vero empowerment della gente che sta male, di ogni speranza nella sorte delle singolarità avvolte dalla sofferenza.*

La globalizzazione capitalistica della psichiatria si costituisce e si esprime con inesorabile evidenza in alcuni strumenti caratteristici del suo apparato bellico e in particolare l'industria degli psicofarmaci ha usato, per la preparazione e la diffusione del suo programma di vendita, un complesso programma operativo, costruendo, con la complicità di studiosi e ricercatori consapevoli o non consapevoli, un grosso apparato di *advertising* che consta:

- a) di un modello biologistico della sofferenza;
- b) di una classificazione dettagliata, universale, valida in tutte le culture e in tutte le varianti antropologico-linguistico-culturali dell'area di diffusione internazionale dei farmaci psicotropi;
- c) di una dichiarazione di scoperta dei nessi certi o comunque "operabili" tra psicopatologia e architettura cerebrale;
- d) di una teoria di ciò che può essere definito attendibilmente "migliorare", "guarire";
- e) di una identificazione di effetti certi e affidabili dei farmaci.

Le sistematizzazioni diagnostico-statistiche delle malattie mentali sono nate inizialmente in vista della ricerca epidemiologica e della valutazione dei servizi, hanno trovato legittime applicazioni in psicofarmacologia, si sono rapidamente estese al dominio clinico e trasformate in un ingabbiamento ontico della sofferenza in formule linguistiche dotate di una presunta e impossibile validità planetaria transculturale. Le formule dei manuali impediscono la ricerca, escludono la comprensione situazionale, rendo-

no impossibile l'antagonizzazione dell'esclusione sociale e personale, condannano all'irreversibilità della sofferenza e allo sprofondamento ontico: esse sono del tutto inattendibili scientificamente e sono gravemente nocive per la cura della sofferenza singolare in relazione all'opacamento esistente e relazionale che ne deriva.

Su questa base epistemologica s'è costruita negli ultimi venti anni una nuova teoria organocistica della sofferenza, un biologismo totale e rassicurante, un ripristino definitivo del concetto di norma per la definizione delle "deviazioni dalla norma", un ironico disprezzo su tutto quello che non è quantificabile, quasi che la quantificazione non risultasse assurda se i dati quantificati non hanno senso.

L'intera opinione pubblica occidentale è stata orientata nel trovare nei farmaci la soluzione di una serie di problemi che fin troppo evidentemente appartengono all'ambito esistente, relazionale, sociale. Nuove forme di disagio nevrotico sono state create per "collocare" farmaci il cui spettro d'azione non coincideva con quello delle nevrosi descritte nei precedenti manuali. Ogni discorso critico viene stroncato con una valanga estesa di dati artefatti e convalidati dalle diffuse complicità universitarie.

L'informazione scientifica di massa posta in atto dall'industria farmaceutica ha creato, dagli anni '80, una *religione psicofarmacologica*, una spaventosa ideologia regressiva di massa, capace di soggiogare le popolazioni, di dirigere il comportamento dei singoli e delle masse, di ridicolizzare ogni sforzo personale singolare o plurale verso l'autonomia e l'indipendenza di destino, di eliminare gli oppositori scientifici dal campo sociale, di soggiogare i sofferenti e le loro famiglie, di non permettere alcun *empowerment* dei sofferenti, alcun *outreach* dei servizi: il dominio psicofarmacologico non si esercita solo sulla psichiatria, ma si estende all'intera vita associata e singolare delle genti (farmacologizzazione del lavoro, dell'amore, del senso di autostima, delle crisi esistive, etc.).

Ancora una volta dunque la psichiatria va studiata, rivelata, antagonizzata: ma essa, come un mostro a mille teste, continuamente si riproduce e si trasforma in varianti pseudoprogressive e pseudoliberatorie, con nomi, forme, attitudini diversissime e complicate. Ma queste coincidono tutte, palesemente, con le strutture politiche, culturali ed ideologiche del capitalismo avanzato globalizzato.

[Questa critica non impedisce né deve ostacolare in alcun modo l'uso sapiente di tecniche

psicologiche e riabilitative e l'uso di farmaci – finalizzato e rispettoso – all'interno di una complessa prassi di liberazione, basata sul rispetto dei diritti e della dignità di coloro che soffrono e di una "cura" che colga a pieno il senso della sofferenza e la muti in progetti di vita, in realizzazioni esistentive].

FINALE BREVE Dalla seconda metà degli anni novanta una crescente coscienza di massa va risvegliandosi: le denunce di questo stato di

cose nell'agire psichiatrico prevalente si fanno sempre più frequenti e le accuse all'involuzione della riforma sono riprese dai giovani, dagli studenti, dalla gente che protesta, dai gruppi e-mail, dagli utenti che chiedono difesa.

Nel dicembre 1999 si apre a Seattle una stagione nuova nella storia che va facendosi. L'epoca è cambiata, il movimento reagisce e, questa volta, su scala planetaria. I temi dell'esclusione, della guerra, della sofferenza, della fame, della violenza, dello sterminio dei migranti operata

BIBLIOGRAFIA

- DELL'ACQUA G.
2003: *Fuori come va? Famiglie e persone con schizofrenia. Manuale per un uso ottimistico delle cure e dei servizi*, Editori Riuniti, Roma.
- EURIPIDE
1957: *Elettra*, Rizzoli, Milano (trad. ital. di Domenico Ricci).
- MANCINI A.
1998: *Le dimensioni dell'accadere. Introduzione a Sergio Piro*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- 2002: *Il paradosso della cura. Al di là dei servizi di salute mentale*, Idelson-Gnocchi, Napoli.
- PIRO S.,
1971: *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano.
- 1981: *Psichiatria democratica: crisi e ricerca d'identità*, «Fogli d'informazione», 75/76, 137.
- 1988a: *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Ed. Scient. It., Napoli.
- 1988b: *Psychiatrische Versorgung ohne Anstalt: Identitätskrise und epistemologische Wandlung*, in Riquelme H. (Hrsg), *Die neue italienische Psychiatrie: Wandel in der klinischen Praxis und im psychosozialen Territorium*, Lang, Frankfurt a.M.-Bern-New York-Paris, Ss. 106-122, 181-190.
- 1988c: *La formazione degli operatori nelle scienze umane applicate e la psicoterapia nei pubblici servizi*, «Gnosis», 2, 3.
- 1989: *La psichiatria italiana e la crisi d'identità degli anni sessanta*, in Ferro F.M. (a cura di), *Passioni della mente e passioni della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana fra '800 e '900*, Vita e Pensiero, Milano, pp. 659-670.
- 1990a: *Sperimentazione didattica sistematica nel campo delle scienze umane applicate, della psicologia della persona, della psichiatria*, in Benvenuto S. e Nicolaus O., *La bottega dell'anima*, Angeli, Milano, pp. 128-141.
- 1990b: *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in Italien*, in Thom J. u. Wulf E., *Psychiatrie im Wandel*, Psychiatrie Verlag, Bonn, Ss. 490-509.
- 1991a: *Programmazione operativa nel campo della salute mentale (metodologia multiordinale della possibilità)*, in Piro S., Madera R., Borgna E. e Valent I. (a cura di Valent G.), *Linguaggi della psicosi linguaggi della complessità*, Metis, Chieti, 1991, pp. 21-80.
- 1991b: *Operatività, ricerca e formazione nell'esperienza di Sergio Piro*, «The Practitioner», 149, 21.
- 1995: *Critica della vita personale*, La Città del Sole, Napoli.
- 1996: *Tesi iniziali sull'attività trasformazionale protensiva definita "cura"*, «Rivista delle antropologie trasformazionali», 1, 5.
- 1998: *La psichiatria alternativa italiana. Un successo apparente, un fallimento frontale o una strana vittoria trasversale?*, «Contro tempo», 3, 8.
- 2001: *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*, Idelson, Napoli.
- 2002a: *Il transito epocale e l'alternativa alla "salute mentale"*, «Riv. sperim. freniatr.», 126, 33.
- 2002b: *Esclusione Sofferenza Guerra (Tesi provvisorie approvate dall'Operativo Esclusione Sofferenza)*, La Città del Sole, Napoli.
- 2003: *Mutamenti istituzionali e trasformazione delle prassi in campo di salute mentale (ITALIA 1978-2003)*, rapporto alla prima Assemblea nazionale del Forum Salute Mentale, Roma 16 ottobre 2003.
- PIRO S. e ODDATI A. (a cura di)
1983: *La riforma psichiatrica del 1978 e il Meridione d'Italia*, Quaderni di documentazione P.M.M. del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Il Pensiero Scientifico, Roma.

dalle leggi nazionali sull'emigrazione, del razzismo riemergente, dell'acqua, delle foreste, della distruzione industriale e commerciale del pianeta divengono portanti e saldano nuovamente le pratiche anti-istituzionali della "cura" della follia con tutte le altre lotte epocali, in un'estensione partecipativa mai immaginata prima: la confusione, il luogo comune e l'improvvisazione sono ora, come ogni volta nella storia, le caratteristiche di una coscienza di massa che inizia a farsi («Apparirà allora che il mondo possiede da sempre il sogno di una cosa di cui deve soltanto avere la coscienza per possederla realmente», K. Marx).

Questo tipo di coscienza politica ha la caratteristica nuova *di non essere in nessun modo trattabile*, connessa come è al destino della specie. La portante doxico-ideologica e culturale del movimento anti-istituzionale va, passo per passo, collegandosi ad essa.

Il movimento ha imparato in questi decenni che la buona pratica in campo di salute mentale non deriva affatto dall'agire professionale in quanto tale, bensì dai sistemi doxico-ideologici e axiologici in cui questo agire è immerso, dalla connessione fra la "cura" della sofferenza e i diritti fondamentali dei cittadini del mondo. Non può essere fermato il percorso di una conoscenza antropologica che derivi da prassi molteplici fra loro liberamente e necessariamente interferenti: esperienza antropica, pratica sociale allargata, insegnamento, cura, rilancio alla vita (riabilitazione), attività artistica, auto-esperienza (esperienza interiore e crisi personale), esperimento scientifico, etc.

Ogni pratica sociale, ogni impegno nella sofferenza e nell'esclusione è una ricerca sull'accadere umano: ogni operatore dei pubblici servizi, ogni volontario, ogni cittadino che attivamente svolga un'azione positiva, liberatrice, nell'esclusione e nella sofferenza, conduce una ricerca fertile di insegnamenti e di conseguenze.

Questa conoscenza non si contrappone per principio alla ricerca scientifica "ufficiale" quando fornisce dati corroborati. La pratica sociale è una parte in movimento di una complessa attività di ricognizione dell'universo che la specie umana pone irresistibilmente in atto da sempre, per quanto è possibile sapere. Questa conoscenza si contrappone in modo critico e totale alle false scienze create per lo smercio dei prodotti e la globalizzazione dei mercati; si oppone in modo critico e totale allo svilimento della ricerca nel gioco di poteri accademici e della corruzione politica, ma ne scevera anche i por-

tati correttamente utilizzabili e le isole di autentica ricerca; si oppone altresì alla pretesa degli istituti e delle scuole psico-terapeutiche di bloccare al secolo scorso e alla *forma mentis* di classi ristrette le concezioni sull'accadere umano.

Non può essere fermato il percorso di una conoscenza antropologica che derivi da prassi molteplici fra loro liberamente interferenti: esperienza antropica e pratica sociale allargata, insegnamento, cura, rilancio alla vita⁴, attività artistica, auto-esperienza (esperienza interiore e crisi personale), esperimento scientifico, etc.

Nel campo antropico continuo, nella conoscenza travasante, nella radiazione microsemiotica e microsemantica univocitaria, nel grande inespresso fluente è *diluata e moltiplicata l'identità di ciascuno di noi*: la sofferenza, la follia, la crisi, la metanoia, la trasformazione del destino, l'*Erlebnis* corale popolano la nostra specie in un presagio di catastrofe planetaria, in un avvertimento cosmico finale che non può essere ignorato.

Questa prassi complessiva della cura, gettata nel mondo al di là dei limiti istituzionali del servizio di salute mentale o della struttura operativa, senza soluzione di continuità con le lotte di sopravvivenza della specie, non si presenta più come una psichiatria democratica e dunque revisionista, non si getta più come un'*antropologia alternativa pratica* nel campo della sofferenza oscura e della follia, ma si dà – nel transito epocale – come un'*antropologia pratica illimitata*, dove la cura è fine della guerra e salvezza della specie.

Il resto inizia perciò a dirsi in un *forum* che ha estensione planetaria.

1. Questo tratto sui mutamenti istituzionali e sulle trasformazioni operazionali è tratto da P. 2003.

2. Questo elenco verrebbe probabilmente compilato dai singoli impegnati (oggi) nella realizzazione di una buona pratica in modo diverso o molto diverso nella scelta delle parole, nelle priorità dei concetti, nell'ampliamento di alcune voci: probabilmente l'orizzonte politico e culturale delle diverse scelte, preferenze e denominazioni rimarrebbe unitario e coerente.

3. Ancor peggiore è il fatto, in qualche luogo realizzato, di considerare "geriatrici" tutti gli psichiatrizziati che compiono sessantacinque anni, privarli per principio della cura della sofferenza mentale, e metterli in RSA a 40 posti: ma qui si tratta non di revisionismo psichiatrico, bensì, come è noto, di semplice violazione della legge dello Stato.

4. *Riabilitazione* nel gergo regressivo e offensivo delle psichiatrie tradizionali e/o mal rinnovate.

E vestiva gilet... Franco Basaglia

MAURIZIO BAIT

La letteratura di frontiera conosce parecchi manicomi. Prendiamo il manicomio del buon soldato Svejik magistralmente dipinto da Jaroslav Hasek, quel soldato figlio del popolo boemo campione di semplicità e furbizia, capace di manifestare in forma straordinaria e definitiva l'assurdità degli ordini superiori mediante la loro scrupolosa applicazione. Il suo è un manicomio per simulatori, la clinica militare dei renitenti all'arruolamento per il fronte serbo, asserragliata al Castello di Praga, dove in un torpore fra il gaio e il grottesco si riconoscono tubercolotici, moribondi di cancro, monchi della vita, gente disgraziata che a furia di clisteri e d'impacchi con lenzuola bagnate d'acqua fredda finisce per accettare il fronte della Belgrado 1914 come male minore rispetto al fronte dell'ospedale. «Là dentro – fa dire Hasek a Svejik – c'è tanta libertà che non se la sognano nemmeno i socialisti».

Cosa ben diversa è il manicomio criminale che incontriamo a più riprese – quasi una serialità della tragedia – nelle pagine dell'*Uomo senza qualità* di Robert Musil. Il quale, assumendo uno stile che sembra scavare con il bulino cercando l'umanità oscura e precaria nelle pieghe delle parole, investigò nel personaggio del pazzo criminale assassino Moosbrugger non tanto la complessità del male e la sua cupa sventura, quanto piuttosto la morbosità curiosa di chi pazzo non si crede: una parte efficacemente interpretata, nel capolavoro musiliano, dal personaggio borghese e tormentato di Clarisse.

Franco Basaglia non fu letteratura. La sua si rivelò una sfida combattuta a colpi di emergenza. Era passato un oceano d'acqua sotto i ponti della psichiatria, a cominciare da quella pietra miliare della ricerca clinica che erano gli *Studi sull'isteria* pubblicati a Vienna nel 1895 da Josef Breuer e dal suo promettente allievo Sigmund Freud, che aveva imparato molto anche nella Parigi pionieristica e d'avanguardia di Jean-Martin Charcot e Pierre Janet (il teorico dell'*abaissement du niveau mental*, l'abbassamento del livello mentale).

Degli anni immediatamente a venire – che

schiodavano con il Novecento il terribile crepuscolo del vecchio mondo mentre il verbo psicoanalitico veniva proplatato a Trieste da Edoardo Weiss in ambulatorio e da Italo Svevo sulla carta – furono le prime esperienze sagistiche del giovane psichiatra Carl Gustav Jung: egli indagò i segreti – assai più organici che psicologici – di quell'affezione diffusa e terrificata che allora veniva chiamata *Dementia praecox* e che più tardi, preferendo ricorrere al greco anziché al latino, gli esperti di devianze classificarono come *Schizofrenia*, ovvero il delirio della scissione. Fu proprio in una città della scissione, bella e decaduta, per la quale la Grande guerra aveva srotolato dodici massacri sull'Isonzo, una città che dal 1945 è simbolo (per fortuna ormai effimero) di divisione interiore prima che materiale, una città che nel giro di trent'anni era passata da Nizza dell'Est a Berlino del Sud, fu a Gorizia insomma che dal 1962 la psichiatria coltivò la propria formidabile metamorfosi: dalla conservazione appartata della mostruosità alla liberazione possibile del malato.

La frontiera impenetrabile fra questa Europa e l'Europa negata, quella che li prendeva avvio e andava a sparire sugli Urali, passava anche per una linea retta tracciata sul pavimento del corridoio fra gli stanzoni psichiatrici dove Basaglia lavorava. Oltre quella linea erano rimasti pezzi di case e frazioni di campi, perfino il cimitero ebraico di Valdirose, dove riposa ciò che resta di Carlo Michelstaedter e dei molti caduti Yiddish che su questa *soglia fatale* difesero la corona bicefala di Francesco Giuseppe.

Soltanto i morti e i pazzi seguirono a ignorare la frontiera e la sua ossessiva consistenza. Adesso quella linea ha i giorni contati, tuttavia per un'esperante misura del tempo essa rappresentò lo spartiacque fra ciò che era e ciò che non poteva più essere e parallelamente la demarcazione fra la dottrina della difesa sociale dallo psicotico – a qualsiasi prezzo etico essa andasse perseguita – e la restituzione al malato di una porzione di dignità e libertà personali.

La *rivoluzione liberale* di Basaglia, poi sviluppata, teorizzata e compiuta a Trieste, venne tut-

tavia ad assumere assai presto una connotazione politica di schieramento messianico – cosa frequente in quegli anni – dividendo i basagliani dai tradizionalisti, i divorzisti dagli ortodossi, gli abortisti dai vitalisti.

Fu scontro di coscienze, certo, tuttavia venne percepito come disagio di culture.

In realtà Basaglia, come assai prima Freud e Jung, intendeva soltanto guarire una sia pur parziale sofferenza rispetto al dolore immane della psicosi, riconoscendo fra le rovine della follia le pietre che testimoniavano tracce della ragione, intuendo che l'impresa era ardua, ma capace di condurre a spazi aperti. A radure della vita. Come Gustav Mahler nella musica, così Basaglia nella psichiatria seppe *deviare* anch'egli dalla tradizione – per dirla con il goriziano Quirino Principe – servendosi dei mezzi posti in campo dalla tradizione medesima.

Dalla perfetta conoscenza del negativo nasceva l'agrodolce opportunità di un sodalizio praticabile fra chi era stato catalogato per matto e chi in quell'odioso sommario non figurava. In molti casi divenne possibile verificare sulla prima linea della ragion pratica la tenuità della demarcazione fra il pazzo e il savio: era soltanto una questione di frequenza dei fenomeni anomali, e citiamo ancora Jung.

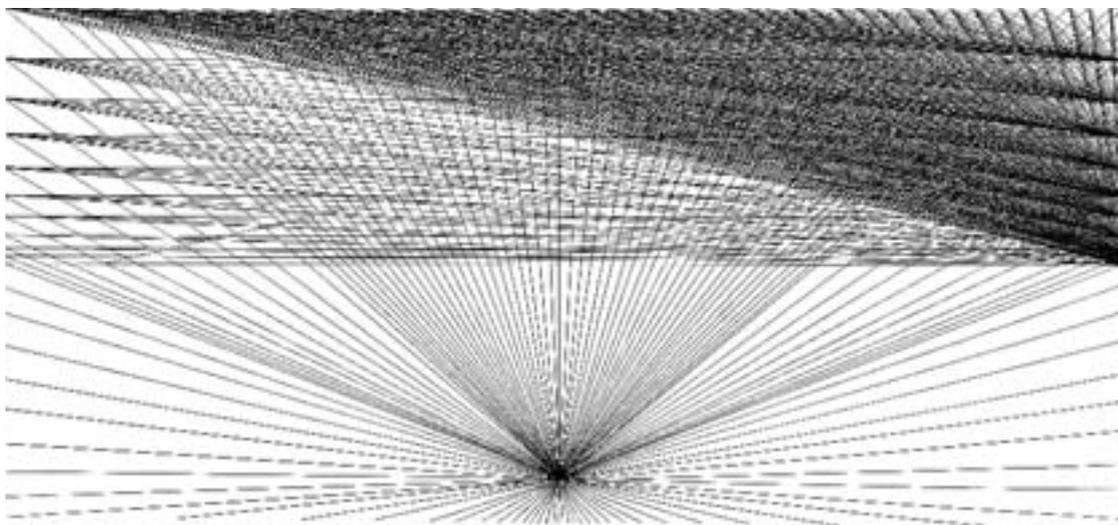
In effetti poteva accadere che un uomo scrivesse il testo sublime dell'*Iperione* e poi andasse a dissiparsi in manicomio (Friedrich Hölderlin), oppure che dettasse le vertiginose rivelazioni di *Zarathustra* e poi crollasse a terra nell'abbraccio repentino con un cavallo di piazza (Friedrich Nietzsche), oppure ancora che consegnasse al mondo parole di saggezza

narrativa sulle passeggiate interiori e sulle libertà nascoste nell'essenziale, ma poi si spegnesse di svanimento in una clinica per deboli di nervi nel cantone svizzero dell'Appenzell (Robert Walser). Altri, lungo questo confine, esperimentarono il delirio cosciente e felice di Gustav Klimt. E dopo averne tentato una strada artistica epigonale si esclusero dal mondo scomparendo, ancora una volta, dentro il frenocomio, come quel Vito Timmel nato a Vienna e morto a Trieste: in un certo senso il massimo della vita, come annota la penna autoanalitica di Claudio Magris nel resuscitarne la memoria con la sua *Mostra*, opera di bellezza ferocemente necessaria a pareggiare i conti del protagonista e fors'anche dell'autore.

Eludendo con la forza della determinazione la linea d'ombra della frontiera, Basaglia fece propria l'aspirazione a vivere in maniera dialettica, consapevole che finora il medico aveva appreso e praticato la tecnica, mancando però di una forma evoluta di coscienza collettiva.

Contro le imponderabili geometrie delle tenebre, contro l'anarchia della follia, più che una terapia d'innovazione serviva una vibrante denuncia sociale. Parlava con un marcato accento veneziano, Franco Basaglia. E vestiva gilet, camicie per lo più bianche, giacche che cadevano a casaccio. Il Paese non ha saputo realizzare compiutamente il suo pensiero né per legge né per opere effettive, ma sulla frontiera di Gorizia, di Trieste e del Sant'Osvaldo di Udine quest'uomo ha trasformato l'utopia delle idee in petizione della vita.

Un'istanza che arde nell'anima come il fuoco di Vesta. ■



Verso una Legge «181»?

ANGELO CASSIN

Il 13 maggio 2003 si è celebrato il venticinquennale della Legge 180, che ha permesso di riaprire un dibattito su temi per i quali il silenzio comporta l'inevitabile pericolo della trascuratezza e dell'involuzione.

L'undici aprile era stato approvato dal Consiglio dei Ministri il Piano Sanitario 2003-2005, che al capitolo "Salute Mentale" pone alcuni obiettivi strategici in linea con i principi di quella Legge.

Tra essi basta segnalare l'impegno a superare ogni approccio custodialistico; ad assicurare la presa a carico del paziente e la continuità terapeutica; ad aumentare l'accessibilità ai servizi e la tempestività delle risposte; a migliorare l'assetto del DSM ai fini di una maggiore flessibilità nell'attuazione dei percorsi di cura, soprattutto per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi. Accanto a questi venivano individuati obiettivi in linea con l'evoluzione dei contesti e dei bisogni ai quali abbiamo assistito in questi venticinque anni, anche per merito di quella fondamentale legge: migliorare il funzionamento in rete dei servizi, pubblici e privati, puntando all'integrazione e al miglioramento della qualità erogata; favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari nella individuazione delle priorità e nella verifica di efficienza dei servizi; coniugare gli aspetti organizzativi con la possibilità che il paziente sia partecipe ad ogni livello del programma d'intervento, anche attraverso la scelta consapevole del luogo di cura e del curante per migliorare la adesione al trattamento; sviluppare strategie di intervento precoce; mettere in campo nuovi strumenti per l'integrazione sociale e lavorativa nel contesto sociale e non surrogati di esso, superando le barriere e stigmatizzazioni che ancora oggi riducono le opportunità per pazienti e familiari; attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto-mutuo aiuto.

Con questo atto, che mi auguro approvato con la massima consapevolezza, l'organo di governo prende di fatto le distanze dal clima di disinformazione, ostilità, polemiche, nei confronti dell'attuale assetto dei servizi psichiatrici nati dalla "180", che ha visto la continua nascita di

proposte per la sua abolizione, l'ultima delle quali era stata da poco ripresentata in area governativa dall'On. Burani. Il contenuto del nuovo Piano Sanitario Nazionale (PSN) pone anzi un preciso paletto rispetto al profondo arretramento organizzativo, culturale e sociale che quella, o altre possibili proposte, potrebbero comportare.

Va riconosciuto al dottor Munizza, presidente della Società Italiana di Psichiatria, forte dei suoi seimila iscritti (la stragrande maggioranza degli psichiatri) di essere riuscito ad acquisire la forza e credibilità necessaria ad assorbire la delega, da parte del ministro, della redazione materiale del capitolo del PSN riguardante la salute mentale, e di aver fatto della battaglia a favore del mantenimento dei principi ispiratori della "180" il tema principale del suo mandato.

La "180" non è riducibile solo a simbolo del progresso di una società civile; per essere viva deve poter essere aggiornabile, anche se, a dire il vero, molto deve essere ancora fatto per la sua applicazione, secondo le indicazioni dei successivi "progetti obiettivo" nazionali. Dalle analisi ufficiali disponibili sappiamo infatti che la legge non è uniformemente applicata, e non è un caso che tra le azioni previste dal PSN sia menzionata quella tesa a ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi all'interno del territorio nazionale.

Lo slogan adottato da Munizza nel dibattito sulle proposte di revisione della "180", è stato dunque quello di «lavorare per la "181", non per la "179"».

Ma secondo quali indicazioni?

Non è un caso che il citato capitolo del PSN si apra con la considerazione che il 20% della popolazione soffre di una qualche forma di disturbo mentale, e che tra i disturbi più frequenti vi sono i disturbi d'ansia, con tassi di prevalenza attorno al 15%, che vedono un incremento di forme quali gli attacchi di panico o i disturbi ossessivo compulsivi. A questi si aggiungono le varie forme di depressione (10% della popolazione in tutte le fasce di età), i disturbi di personalità e i disturbi del comportamento alimentare. Questi quadri

non possono più essere relegati tra le forme minori e in qualche modo trascurabili di patologia, ma richiedendo competenze specialistiche sofisticate, e costituendo un problema sociale rilevante con conseguenze gravemente invalidanti, necessitano di un accoglimento e risposta da parte dei servizi pubblici comunitari. Anche i disturbi tipici dell'anziano, quali la demenza, i disturbi psichiatrici in corso di patologie organiche quali quelle cronico degenerative, ed i disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale dovranno trovare adeguate risposte, migliorando l'integrazione dei servizi psichiatrici in quelli generali sanitari, ma soprattutto con i servizi socio assistenziali. La costruzione di progetti complessivi ed integrati di cura e riabilitazione, orientati a fornire una risposta completa e non frammentaria o ulteriormente disgregante alla persona sofferente, necessitano di alti livelli di integrazione e coerenza.

Di conseguenza, uno spazio particolare va garantito alla formazione, che permetta di aggiornare e manutentare non solo il bagaglio delle conoscenze tecniche degli operatori della salute mentale, ma soprattutto le loro capacità relazionali, la regolazione del carico emotivo, la motivazione, la capacità di lavorare nelle dimensioni del complesso, dell'incerto e delle reti gruppali.

La lotta allo stigma è un'altra delle indicazioni contenute nel PSN, universalmente indicata come uno degli elementi di maggiore impatto nel garantire il diritto di cittadinanza pieno a chi è affetto da un disturbo mentale. Giustamente questo obiettivo è stato strettamente legato dalla stessa OMS alla accessibilità alle cure, che non è affatto scontata nemmeno nei servizi più evoluti, e che trova nello stigma e pregiudizio uno dei fattori di maggiore ostacolo. Non dimentichiamo però che un altro fattore di ostacolo all'accesso alle cure è l'organizzazione e la qualità dei servizi: troppo poco aperti da una parte, troppo connotati come luoghi della follia per essere appetibili a tutti, persino ai pazienti più gravi in situazioni di esordio, dall'altra; e allo stesso tempo troppo poco dignitosi, troppo poco "investiti" finanziariamente, troppo poco articolati oltre la dimensione ambulatoriale, anch'essa spesso scadente e poco professionale.

Accessibilità e scambio significano qualità, efficacia dei trattamenti, adeguamento agli standards che la comunità si attende oggi da un servizio che è pur sempre sanitario. Questo non può più limitarsi ad essere quel luogo informa-

le di scambi, colorato e caotico, che è stato associato all'immagine romanticamente esotica, ma troppo "postmanicomiale", del mercato di Marrakech: un servizio gli scambi deve promuoverli soprattutto con il mondo esterno, appartenere al vivo tessuto della comunità, promuovendo socialità nei luoghi della vita normale, opportunità nel mercato, riflessioni e cultura sui temi della salute psichica tra la gente e nelle istituzioni, fenomeni aggregativi come l'associazionismo ed i gruppi di auto-mutuo-aiuto. Tutto questo richiede strategie ed obiettivi chiari, ma soprattutto investimenti finanziari che permettano il loro raggiungimento.

Un'ultima riflessione sul problema della residenzialità, che ha costituito uno dei motori delle proposte di revisione della "180" e che è il terreno su cui si gioca il rischio di neo-manicomializzazione. Come la socialità ed il lavoro, anche l'abitare costituisce l'obiettivo di un intervento riabilitativo che porti un soggetto svantaggiato al pieno esercizio dei diritti. Molti pazienti gravi necessitano di un percorso specialistico prolungato per acquisire la capacità di vivere in piccolo gruppo, fuori dalla famiglia di origine, spesso troppo sovraccaricata, essa stessa sofferente o semplicemente anziana. Questa capacità si raggiunge spesso alla condizione di garantire per un numero variabile di ore un'assistenza generica, una presenza regolatrice e rassicurante, che vicari una funzione genitoriale. Per molti soggetti gravi questa condizione abitativa in piccolo gruppo (penso ad un appartamento) diventa il contesto dignitoso di una vita possibile nella comunità, la casa in cui abitare al pari di tutti i cittadini, non una istituzione o un luogo di cura: semplicemente un luogo di vita, al massimo delle proprie possibilità espressive e quindi della propria soggettività. In questi casi si passa quindi da una fase prevalentemente "sanitaria" ad una prevalentemente "assistenziale", dove la delega alle istituzioni di cura per l'esercizio del diritto alla fruizione di una abitazione, viene restituita progressivamente alla collettività.

E qui si apre un ulteriore capitolo per l'integrazione e la titolarità dei costi... e saremo già nella realtà della "181". ■

Vecchie e nuove istituzionalizzazioni

Intervista a Franca Ongaro Basaglia

A CURA DI LUCIO SCHITTAR

Ti chiedo che cosa pensi dell'assistenza psichiatrica italiana di oggi: recentemente sono stato in un Dipartimento di Salute Mentale e mi sembrava di essere in Inghilterra per l'andirivieni di operatori e pazienti (talora non ben distinguibili), per la pubblicità di gruppi di autoaiuto, e per un ampio elenco di attività fissato al muro su di una tavola di sughero.

■ F. O. Basaglia: credo ci siano molte esperienze sparse nel paese, in cui le cose hanno un carattere vitale (forse più italiano che inglese), dove la "terapeuticità" consiste nel processo continuo di superamento verso un ulteriore progetto di vita. Parte di questa cultura è passata: certamente quella della eliminazione del manicomio, ma si tende a cercare le vie più facili che corrispondono sempre ad altri "contenitori". Credo ci siano molte forme di regressione, di false "liberazioni" di vecchie e nuove istituzionalizzazioni, di vecchi istituti con nuove etichette riabilitative, dove la manicomialità è la norma: quando si legano le persone (come succede sempre più spesso anche nei nuovi servizi) e si ripropone la necessità di rispondere alla violenza con una violenza istituzionale rilegittimata, il manicomio non è lontano.

Per far fronte a questo occorre reimpegnarsi sulla qualità di questi servizi, sulla formazione degli operatori a quella cultura diversa che ha prodotto modi e capacità diversi di affrontare il problema. Cioè servizi sulle 24 ore come centri di vita per le persone che hanno bisogno di aiuto e "cura" (nel senso etimologico del termine), nel promuovere – attraverso stimoli, attività e opportunità diversificate e adeguatamente sostenute – il riappropriarsi graduale della capacità di relazione con se stesse e con gli altri e di impegno in progetti di lavoro, studio, abilitazione al vivere sociale.

Naturalmente ti chiedo subito che cosa pensi dei progetti di modifica della "180" che giacciono in Parlamento.

■ Non credo occorra intervenire sulla legge. (Del resto se ne discute da 25 anni, dal momento in cui è stata promulgata). Non si farebbe che produrre ulteriori danni su

una situazione che ha bisogno, invece, di essere stimolata, a tutti i livelli, perché siano applicate norme che già esistono.

Pare sia una caratteristica del nostro paese avere buone leggi e dimostrare scarso interesse al fatto che vengano applicate e sostenute, abbandonandole senza un controllo sulla quantità e sulla qualità delle realizzazioni pratiche. Il che contrasta con lo stesso spirito della Legge 180, nata proprio sotto la spinta di esperienze concrete che dimostrano possibile affrontare la sofferenza mentale in modo diverso.

Stamattina sono stato in libreria ed è entrata a curiosare tra i libri una donna che in passato era stata una lungodegente. Non dico naturalmente che gli ex lungodegenti debbano diventare dei lettori di libri (anche se potrebbero forse tirar su la media dei lettori italiani, che sembra essere piuttosto bassa), ma mi è sembrato un ottimo effetto collaterale della Legge 180. Che cosa ne pensi?

■ Non so quanto questo esempio possa essere generalizzato. Certo è che dove si lavora per una reale e concreta abilitazione al vivere, si assiste ad una ripresa di interessi e desideri, in precedenza impensabili. Fra questi può esserci anche la lettura. È comunque una cultura nuova formatasi sulla base di bisogni che – in situazioni restrittive, repressive e violente, famigliari, sociali o istituzionali, – non potevano esprimersi.

Ti sembra che questo nuovo modo di vedere le persone abbia avuto influenza anche sul rapporto medico-paziente, cioè sulla Medicina ufficiale?

■ Non direi, se non in casi particolari: C'è forse una maggiore consapevolezza del diritto del paziente cui non sempre corrisponde una qualità diversa del dovere professionale del medico. Del resto la parcellizzazione specialistica in medicina non aiuta a vedere il paziente nell'interezza del corpo e della persona. I tagli alla sanità poi fanno il resto.

Vedrei piuttosto una tendenza molto accentuata a medicalizzare sempre più la psichiatria, cosa che Franco Basaglia prevedeva. La

presenza e il peso del “sociale” sono, in psichiatria come in medicina generale, tuttavia sempre più espliciti, e credo si possa e si debba continuare a lavorare su questa compresenza di elementi biologici, psicologici e sociali in tutti i campi, rifiutando soluzioni troppo semplificate e riduttive.

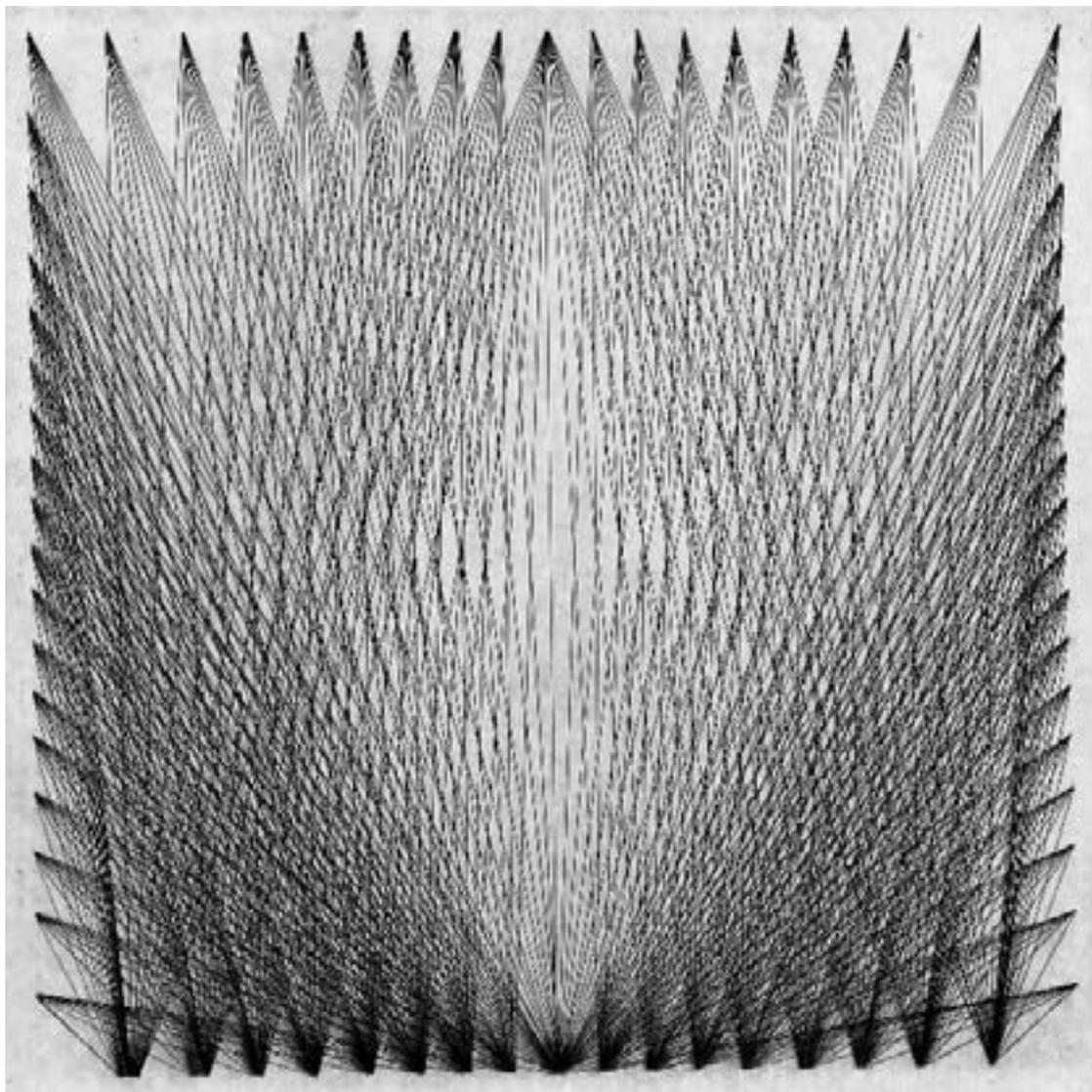
E per quanto riguarda gli anziani?

■ Per quanto riguarda gli anziani il quadro mi sembra desolante. Siamo sempre più numerosi perché viviamo a lungo, ma non credo che la casa di riposo – nuovi ghetti, nuovi lager pubblici e privati – possa essere la soluzione.

In tutti i settori, un uso molto più ampliato, più diffuso e più serio (nel senso della reale

presa in carico) dell’assistenza domiciliare potrebbe ancora essere la via più adeguata al problema che, tuttavia, è problema di ristrettezze economiche e di esplicita povertà, ma anche di solitudine, di caduta di interessi per i quali occorrerebbe forme di socialità che comunque non è facile imporre. Esse richiedono infatti capacità di coinvolgimento, di aggregazione e vicinanza anche affettiva.

Mi pare che la cultura della lotta alle istituzioni chiuse o semiaperte, vissute come luogo di scarico delle persone portatrici di problemi, abbia comunque ancora il suo peso e richieda nuovi impegni, nuove energie anche forze nuove nel coinvolgimento dei giovani in progetti concreti di lavoro e di aiuto. ■



Oltre la cittadinanza: i diritti della follia

MARIO COLUCCI

Se oggi è possibile parlare di un “oltre la cittadinanza”, è perché siamo all’interno di una cittadinanza acquisita per le persone affette da disturbo mentale. Pur con vistose differenze e clamorosi ritardi, l’attenzione ai diritti di cittadinanza rappresenta uno dei compiti prioritari per l’esercizio di una tutela della salute mentale nel nostro paese. Indubbiamente, il merito resta quello di una legge, la Legge 180, che mantiene intatta la sua straordinaria carica innovativa e di provocazione culturale, tanto che subisce ancora oggi, venticinque anni dopo la sua approvazione, gli attacchi reazionari dell’ennesima proposta di revisione.

Ciò che sconforta è che la ripetizione di questa strategia politica – la legge non funziona, bisogna cambiarla – non solo è, come in passato, strumentale all’occultamento della realtà vergognosa di responsabilità politiche e di ritardi amministrativi nella mancata applicazione della legge, ma anche impedisce o rallenta, dopo 25 anni di esperienze positive, un percorso di allontanamento dalla mera problematica giuridica, che dovrebbe finalmente ritenersi acquisita. In altri termini, non è opportuno lasciarsi intrappolare ancora nella questione se la 180 sia una buona o una cattiva legge: è in malafede chi crede che il problema della psichiatria risieda ancora in un problema di leggi. La Legge 180 è un’ottima legge, quanto meno la migliore disponibile nel panorama internazionale delle legislazioni in questa materia. D’altra parte se ha funzionato così bene in tante città italiane ove è stata responsabilmente applicata, non si capisce proprio perché non dovrebbe funzionare anche altrove in Italia. Basterebbe poi prestare fede a uno sguardo più neutrale e scientificamente più attendibile come quello dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, che fra tutte le realtà internazionali sceglie proprio quella territoriale italiana per indicare un modello di concreta trasformazione nel campo delle politiche di salute mentale. Oggi per riproporre una difesa della Legge 180 che non sia una difesa da trincea, bisogna, a mio avviso, avere il coraggio di rilanciare il discorso e riprendere in maniera nuova un’analisi, corrente negli anni sessanta e settanta, degli effetti di

normalizzazione e di controllo sociale, comunque presenti in tutte le riforme psichiatriche.

Se ripensiamo agli esordi dell’azione antiistituzionale di Basaglia, che cosa troviamo? Che cosa spinge un giovane psichiatra di un manicomio di provincia a intraprendere un’azione di rovesciamento della consueta organizzazione ospedaliera? Certo, lo sdegno di fronte alla condizione inumana nella quale versano i degenti, il clima di violenza e di sopraffazione al quale essi sono sottoposti, la sostanziale mancanza di terapeuticità del luogo. Ma c’è un altro aspetto che colpisce Basaglia ancora di più: la constatazione che all’interno dell’istituzione *la follia non ha più forza*. La follia è stata trasformata, indebolita, svuotata di ogni energia. Ciò che colpisce Basaglia è che l’istituzione ha colpito innanzitutto la forza della follia. Arrivato a Gorizia, incontra il perfetto ricoverato, «quello che si presenta» scrive «completamente ammansito, docile al volere degli infermieri e del medico; quello che si lascia vestire senza reagire, che si lascia pulire, imboccare, che si offre per essere riassetato come si riassetta la sua stanza al mattino; il malato che non complica le cose con reazioni personali, ma si adegua anzi supinamente, passivamente al potere dell’autorità che lo tutela»¹. L’immagine del perfetto ricoverato all’apice della sua carriera istituzionale è l’immagine dell’uomo svuotato. Svuotato di forza, di energie, di diritti, di capacità di reazione critica. Svuotato della sua follia.

Che cosa fare contro questa istituzione che svuota i soggetti? Basaglia non cessa mai di essere un fenomenologo e applica appunto un metodo fenomenologico di *epoché*, di sospensione del giudizio, sospensione del discorso organocista e biologista della psichiatria positivista. Come fuggire dal sapere psichiatrico positivista? La fenomenologia è la grande via di fuga, perché permette di superare lo sconforto e il pessimismo della clinica kraepeliniana, che è *clinica del deficit* e che riduce la follia a fatto di natura, la malattia mentale a impoverimento cognitivo e affettivo, a scadimento, a degenerazione, a evento inspiegabile, incurabile e inguaribile, infine imprevedibile e dunque pericoloso.

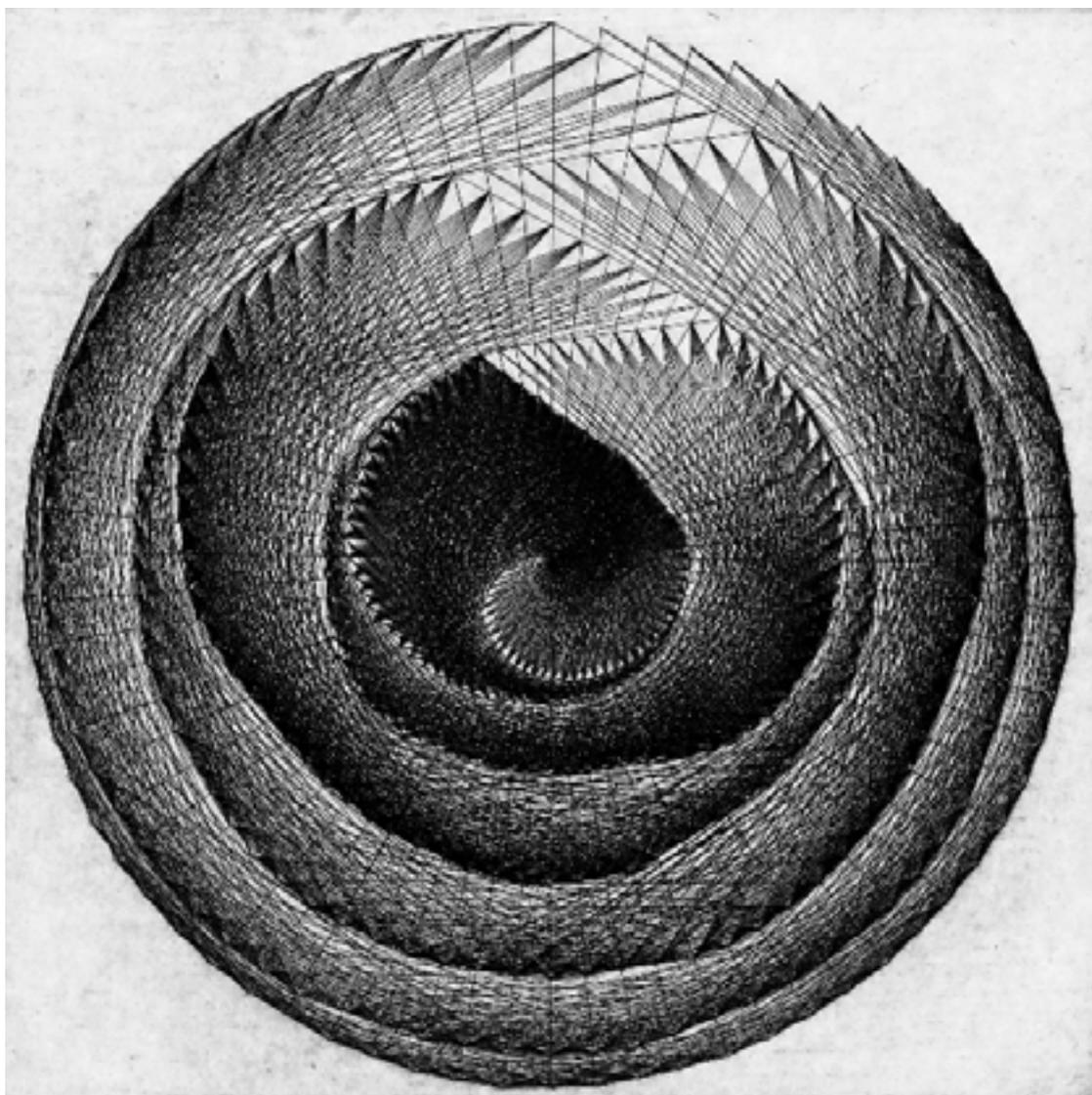
Il coraggio di Basaglia e del suo gruppo è quello di provare a sospendere questa *clinica del deficit*, che si fonda sull'*invalidazione del soggetto folle e del suo discorso*. La follia non è deficit, perdita, impoverimento, invalidazione. Il soggetto della follia non è un soggetto deficitario, è un *soggetto etico*, che opera nel profondo del suo essere una *scelta insondabile*, come scrive anche Jacques Lacan². Bisogna innanzitutto opporre un rifiuto all'*invalidazione* che la psichiatria tradizionale porta con sé: il malato docile e volenteroso al cospetto di un medico autoritario e magnanimo, che detiene l'ordine del discorso. L'esperimento della Comunità Terapeutica ha questo obiettivo di fondo: spostare la produzione del sapere. Chi detiene l'ordine del discorso non è più lo psichiatra ma l'internato. Si fa terapia nel momento in cui si restituisce all'internato la sua voce e soprattutto il diritto di esprimere la forza della sua follia. L'azione terapeutica per Basaglia è in primo luogo la creazione di occasioni assembleari nelle quali possa manifestarsi la forza della follia. Lasciare spazio alle voci che dissentono. Scrive Basaglia: «I partecipanti a questa prima comunità furono scelti fra quelli che [...] si erano dimostrati *meno adattabili* e quindi *dotati ancora di una buona dose di aggressività su cui si sarebbe dovuto puntare*»³. Basaglia punta sui meno adattabili, su quelli dotati di una buona dose di aggressività, in altri termini confida paradossalmente proprio sull'aspetto che storicamente ha rappresentato l'obiettivo dell'azione repressiva della psichiatria: *l'aggressività del malato*. Non per soffocarla ma per consentire che abbia libera espressione. È un rovesciamento completo della clinica e del ruolo attribuito al clinico dall'organizzazione sociale: non contenere l'aggressività ma favorire la sua liberazione. Scrive Basaglia: «l'unico punto su cui sembra di poter far leva è l'aggressività individuale. Su questa aggressività, che è ciò che noi psichiatri cerchiamo per un'autentica relazione con il paziente, potremo impostare un rapporto di tensione reciproca che, solo, può essere in grado – attualmente – di rompere *i legami di autorità e di paternalismo*, causa fino a ieri di istituzionalizzazione»⁴. Basaglia sa che è fondamentale mantenere questa aggressività, perché «proprio nel mantenimento di questa aggressività che annulla ogni sentimento di riconoscenza e di dedizione, si può iniziare un rapporto da pari a pari, il solo in grado di affrontare il malato mentale»⁵. Per Basaglia, restituire il diritto alla salute mentale significa restituire il diritto all'espressione

dell'aggressività, ossia all'espressione di un dissenso, alla messa in discussione dei ruoli all'interno dell'istituzione. Diritto alla costruzione di un sapere che sia alternativo al sapere padrone della clinica psichiatrica, che permetta la contestazione della misura di una norma e dell'omologazione in un modello unico di salute. Diritto di criticare l'appartenenza a una comunità, quindi anche l'inclusione in una cittadinanza, la nozione stessa di cittadinanza: *messa in crisi della cittadinanza*, quando intrappolata nella retorica salvifica dell'inclusione sociale a tutti i costi – l'inclusione che salva, l'inclusione che garantisce –, ma anche *crisi della città e dell'organizzazione sociale* che ha permesso l'istituzione totale. L'uscita del malato dal manicomio è l'inizio di quella crisi della città, che non riesce a capire, ad abituarsi alla presenza del malato nel suo tessuto. A fronte di una critica così radicale, è possibile oggi affermare che il modello di inclusione sociale si sia allontanato davvero da una clinica del deficit? Che si sia staccato da una concezione del disturbo mentale inteso come impoverimento cognitivo, come disabilità comportamentale, come mancanza di prestazione sociale adeguata? Quanto cioè l'esigenza di inclusione sociale ha mantenuto aperto attualmente un dibattito sul modello medico dell'invalidazione? Si rischia, altrimenti, una semplice trasformazione del concetto di tutela – tutela della società dal folle –, ossia di passare da una forma di tutela come *espropriazione dei corpi* a una forma di tutela come *invalidazione assistita*: essa coincide, secondo Franca Ongaro Basaglia, con la logica dello stato assistenziale, che garantisce cioè un diritto all'assistenza, ma non intacca il nodo di fondo dell'invalidazione dell'assistito, perpetuata attraverso una scienza che svaluta il soggetto e il suo discorso, anche quando si impegna a riabilitarlo⁶. Questo passaggio è stato descritto da Michel Foucault come passaggio dal potere disciplinare al biopotere. Attenzione, dice Foucault, non pensate che il potere funzioni soltanto attraverso un meccanismo repressivo contro il quale bisogna agire una liberazione dei corpi. La retorica della liberazione rischia infatti di occultare l'azione più sottile di un biopotere, fondato sulla diffusione di un controllo sociale capillare e di un modello di norma invalidante, mascherati da necessità assistenziali. L'invalidazione assistita è il cuore di una strategia di governo degli individui, per la quale la guarigione e la reintegrazione sociale del folle sono ancora definite dalla «stabilizzazione in un tipo sociale moralmente riconosciuto e approvato»⁷.

Per Foucault la peculiarità delle lotte contro le istituzioni psichiatriche si è fondata in primo luogo sulla capacità di mettere in discussione «una surmedicalizzazione della follia»⁸. Se il nodo della invalidazione del soggetto passa attraverso un modello di sapere medico e una medicalizzazione della follia, è sufficiente di per sé la restituzione del diritto alla salute mentale per intaccarlo? Soprattutto oggi che la riabilitazione è diventata il nuovo oggetto del desiderio di una psichiatria universitaria alla ricerca di una nuova identità dopo il crollo del modello manicomiale?

Si assiste, infatti, a una crescita esponenziale dell'offerta di formazione tecnica con grande fortuna di modelli comportamentisti e cogniti-

visti quali strumenti per una rapida appropriazione di tecniche di riparazione e di controllo per un buon funzionamento del malato. Secondo Antony e Liberman, la riabilitazione psichiatrica si fonda sui principi della riabilitazione fisica integrati da tecniche psicoterapiche di derivazione comportamentista. I comportamenti della persona malata vengono frammentati in abilità/disabilità sociali da affrontare attraverso tecniche di *problem solving* e addestramento a prestazioni socialmente competenti. Sappiamo qual è il modello di malattia che supporta questa tecnica: si tratta della *vulnerabilità/stress*: vulnerabilità dell'individuo dovuta a una carenza di abilità nel fronteggiamento di situazioni stressanti di vita. In altri termini viene



ripresa una nozione di malattia intesa come reazione a difficoltà ambientali di un sistema che è già difettuale. È questo che apre la porta a un'idea di inclusione sociale come adattamento normalizzante alla realtà, piuttosto che come incontro con un soggetto, che chiede di essere riconosciuto come alterità e come progettualità di vita differente. Inoltre, i modelli di riabilitazione sono spesso modelli di sapere medico riparativo in cui è evidente sempre più spesso una clinica del deficit, piuttosto che una clinica dell'esperienza di malattia: pensiamo agli studi di Crow, Andreasen, Strauss, Zubin, e tanti altri, che parlano sempre più spesso di disabilità legate all'impovertimento delle funzioni cognitive e alla riduzione delle prestazioni comportamentali. Il tutto a scapito di una visione più complessiva del *sensu* dell'esperienza e della *struttura* del soggetto.

La psichiatria induce erroneamente a credere che questa attenzione al comportamento corrisponda all'innovazione diagnostica, a uno sguardo moderno sulla malattia mentale. Niente di più illusorio. Basta osservare, come fa Michel Foucault in *Le pouvoir psychiatrique* e in *Les anormaux*⁹, quello che accade in un periodo di tempo relativamente breve – trenta, quarant'anni, a partire dal 1830-40 fino al 1870 – quando si realizza un'imponente trasformazione disciplinare, che segna l'inizio della scienza psichiatrica che noi oggi conosciamo: dall'alienismo alla psichiatria. Ebbene, il paradigma che diventa dominante nel corso del XIX secolo, si fonda su un progressivo spostamento teorico, per il quale la psichiatria incomincia a prestare più attenzione ai modi del comportamento che alle forme logiche del pensiero. Foucault ci mostra l'importanza che assume una nozione fino ad allora marginale, la nozione di *istinto*, intesa come impulso incontrollabile ed improvviso, automatismo al di fuori della volontà, per certi versi estraneo alla persona che lo esprime o agisce. Tale nozione diventa progressivamente dominante, a scapito della nozione di *delirio*. Quindi, è nel XIX secolo che la psichiatria si pone come nuovo e principale obiettivo della sua azione il controllo dei comportamenti che si allontanano da una norma. La psichiatria nasce come scienza dei comportamenti, come disciplina di controllo delle condotte umane.

Basaglia, invece, ribadisce che l'impovertimento e la cronicizzazione raramente dipendono da una naturalità della malattia, piuttosto derivano dall'istituzione che prende in carico i soggetti. Se l'istituzione – qualsiasi istituzione, anche il

centro di salute mentale, il centro diurno, la cooperativa sociale – tende a osservare di più le prestazioni dell'utente, piuttosto che i suoi vissuti e la nozione di senso del suo malessere, accade che il sapere costruito sul soggetto sia soltanto un "sapere prestazionale". Paradossalmente questo succede proprio perché si osserva di più il soggetto nel suo contesto di vita e perché l'obiettivo terapeutico è principalmente un suo reinserimento sociale.

Per questo, il modello della salute mentale territoriale non può essere lo stesso della psichiatria biologica con l'aggiunta virtuosa di una lotta per i diritti e di una promozione dell'inclusione sociale. Piuttosto deve essere capace di mettere in crisi il modello riparativo medico – ancora oggi prevalente fra gli operatori della salute mentale territoriale – fondato sull'invalidazione dell'assistito. Promozione dell'inclusione sociale non significa soltanto accrescimento di beni e di servizi per il soddisfacimento dei bisogni dell'utente. Altrimenti, si perde di vista la particolarità della sua storia e della sua domanda di soggetto e lo si riduce a un semplice fruitore di beni e servizi. La *manca* del singolo diventa deficit da colmare con una risposta valida per tutti e, soprattutto, nelle mani del tecnico. Funziona in tal caso un modello di sapere tradizionale, che riproduce di continuo la *padronanza* del tecnico sul soggetto: un sapere che discende dall'alto, come un insegnamento più che come una terapia, dal curante al curato, e che non tiene in alcun conto né il "progetto", né il "naufragio" di ogni singola storia.

Dice Basaglia: «Ciò che ritengo fondamentale nella nostra pratica: il nostro bisogno di incontrarci con la irrazionalità del soggettivo»¹⁰. Alla fine del lungo processo di deistituzionalizzazione che ha portato alla chiusura del manicomio, c'è qualcosa di fondamentale nella pratica, qualcosa di imprescindibile e che sarebbe bene tenere presente quando si agisce. Una necessità insopprimibile, il bisogno di un incontro con quella dimensione soggettiva che l'istituzione aveva oltraggiato e distrutto nelle sue procedure di cosificazione dell'internato. Di questa soggettività è fondamentale incontrare la sua irrazionalità. È fondamentale restituire all'irrazionalità una possibilità di interlocuzione, una dignità di voce. Incontrare l'irrazionalità del soggettivo significa incontrare qualcosa che precede il normale e il patologico, qualcosa che atiene alla sofferenza del soggetto.

Ci sono tre punti, dice Basaglia: la sofferenza dell'individuo, la razionalizzazione della soffe-

renza, che è la diagnosi scientifica di malattia, infine l'organizzazione della sofferenza, che è l'istituzione¹¹. Sofferenza, sapere, potere. «Il manicomio ha la sua ragione d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato»¹². Processo di razionalizzazione come nesso tra sapere e potere che trasforma la sofferenza: «È attraverso questo processo di razionalizzazione e organizzazione dei bisogni che l'individuo è privato della possibilità di possedere se stesso (la propria realtà, il proprio corpo, la propria malattia)»¹³. Il bisogno di incontrare l'irrazionalità del soggetto è il bisogno quindi di incontrare ciò che del soggetto resta al di fuori di questa logica oggettivante della scienza, ciò che si lascia o non si è lasciato razionalizzare, ciò che ha resistito alla espropriazione di se stesso. Nozione di soggettività come *resistenza* alla razionalizzazione della scienza.

Si tratta allora di chiedersi quanto sia importante oggi per noi riconoscere questa funzione di resistenza e riprendere quel compito che Basaglia si era posto già all'indomani della Legge 180, ossia «la necessità, più volte affermata, di superare la funzione normalizzatrice implicita di ogni operatore psichiatrico»¹⁴. Chi è più disposto a parlare di questa funzione? Chi è più disposto a essere colpito dalla forza della follia? Cioè dall'irruzione di qualcosa che non si vuole e non si può adattare perché resiste alle strategie di invalidazione e mette permanentemente in crisi la cittadinanza nei suoi meccanismi di inclusione sociale. Parlare di restituzione del diritto alla salute non può ridursi a un tecnicismo di tipo giuridico-amministrativo, in altri termini alla difesa di un buon governo della rete territoriale di assistenza, o allo scontro fra differenti visioni organizzative, fra cosiddette cattive e buone pratiche, svincolato però da un'attenzione ai modelli di sapere e alle procedure di formazione degli operatori, soprattutto in riferimento a una cultura del terapeutico.

Scrivono Franca Ongaro Basaglia: «Se l'acquisizione del diritto di un nuovo rispetto della persona [...] non riesce a modificare i corpi professionali e le discipline che non lo hanno mai contemplato e che ora dovrebbero garantirlo, essa si riduce a pura enunciazione di principio, priva di possibilità di realizzazione completa»¹⁵. Modificare i corpi professionali e le discipline, modificare il rapporto con il sapere della psichiatria: anche questo è l'obiettivo in una lotta per i di-

ritti. Lotta oggi possibile solo facendo crescere un nuovo linguaggio che sappia tenere insieme *clinica e politica*. Che sappia donare parole anche a chi fugge dalle nostre reti, anche a chi resiste all'inclusione e chiede il diritto di non rinunciare alla forza della sua follia.

1. F. Basaglia, *Potere e istituzionalizzazione. Dalla vita istituzionale alla vita di comunità* (1965), in Id., *Scritti*, 2 voll., Einaudi, Torino 1981-82, vol. I, p. 287.

2. Scrive anche Lacan: «E l'essere dell'uomo non solo non può essere compreso senza la follia, ma non sarebbe l'essere dell'uomo se non portasse in sé la follia come limite della sua libertà». Cfr. J. Lacan, *Discorso sulla causalità psichica*, in Id., *Scritti* (1966), 2 voll., Einaudi, Torino 1974, vol. I, pp. 170-171.

3. F. Basaglia, *La "Comunità Terapeutica" come base di un servizio psichiatrico. Realtà e prospettive* (1965), in Id., *Scritti*, cit., vol. I, p. 278 [cors. nostro].

4. F. Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione* (1964), in Id., *Scritti*, cit., vol. I, p. 257.

5. F. Basaglia, *Potere e istituzionalizzazione*, cit., p. 293.

6. F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, Lectio doctoralis in occasione del conferimento della Laurea Honoris Causae in Scienze Politiche, Università di Sassari, Facoltà di Scienze Politiche, 27 aprile 2001, p. 36.

7. M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, (1961), tr. it. Rizzoli, Milano 1976, p. 545.

8. M. Foucault, *La casa della follia*, in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975, p. 169. Il testo deriva dalla rielaborazione e integrazione del *Résumé du cours* di M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*, 1973-1974, Gallimard/Seuil, Paris 2003, pp. 341-352.

9. M. Foucault, *Les anormaux. Cours au Collège de France*, 1974-1975, Gallimard/Seuil, Paris 1999, tr. it a c. di V. Marchetti e A. Salomoni, Feltrinelli, Milano 2000.

10. E. Venturini, *Intervista a Franco Basaglia: Dopo l'ospedale nel territorio*, in E. Venturini (a c. di), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino 1979, p. 224.

11. Cfr. *ivi*, p. 240.

12. F. Basaglia, *Conferenze brasiliane* (1979), Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 34.

13. F. Basaglia, F. Basaglia Ongaro, *La malattia e il suo doppio*, in *La maggioranza deviante*, cit., p. 135 [cors.d.cur.]. Questo scritto si trova anche negli *Scritti* con il titolo di *La maggioranza deviante* (vol. II, pp. 155-184).

14. F. Basaglia, "Prefazione", in E. Venturini (a c. di), *Il giardino dei gelsi*, cit., p. X.

15. F. Ongaro Basaglia, *Tutela di diritti e saperi disciplinari*, cit., p. 39.

Non sono più quei tempi

PIER ALDO ROVATTI

Non sono più i tempi di Basaglia. Non parlo soltanto di Franco Basaglia e delle sue opere, dei fatti e gli scritti, o della sua eredità. Ma di “quei” tempi: un’epoca, magari breve, diciamo tra i Sessanta e i Settanta, ma soprattutto il dopo Sessantotto, e non solo in Italia. Tempi che ho avuto l’incidente e la fortuna di attraversare in prima persona, nei quali, per una sorta di straordinaria densità chiasmatica di eventi e idee, la follia era per molti (comunque non solo per il piccolo popolo che abitava i luoghi della cosiddetta malattia mentale) *un evento vicino*: non *tragicamente* vicino ma *culturalmente* vicino, vicino a molte delle idee che circolavano, o meglio si respiravano allora.

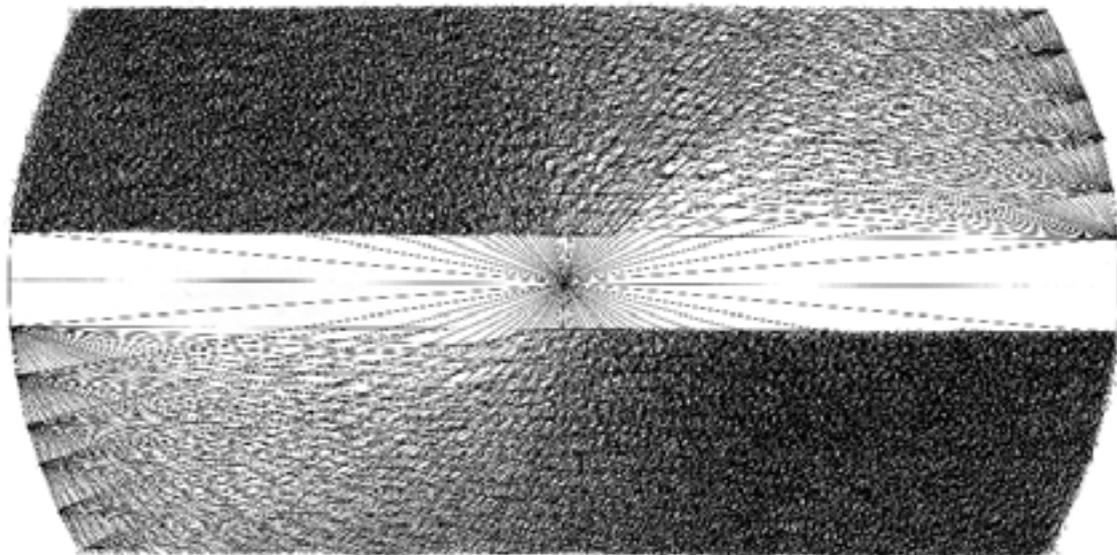
Basaglia e le sue opere non stavano certo al margine, e anzi erano un polo, un centro attrattore: tuttavia erano insieme produttore e prodotto dell’evento sociale, intellettuale e politico che voglio adesso richiamare e che chiamerei: “cultura della follia”.

La follia usciva dai suoi ghetti (cronaca nera e manicomio, un privato sordo e impresentabile, e una dimensione pubblica stigmatizzante e quasi zoologica) per entrare nei discorsi e nelle pratiche della parte sveglia della società, e diventare in questo modo *un evento culturale*.

Non sto parlando delle immagini dei corpi strani e ora non più solo sofferenti, una volta caduti o fatti cadere da dentro i muri reali e simbolici. Parlo, invece, di una *familiarità* al di là del perturbante e della connessa scopofilia, che è quella, per capirci, che permette allo stesso Basaglia di dire agli operatori brasiliani che lo stanno ascoltando (cfr. *Conferenze brasiliane*, 1979) che una società è tanto più civile quanto più sa riconoscere e dar luogo alla follia che abita in ogni individuo.

Ecco, nella sua radice e nel suo spazio virtuale ma già in parte reale, la cultura della follia: un ritorno nella città (società, civiltà, ognuno di noi *vs* marginalità, bestialità, solo pochi sfortunati) dopo l’esclusione infinita e l’interdetto continuamente sancito dai valori progressivi della razionalità dominante, di una dimensione di *alterità* e perfino di assoluta alterità che dalla città era stata bandita per il bene di tutti e dunque della città stessa.

«Bisogna riconoscere la follia in ciascuno di noi», dice Basaglia facendo scattare la portata del suo discorso ben oltre il registro della malattia mentale. Uno scatto che la densità chiasmatica di quei tempi – sui quali varrebbe la pena di tornare con un’anamnesi non casuale,



se non altro per contrastare le paccottiglie della memoria che ci vengono somministrate nelle sale cinematografiche – aveva, per così dire, preparato con una costante sperimentazione di idee e di luoghi, dalle filosofie della differenza ai discorsi al femminile e a ogni istanza di riprendersi la propria vita confiscata e talora autoconfiscata. Riprendersi la vita voleva dire riprendersi anche la propria follia e dare a quest’impulso teorico e pratico dignità di discorso pubblico, farne una respirazione culturale.

Non sono *più* quei tempi, come tutti vediamo, proviamo, sappiamo. C’è pur sempre un fenomeno di carsità, che è quello stesso per cui si stampano le pagine di questa rivista. Ma il macrofenomeno dei *nostri tempi* ha restituito alla cosiddetta ragione la sua cecità escludente, con il supporto clamoroso di una tecnoscienza che intanto è cresciuta esponenzialmente ed è capace di stravolgere ogni ragionevole e realistica idea di esistenza individuale e sociale. La politica è scomparsa dalla scena. Il sociale si è ispessito, calcificato. La dimensione pubblica è or-

mai invasa dagli effetti mediatici. Il privato esiste quasi solo nella cornice del *reality show*, e dunque appare cancellato o relegato in un angolo buio. Non tocca poi a me ricordare quanto sia stata invasiva la tecnoscienza anche nei confronti della malattia mentale.

Così la follia, che aveva cominciato a parlare e a entrare a buon diritto nei discorsi, adesso è tornata nel silenzio che sembra le spetti. Qualche Pierre Rivière o qualche mormorio delle vite infami, per esprimermi con le parole di Michel Foucault, balenano snaturati e già spettacolarizzati nelle righe delle cronache o nelle immagini sul teleschermo. Ma sarà poi vero? Domanda legittima, visto che già subito appartengono al grande *show*.

La cultura della follia, che aveva così faticato a nascere – ma c’era entusiasmo e perfino allegria –, ora sembra dimenticata e morta. Si tratta di farla rinascere, se teniamo alla civiltà della nostra società. Tuttavia le condizioni negative si sono moltiplicate e certo, oggi, nella società spettacolo, una semplice ripetizione del gesto di Basaglia non è più sufficiente.

Venticinque anni dopo, ancora

CARLO VIGANÒ

Alla spinta anti-istituzionale del movimento suscitato da Basaglia contribuì all'inizio il suo orientamento esistenzialista, ma in seguito divenne decisiva quella derivata da una visione sociale della clinica. Credo che proprio questa concezione della clinica della malattia mentale in chiave sociale, richieda oggi un aggiornamento. Il '68 aveva dato delle parole d'ordine per la contestazione delle istituzioni che veicolavano i contenuti di una società "disciplinare" (secondo una terminologia foucaultiana). Si trattava di combattere le istituzioni sociali di impianto ottocentesco. Esse erano fondate sul discorso del padrone, cioè su un modo di affermare l'identità soggettiva in opposizione all'alterità dell'Altro o, più precisamente, alla diversità del godimento dell'Altro (razzismo).

Per Basaglia, così come per il movimento di quegli anni, fu una lettura marxista di quella società a individuare il soggetto "rivoluzionario". Oggi viviamo nella società che quel movimento ha contribuito a trasformare. È una società che vive all'insegna della tolleranza, veicolata dall'ideologia del mercato mondiale. Così si esprimono Hardt e Negri ne *L'impero* (pag. 147): «la circolazione, la mobilità, la diversità e le mescolanze sono le sue condizioni di possibilità. Il commercio chiama a raccolta le differenze, e più ce ne sono, meglio è». Ritengo che anche la classica clinica sociale della malattia mentale resti oggi «nell'orizzonte di una nozione disciplinare, preimperiale, del godimento» (Ibidem). Noi dobbiamo invece fare i conti con un nuovo tipo di segregazione (non più "istituzionalizzazione") del disagio mentale, basato più sulle nosografie statistiche del DSM e sulla pluralizzazione dei "disturbi" che isolano i soggetti in classi di appartenenza, dove vengono spinti ad identificarsi con il loro disturbo (cosa che perlopiù fanno volentieri con l'idea di un auto-aiuto) e a praticare una sorta di automedicazione chimica.

In un simile contesto sociale non mi pare che ci si possa attendere qualcosa da una riforma di legge (anche perché la 180 continua ad essere una buona legge), si devono invece ritrovare o ricreare le fila di quella trasformazione sociale

che Basaglia riteneva essenziale, al di là della legge. Costruire una città che renda possibile la vita al folle e al diverso.

Questa esigenza rende di enorme attualità la "Questione preliminare" posta da J. Lacan "ad ogni trattamento possibile della psicosi" (pubblicata negli *Scritti* nel 1966). Solo oggi se ne coglie appieno l'importanza: si tratta, dice Lacan, di vincere il pregiudizio sociale per cui un comportamento anormale (l'allucinazione, così come il passaggio all'atto) viene automaticamente preso, e quindi trattato, come il segno di un soggetto (pericoloso e quindi da rieducare obbligatoriamente). L'esperienza della psicoanalisi viene a sovvertire la visione sociale della malattia mentale. Essa infatti può dimostrare che i suoi sintomi sono senza soggetto. Non solo: perché un soggetto nasca, venga all'essere lì dove il disturbo si è manifestato, occorre che intervenga un partner capace di entrare in relazione con la rete simbolica, di cui quei fenomeni anormali sono il sedimento, l'effetto di un appello ad un soggetto in potenza, ma precluso nell'atto.

Sembra una favola, ma è realtà scientifica: se nel reale sociale quella rete simbolica trova un'incarnazione, un luogo vivente che ne prenda atto, questo diviene l'interlocutore di una soggettività potenziale e assiste all'atto di nascita di un soggetto mai nato.

Farsi interlocutori di un soggetto in potenza è il frutto di una sovversione etica, di una decisione e di un atto che non sono riducibili né ad un sapere scientifico, né ad un testo di legge. L'impasse odierna dei servizi psichiatrici, che siano quelli pubblici o quelli sorti nel privato-sociale, testimonia dell'urgenza di questa trasformazione etica. Come rianimare questi servizi, come riabilitarli a quella interlocuzione possibile con il disagio mentale, che sia creativa (poetica) di soggettività nuova? E quindi, diciamolo, di quella nuova forma di amore che tutti stiamo cercando?

Vi propongo di leggere i 25 anni della Legge 180 alla luce di questa domanda e a questo scopo riporto di seguito alcune riflessioni sul tema della "animazione" in psichiatria che ho svolte

in un incontro organizzato dal DSM di Ravenna. Sono il frutto dell'esperienza di qualcuno che ha preso atto della "questione preliminare" posta da Lacan.

L'ANIMAZIONE IN PSICHIATRIA Innanzitutto una puntualizzazione: l'animazione è una dimensione essenziale della clinica psichiatrica. Uso la parola clinica perché è una parola che secondo me va un po' recuperata. La parola "clinica" deriva da *Kliné* (letto) che vuol dire imparare al letto del malato: dall'ascolto, dalla relazione, dalla presenza del malato, del soggetto nella sua irripetibile particolarità.

Per capire meglio l'articolazione tra psichiatria classica e psichiatria tecnologica farei queste considerazioni: non c'è solo un'innovazione nel campo dei servizi ma c'è soprattutto uno sviluppo e un'innovazione da parte dei pazienti. Una statistica fatta recentemente dal dr. Andreoli di Ginevra afferma che l'utenza classica affetta da psicosi, che è quella di cui oggi mi occuperò nella mia relazione, quella dei malati che hanno una sorta di questione strutturale e per certi aspetti irreversibile e non per questo non vanno inseriti e pensati in una mira di inserimento sociale, riguarda il 18% dell'utenza del servizio psichiatrico; una fascia che è rimasta stabile fino a prima della Legge 180, quando sono stati aperti i manicomi. Negli anni '50 si era cominciata a inserire un'altra patologia, cosiddetta delle depressioni, che ha avuto un incremento esponenziale enorme nella popolazione, che ora si è stabilizzata con i farmaci e che diciamo concerne circa il 40% della nostra utenza. L'altra parte riguarda la metà dell'utenza attuale, quella che lui chiamava la patologia del controllo delle emozioni, quella che si manifesta con la modalità della crisi, multifattoriale, di fascia d'età sempre più giovanile, tendenzialmente adolescenziale che si esprime con anoressia, dipendenza, violenza, instabilità dell'umore ecc.

Il problema è come articolare il sapere a partire dalla patologia classica psicotica, patologia grave; grave è una parola che a me non piace per niente. È una fascia di soggetti che ha una struttura particolare, rispetto a cui il termine *gravità* ha più una connotazione sociale di tipo negativo che non psicopatologica. Sono i classici "diversi" che, non per questo, sono necessariamente da pensarsi nel senso di una gravità o di una pericolosità. Nello studio di Andreoli, questo 18% dei pazienti costa ai servizi quasi il 70% della spesa; questo è un problema che agli orga-

nizzatori amministrativi pone dei quesiti: come mai il 18% della popolazione costa così tanto? Credo che se riusciamo a fare meglio, potremo forse pensare dove sta lo spreco, l'elefantiasi di un sistema di cura rispetto alla patologia. Sicuramente sta nella difficoltà diagnostica iniziale nel separare queste tre fasce di utenza cui sommariamente ho fatto cenno. Trattare il 100% delle persone che passano dai nostri servizi come schizofrenici, senza un intervento rapido su una crisi che si può risolvere con una notte di sonno chiamando i parenti o i conviventi e cercando di capire dal convivente o capendo la contingenza che si è creata nel determinare quella crisi, è un controsenso; si potrebbero infatti risparmiare anni e anni di un imbuto psichiatrico che porta tutti verso un modello della psichiatria. Da qualunque parte siano arrivati: dalla droga, da una crisi di violenza, da un tentato suicidio, l'apparato tende a portare tutti in un trattamento eterno, cronicizzante. Su questa considerazione c'è un grosso dispendio d'energie, denaro, sforzi e anche disumanità. Questo come premessa.

L'animazione ha una radice storica legata alle malattie strutturali, classiche, quelle che una volta erano da manicomio. Non vi era una diagnosi strutturata, il modello era quello della malattia psicotica. L'animazione in questo campo raccoglieva l'eredità basagliana e andava contro l'istituzionalizzazione di questi malati. Questo è il primo punto. Un altro punto importante è che il cambiamento dell'utenza nei servizi psichiatrici sta modificando la modellizzazione spontanea, inconsapevole, della malattia per ciascun operatore, e nel corso di questo mutamento il riferimento all'animazione diventa più problematico; perché è chiaro che un giovane che è andato in crisi, che ha tentato il suicidio perché è stato mollato dalla ragazza, non può avere lo stesso tipo di animazione di uno schizofrenico o di una signora che soffre di attacchi di panico.

Ci sono quindi bisogni diversi a fronte della difficoltà di dare una chiara teoria di come si dia l'anima, se si intende l'animazione come dare l'anima al paziente, animarlo. Propongo di pensare che il problema dell'anima riguardi l'operatore e non il paziente. Così io leggo l'implicazione dell'operatore a livello del suo desiderio soggettivo, al di là delle tecniche e dei modelli di malattia che lui ha.

Una quarta connotazione: l'animazione riguarda il partner del paziente. Quello che io chiamerò *l'Altro* del paziente, chi, come e per quan-

to tempo sta con lui. Le osservazioni fatte sul tempo dell'animazione, riguardano il fatto che spesso si pensa sia un'attività svolta nel tempo libero. Ma tutti dicono: questi pazienti hanno un tempo libero che dura 24 ore su 24. È strano pensare ad un'attività del tempo libero per persone oppresse dal tempo libero stesso. Ma se riportiamo la parola "tempo libero" a questa dimensione di libertà nell'evolvere del tempo si capisce meglio quale è il punto ove va a colpire l'esperienza dell'animazione; perché il tempo psicotico in realtà non è un tempo libero ma più che occupato, anzi solo occupato, un tempo addirittura blindato. Lo psicotico è in realtà una persona che iper-lavora, fa un doppio lavoro: quello di relazione con l'esterno, per cui cerca di adeguarsi alle nostre aspettative; e quello suo interno che è un lavoro molto impegnativo, anche se enigmatico e poco visibile. Per questo degli psicotici che stanno al letto tutto il giorno mi dicono certe volte: «sono stanchissimo», e hanno ragione.

Un'ulteriore osservazione è relativa al lato istituzionale che, di fronte a questi problemi di impatto con un paziente psicotico che deve essere animato, è una dimensione che si distacca nettamente dalla formazione medico-biologica. Quanto più ci si identifica con una formazione tecnico-scientifico operativa che definisce un mansionario specifico, tanto meno ci si trova disposti e disponibili al tema dell'animazione. Questo non vuol dire che quello dell'animazione debba diventare un tema specialistico, una nuova definizione di ruoli. Stiamo parlando di un tema trasversale rispetto al sapere tecnico-scientifico; è un sapere fare che richiede una preparazione molto elevata, che si impara con il paziente; è il sapere relativo alla relazione che non si fa sui libri in sostanza.

Ultima nota sulla specificità maggiore dell'animazione: l'animazione riguarda il corpo del paziente, ma anche quello dell'operatore. Il corpo aldilà dell'organismo, al di là della biologia, il corpo che si diverte, che gode. Non è solo un corpo vivo (problema medico), ma è il corpo di un vivente, di qualcuno che però fatica a farlo proprio.

L'ipotesi che traggio è che l'animazione sia quell'atto della clinica che di più si avvicina a ciò che corrisponde al tema della guarigione nel campo della salute mentale. Qui guarigione non può essere *restitutio ad integrum*, ma deve essere stabilizzazione soggettiva, e un soggetto è stabile solo se diventa creativo, capace di un godimento non autoerotico, non artistico, ma

un godimento che passi dall'Altro animato, dove trovare un interlocutore; per cui impara a trovare soddisfazione con un altro. Vi propongo una definizione di animazione: è ciò che rende l'Altro non inerte ma partner delle soddisfazioni del soggetto "malato". Essere partner con il paziente in un godimento nuovo, non autistico, riguarda il corpo e il discorso, cioè il legame sociale.

NON C'È TERAPIA SENZA ANIMAZIONE Vediamo di dare qualche connotazione più clinica, precisa, alla metodologia dell'animazione. Basaglia riconosceva che il manicomio era stato per tutti gli operatori una grande scuola di vita e si augurava che questo valore venisse mantenuto anche nella vita di tutti i giorni dopo l'abolizione del manicomio. Che cos'è questo valore? Cosa s'imparava? S'imparava come può esprimersi lo psicotico, che è fuori dal discorso e fuori dalla parola; come si esprime il suo stile per esternare le emozioni, l'amore, il riconoscimento, che è così iper-realistico, e tutto giocato nel reale, fuori dalla finzione della parola. Come diceva già Freud, non è vero che lo psicotico non abbia una capacità di transfert; certo il transfert psicotico non è come quello del nevrotico, che veicola l'angoscia e quindi lo porta a potersi curare con i famosi colloqui o addirittura la psicoanalisi. Lo psicotico non ha quel tipo di transfert, quindi non lo si cura con i colloqui, non lo si cura con le parole, ma ha un transfert reale. Pensate come lo psicotico sia legato alle mura che lo racchiudono, in fondo; ma che tipo di transfert ha su questo luogo fisico? C'è materiale per cogliere qual è e come sia massiccia la capacità di transfert di uno psicotico. E abbiamo visto nel lavoro di demanicomializzazione che razza di difficoltà hanno avuto molti malati a lasciare il luogo dove sono vissuti dieci, quindici, vent'anni; non per un'abitudine animalesca, di addomesticamento, ma per una protezione, per una facilitazione che quei luoghi erano capaci di dare alla loro quotidianità: il ritmo del sonno, della veglia, del nutrimento, delle soddisfazioni. E quindi le difficoltà che si sono incontrate nell'organizzare nuovi percorsi regolati e facilitati dello stesso tipo ma in maniera più evoluta.

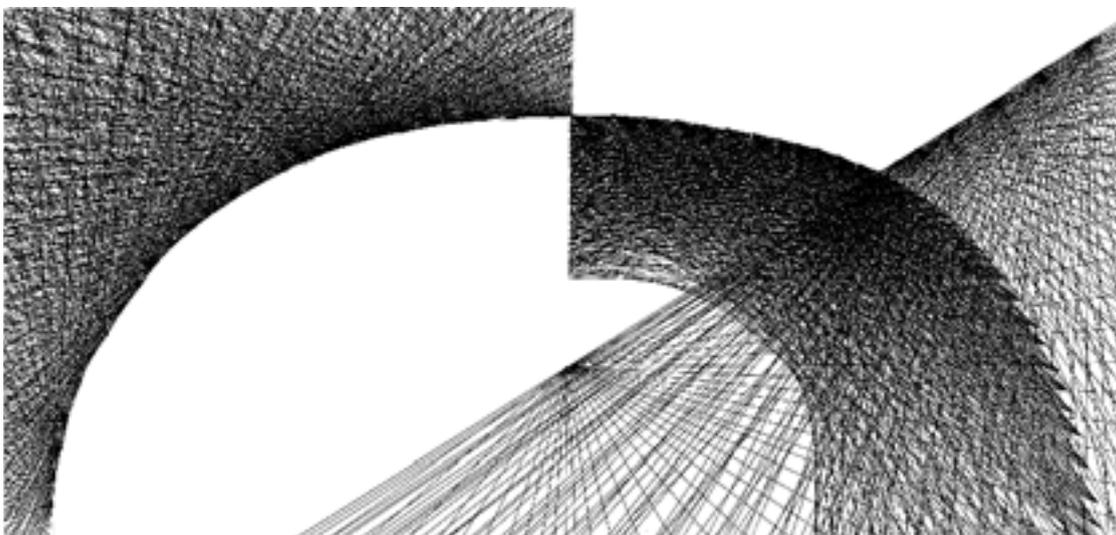
Pertanto lo psicotico non è fuori dalla relazione, ha un transfert che è tutto nel reale, nelle cose, tutto nell'uso che fa di quelle cose. Ed è un uso particolare che lo psicotico fa del corpo, per cui il godimento è da realizzare fuori del corpo, perché il soggetto non è arrivato ad

appropriarsene, a farlo proprio; come se non avesse un corpo proprio. È il caso dello schizofrenico che è fatto di tanti pezzetti, per cui un giorno parla di una mano, poi dopo sono le articolazioni che parlano, ecc. Sono sempre segmenti del corpo in cui si concentra la sua relazione e il suo mondo. E questo è già un primo obiettivo del lavoro di animazione: familiarizzarsi con il proprio corpo che è sostanzialmente estraneo.

Allora, vediamo qual è il lavoro che fa lo psicotico, diciamo quando è lasciato a se stesso, senza partner, alienato nel puro reale. Fondamentalmente qui mi appoggio ad un formalismo psicoanalitico, così divulgato da poterlo utilizzare fuori da un contesto specialistico. Normalmente, è il discorso a darci un posto nell'esistenza, nella realtà. Quello che appunto Freud chiamava la connessione relazionale, che nominava Edipo. Quindi il padre, la madre, il figlio, la triangolazione che costruisce un ponte discorsivo, un legame sociale per i godimenti dell'Altro e per quelli del soggetto. Il soggetto trova nel legame un posto simbolico, una sua rappresentanza che è il suo valore fallico. Il termine fallo si riferisce alla sfera della sessualità, il fallo è una funzione e non un organo, sia per l'uomo che per la donna. E il passaggio dall'organico alla funzione simbolica è ciò che dà un ordine, una legalità alle soddisfazioni umane. Lo psicotico è qualcuno che ha delle difficoltà a raggiungere l'organizzazione edipica e quindi simbolica del proprio corpo. Non è in grado di organizzare la propria ricerca del piacere e il rapporto con se stesso tramite il linguaggio della parola, trami-

te lo scambio di domande, di doni e di attesa, quello che chiamiamo amore. Si trova fuori discorso, perciò senza la competenza di localizzare un'immagine d'interesse, di adottare le strategie di avvicinamento e poi prevedere la risposta dell'altro. Questa sfera di organizzazione simbolica è disturbata. Pertanto, la condizione in cui si trova a vivere è, per questo motivo, di difficoltà nell'organizzazione simbolica. Lo psicotico si troverà in una condizione di emarginazione nei confronti di qualunque scambio sociale, e l'interlocutore apparirà come qualcuno che si presenta con il carattere della persecutorietà, dell'enigmaticità, perché il soggetto non riesce ad entrare nel gioco. Il gioco sociale diventa sempre più persecutorio nell'esperienza dello psicotico. E pur accorgendosi di essere fuori dal gioco relazionale, simbolico, si deve difendere dall'Altro, dalla chiamata a giocare. Pensate che ogni relazione umana rischia di far sentire al soggetto un appello, ogni segno che coglie come riferito a sé diventa una chiamata che è persecutoria, sotto forma di voci, allucinazioni, fenomeni di ogni tipo che lo riguardano al di là di ogni possibilità di creare uno scudo protettivo. Da ciò la qualità persecutoria dell'Altro e il congelamento di tutto quello che è simbolico, a partire cioè da questo suo essere estraneo alla produzione del senso, del gioco simbolico. Tutto ciò porta alla prima operazione del lavoro psicotico, che chiamerò di *autodifesa*.

C'è una seconda operazione dello psicotico, e qui veniamo al doppio lavoro. Lo psicotico fa una seconda operazione che io chiamerei di *autocostruzione*. Questa è l'operazione che dimo-



stra che pure essendo fuori dal discorso, dall'operazione simbolica, egli non è fuori dal linguaggio; pensiamo alla forma più elementare con cui si esprime questa forma di autocostruzione: quei gesti ripetitivi che suppongono una scansione elementare, significativa, simbolica, fatta di un più e un meno, in linea con il linguaggio dell'elettronica. Sono movimenti monotoni eppure scandiscono una differenza, come il metronomo che segna il tempo per chi si esercita a suonare uno strumento. Lo psicotico produce così un proprio mondo simbolico, che non comunica con il mondo simbolico con il quale si è trovato a non entrare in connessione, con quella realtà dove non ha trovato un proprio posto. Tutti questi gesti ripetitivi, tutti i giochi con gli oggetti, tutte le operazioni, sia elementari che evolute, danno un senso alla sua esistenza. Sono la costruzione di un mondo simbolico di supplenza, che però gli permette di sopravvivere.

COME IL PAZIENTE REGOLA LA SUA RELAZIONE CON L'ALTRO Detto questo vediamo allora attraverso quale meccanismo lo psicotico può trovare una sua *stabilità*, una sua vita integrata con il resto della vita sociale, una sua forma di integrazione. A partire da questi meccanismi egli tenta, fondamentalmente, di creare nell'Altro un ordine pacificante che gli permetta di vivere protetto dalla persecutorietà dell'Altro. Spero che tutto sia chiaro: persecutorietà non intenzionale della società, ma *strutturale*. Quindi la stabilizzazione dello psicotico avviene attraverso il suo lavoro di togliere la persecutorietà dell'Altro, di introdurre delle regole e far diventare prevedibile la sua partnership. Il manicomio una volta, in questo senso, era scuola di vita perché si proponeva come un laboratorio in cui si producevano spontaneamente tutte queste operazioni. Aveva il valore di un campo di osservazione, certo per chi sapeva osservare. Oggi si richiede molta più attenzione, ci sono tutte queste strutture e il campo di osservazione spesso è il quartiere, la famiglia, il luogo dove vive il soggetto. E noi siamo meno portati ad avere una percezione intera di questi movimenti del soggetto, perché la nostra osservazione è frammentata da ruoli, luoghi, occasioni sociali, per cui non abbiamo questa osservazione intera della dinamica del soggetto. Lui si trova a fare questo lavoro da solo. Noi, che siamo il suo Altro, siamo tendenzialmente scissi, frammentati, nel fare da partnership del soggetto; quindi per certi aspetti stiamo rendendo più difficile il compito dello psicotico. Il problema non è

tanto pensare all'integrazione come un ritorno alla possibilità di comprendere tutta la vita del soggetto; piuttosto, quello che prima era realizzato dal luogo di vita del manicomio, dovremo realizzarlo nella nostra testa, deve essere integrato nel nostro modo di concepire la relazione con il paziente. Non c'è bisogno pertanto di ricostruire luoghi, malgrado queste spinte a ritornare sui passi fatti. Il problema è, una volta abolito il luogo fisico dell'integrazione, di ritrovare una integrazione nella relazione con il paziente e relazionarsi con lui tenendo conto di tutta la sua storia.

Un altro esempio di spezzettamento della nostra partnership verso il paziente riguarda una schizofrenia funzionale d'intervento; persone che nelle diverse équipes, ristrutturazione di servizi e cambiamenti di primari, riforme, ecc. hanno cambiato diagnosi e strategie di intervento; discorsi fatti alla famiglia completamente scissi l'uno rispetto a quello precedente. Per cui il soggetto ha dovuto, come ha potuto, integrare questo "insieme" di programmi fatti su di lui e ha cercato di accontentare tutti questi operatori che si sono susseguiti nella sua esperienza. Per uno psicotico, ricostruire la propria esistenza e accontentare tutte queste persone è un vero problema. Questo per sottolineare una frammentazione che prescinde dalla storia. Le cartelle poi non contengono quasi nulla, i familiari ad un certo punto mollano e il paziente è quasi sempre l'unica fonte di informazione concreta. Le diagnosi si formano seguendo le mode: schizofrenico, borderline, depresso, ...; e con farmaci che qualche volta sono dei veri cocktail universali... per anni e anni e poi giunge un altro e cambia la terapia; più precisamente: modifica il cocktail.

Ora io elencherei rapidamente tre livelli di queste operazioni con cui il paziente cerca di regolare la propria relazione con l'Altro. Il primo è quello di introdurre nell'Altro una mancanza, decompilare l'Altro: un Altro completo, che ha le risposte a tutto, quello che noi chiamiamo totalitarismo, non gli permette di vivere. Lo psicotico deve creare uno spazio per poter nascere come soggetto. Ed è su questo punto che l'intervento dello psicotico, che cerca di creare un taglio nel partner, finisce per agire – autisticamente – sul proprio corpo. Di qui tutte le automutilazioni; anche la stessa anoressia (quando ha alle spalle una struttura psicotica) può pensarsi come un intervento di automutilazione. E poi naturalmente c'è anche la violenza eteroaggressiva.

Una seconda operazione è quella di erotizzare una parte del corpo o più frequentemente un'appendice del corpo, un oggetto che può essere un foulard, un tipo di vestito, una divisa, un'insegna che il soggetto si trova come simbolo che lo riconosce e che gli permette di essere riconosciuto dall'Altro. Una bizzarria nel vestirsi o degli oggetti che tiene in tasca.

Il terzo lavoro che lo psicotico fa, è a livello della costruzione sessuale. Questo è un argomento che spesso nei nostri congressi non è preso in considerazione: la sessualità dei pazienti di cui ci occupiamo. Come lo psicotico si costruisce un'identità sessuale a partire da questa difficoltà nello scambio simbolico? È su questo punto che il soggetto tende a costruire un punto di identità, un'identificazione che costituisce il nocciolo o il punto di partenza per tutte le elaborazioni deliranti: costruire un punto di riconoscimento simbolico di sé e di proiezione sul mondo e sulle relazioni possibili con il mondo. Rispetto a questa costruzione, che dà un posto sessuato e simbolico al soggetto e che può essere grandiosa, persecutoria, ecc., il problema di fare da partner a questo mondo di costruzione delirante è uno dei più delicati. Perché è chiaro che non è sul versante della realtà che si fa fronte a questa costruzione, ma è con una modalità più trasversale che si può accettare, relativizzare e portare a quasi normalità questa costruzione, arrivando a far funzionare il delirio come un fantasma e come una fantasia.

UNA PARTNERSHIP ISTITUZIONALE A mo' di conclusione, vorrei accennare a come si può pensare una partnership da parte della istituzione e degli operatori in questo mondo, in questa elaborazione soggettiva. Tutto questo mi serviva per creare la suspense su che cosa possiamo fare e come animare il Servizio che si offre come partner in questo tipo di esperienza. Quindi la funzione del partner, dell'istituzione è quella di assicurare il soggetto, aiutarlo e accompagnarlo nella costruzione di questa regolazione del suo Altro, di questo ordine che non è stato trovato nei tempi normali. Io credo che si possa pensare a due tempi di accompagnamento:

– Innanzitutto il partner deve farsi un oggetto buono per il paziente; come diceva Winnicott, «una madre sufficientemente buona». Sufficientemente buona non vuol dire del tutto buona, perché risulterebbe persecutoria. Le madri degli psicotici, per chi ha esperienza nel campo,

sono madri troppo buone, hanno preso questo figlio come oggetto e lo hanno invaso con la loro cura, ne hanno fatto l'oggetto sostitutivo per la loro soddisfazione. Comunque, stabilire un buon rapporto vuol dire fondamentalmente riuscire ad essere partner di questo lavoro spontaneo che lo psicotico fa, cominciare a coglierne le linee strutturali, capirlo insomma. La famosa scuola di cui parlava Basaglia: entrare in relazione con ciò che lui ha già fatto come autocura e costruire un accompagnamento positivo nell'autocura.

– Il secondo movimento è quando il partner cambia posto e si pone in una posizione più Alta, si mette dal punto di vista dell'Altro, quindi tendenzialmente dell'Altro sociale e comincia a restituire al paziente ciò che il suo sguardo gli fa vedere. A partire da una posizione sufficientemente buona, quindi di non completezza, di non sapere tutto, può far sì che il paziente cominci a vedersi attraverso l'Altro che ha dimostrato di esserci, di non abbandonarlo e anche di non avere un sapere preconstituito su di lui; quindi fa sì che il paziente cominci a vedersi visto dall'Altro in maniera non persecutoria. Può allora vedere che l'altro coglie i suoi cambiamenti dell'umore, coglie le sue furie e cerca di decodificare tutti i momenti; quindi un Altro non persecutorio può cominciare a restituire al soggetto qualcosa degli atti che questi compie. Non è mai un'interpretazione. Noi tentiamo di arrivare a capire ciò che ha sentito, quindi ricostruire insieme al paziente questi suoi godimenti interni che non hanno trovato una via di comunicazione.

– Ecco che questi due movimenti sono il modo con cui il godimento autoerotico, autolesionistico del soggetto può cominciare a passare attraverso l'Altro, tollerare di essere compreso, commentato e partecipato con un altro. In questa direzione, qualunque iniziativa è utile in quanto fornisce occasioni non strettamente codificate nel senso medico-biologico. È un tipo di restituzione, di incarico anche nei momenti della cura della pillola, dell'iniezione; qualunque momento può essere un momento di scambio animato. Si può animare la distribuzione delle pillole; anche la visita medica diventa mettersi nell'ottica di quel partner, di una enunciazione soggettiva del soggetto.

Comunità e responsabilità

MARIA BONATO

La società degli individui è il destino, l'approdo per ora imm modificabile, di gran parte del mondo, non solo occidentale. Rispetto alla classica distinzione fra "comunità e società" introdotta nel pensiero sociologico da Ferdinand Tonnies, con il suo celebre saggio, oggi il termine società è ulteriormente specificato con "società degli individui" il che non sta ovviamente a segnalare che vi possa essere, in alternativa, una società di soggetti collettivi, ma il grado estremo di individualizzazione degli individui – e delle loro reciproche relazioni – che caratterizza il nostro tempo, la nostra realtà quotidiana.

Appena qualche generazione fa l'uomo viveva protetto dalla comunità di appartenenza, condivideva (o forse neppure si interrogava) le regole, assumeva come propri i vincoli che sancivano l'esserci. Oggi tutto ciò è stato scalzato dalla cosiddetta modernità che ha modificato le forme tradizionali di organizzazione sociale in una società complessa, nella società del rischio. La società del rischio inizia laddove finisce la tradizione; vale a dire nel momento in cui in tutte le sfere della vita non possono più dare per acquisite le certezze tradizionali. Si dice che è finita la società dell'aut-aut e siamo entrati nella società dell'e... e... quindi una società LIQUIDA, così efficacemente definita dal sociologo Zigmund Bauman, in quanto mutevole, trasformabile, per distinguerla dalla società tradizionale, che abbiamo alle spalle, definita solida in quanto gli individui disponevano di una serie di certezze circa la loro vita: il lavoro stabile, istituzioni consolidate, servizi pubblici certi, ecc. La società attuale è diventata complessa, in quanto dai pochi mondi descritti: la famiglia, la classe di appartenenza, la nazione, i ricchi, i poveri, si passa a tanti mondi tanti quanti sono gli individui (nelle società occidentali o "individualizzate"): complessità, rischio, incertezza, incapacità a disegnare il futuro, cambiamenti rapidi, stanno trasformando la vita delle persone in modo da rendere molto difficile attrezzar-

si sul piano cognitivo ed emotivo di fronte alle nuove esigenze. Anche i modelli di riferimento personali, di genere, organizzativi, delle istituzioni fondamentali della società, a partire dalla famiglia, che facevano da spinta alla costruzione dell'identità individuale sono stati travolti dalla rapidità dei cambiamenti. L'uomo ha davanti a sé, almeno potenzialmente, grandi possibilità di uscire dagli schemi consueti, di diventare altro da quello che per secoli gli uomini consideravano come un destino ineluttabile, a partire dalla classe di appartenenza, dal genere, ecc.

Abbiamo ora a che fare con una molteplicità di punti di riferimento (sociali, politici, religiosi) che hanno ampliato la "sovranità" dell'individuo, ma questa sovranità non ci rende affatto onnipotenti o liberi, anzi frequentemente ci disorienta. La modernità ha fatto progressivamente di noi degli uomini senza guida, ci ha posti, a poco a poco, nella condizione di dover giudicare da soli e di dover fondare da soli i nostri punti di riferimento. Il diritto di scegliere la propria vita e il pressante dovere di essere se stessi pongono l'individualità in una condizione di continuo movimento. L'emancipazione ci ha forse affrancato da una condizione di dipendenza e dallo spirito di obbedienza, ma ci ha in negabilmente vincolato a quello della scelta e della responsabilità.

La vita degli individui sembra sempre più piena di cose, sempre di più oggetti: la globalizzazione dei mercati sta plasmando gli individui penetrando nella vita e nei loro desideri. Il tempo dedicato al lavoro è diminuito costantemente in questo secolo, ma l'economia del vivere non sembra recuperare né autonomia né libertà ma piuttosto un'estensione del mercato anche negli spazi del privato.

Se un tempo l'individuo godeva di minor libertà e benessere, ma di un patrimonio di relazioni maggiori e più adeguate alle sue esigenze di vita, che gli veniva trasmesso solo per il fatto di appartenere ad una famiglia allargata e ad

una comunità stabile, oggi questo patrimonio è stato eroso. Sembra presente nella vita delle persone un disagio esistenziale diffuso, come una malattia endemica; il sistema è sotto pressione per una domanda di benessere superiore a ciò che può offrire. Il mondo si è fatto globale, flessibile e libero, ma, quasi paradossalmente, sommersi nella rete delle informazioni (possiamo raggiungere ogni angolo del mondo in tempo reale), siamo più soli, sempre più in difficoltà a percepire il senso della nostra vita, del nostro agire quotidiano.

Per questo è necessario ricreare punti di incontro fra le persone che consentano la comunicazione per scambiare cose diverse dalle merci, dalle cose offerte dal mercato. Questo scambio presuppone la scoperta o riscoperta di altri valori che non siano quelli delle merci, che si chiamano appunto amicizia, solidarietà, dono, empatia per il simile e per il diverso, per il più debole.

Se la comunità di tipo tradizionale era un soggetto fondato non da un qualche contratto più o meno volontario fra individui, ma generata da fattori di natura culturale (la stessa storia, lingua, tradizioni, religione) e/o biologica (la razza), eventualmente associati ad un determinato territorio (origine della stragrande maggioranza degli Stati conosciuti), la società "liquida" richiede di fondare una nuova modalità di essere comunità, una comunità come parte di una società più ampia, una società globale che va a galleggiare, a sovrapporsi agli attuali Stati. All'interno di questo nuovo tipo di società sovrapposte, statali e globale, si misurano, si scontrano diverse visioni e prospettive del nostro futuro e del significato del vivere collettivo. Da un lato si staglia sempre più evidente la figura dell'individuo che, disponendo di mezzi economici adeguati, può permettersi di essere cittadino del mondo, sempre meno vincolato ai contesti e alle regole locali; dall'altro la grande massa degli individui che, mancando dei mezzi sufficienti per essere buoni consumatori, si trova nella condizione di essere catturata, più o meno consapevolmente, dal fascino del ritorno al passato – anche qualora mai realmente esistito – delle varie forme di comunitarismo di tipo culturale, razziale, territoriale, in nome del quale spesso si accendono conflitti o minacce di conflitti in gran parte del mondo. Il grande dibattito apertosi in questi anni sul bisogno di identità dell'uomo, che segnala appunto la perdita di qualcosa di prestabilito, se non è in-

terpretato come ricerca di nuove modalità di appartenenza, rischia di riportare ancora, più o meno docilmente, gli uomini all'interno di comunità chiuse, magari cementate dalla cultura, dalla religione, dall'appartenenza ad un delimitato territorio, dal consumo di massa, dalle mode, dove gli individui delle comunità chiuse pensano e agiscono localmente, vivendo e sviluppando sentimenti e azioni di contrapposizione religiosa (i diversi fondamentalismi), culturale (fino al razzismo), economica (le varie tigri emergenti).

Questo è quanto sta producendo l'attuale processo di globalizzazione, che ha il suo motore principale nell'economia che, non sopportando regole, ha trovato il modo per sottrarsi sempre di più ad esse svincolandosi dai singoli territori di provenienza, ove dettano regole gli Stati. La dimensione dell'economia è il mondo, cioè un luogo ove le regole degli organismi internazionali sono debolissime, o che, consapevolmente o meno, fanno il gioco del più forte. Sen, premio Nobel per l'economia, sostiene che il metro di misura della buona crescita economica non è il PIL o altro indicatore messo a punto da econometristi, ma il fatto che tale crescita si traduca in un ampliamento della democrazia e della libertà per tutti: sarebbero questi gli indicatori che la ricchezza è servita a creare benessere. Se non si tiene conto di ciò, il rischio fortissimo è che a perdere siamo sicuramente tutti, non solo i cittadini che sono marginali alle attuali logiche della competizione globale.

In questa situazione serve per lo meno far emergere un punto di aggregazione che riapra i giochi e scongiuri la moltiplicazione di conflitti puntando certo sull'individuo, ma come soggetto che sappia porsi delle domande, che sappia superare il sentimento opprimente di perdere la presa sul presente, che conduce ad un indebolimento della volontà politica e della possibilità di fare collettivamente qualcosa di sensato per riaffermare la possibilità che l'agire sociale intenzionale possa modificare la vita dell'uomo. Un soggetto-individuo che, se non si sente parte di un destino comune, corre anche nuovi pericoli quale quello di perdere il coraggio di definire e gestire se stesso, di entrare nel conformismo universalizzato, di perdere l'ancoraggio ai valori, perdendo anche la speranza a determinare la rotta della nave, andando alla deriva anziché navigare, trasformandosi in consumatore passivo e nell'egoismo narcisistico, perdendo alla fine i valori fondanti della soggettività a cominciare proprio dalla libertà.

Jacques Delors ha lanciato già qualche anno fa l'allarme sul progressivo degrado della qualità delle relazioni umane e del tessuto sociale indicando questo problema come la sfida più grande del nostro futuro. Il processo di lacerazione della qualità dei rapporti all'interno del nostro sistema sociale rischia di compromettere il futuro delle comunità, intese come insieme di persone unite tra loro da legami di solidarietà e di coesione sociale, indipendentemente dalle convinzioni, dalla religione, dall'appartenenza, se non sentita come un elemento identitario. La polverizzazione dei legami di solidarietà e di coesione sociale, conseguente al radicamento di stili di vita esclusivamente orientati all'"avere" ed al "potere", sta corrodendo il senso di appartenenza ad una comunità ed aumentando e perpetuando i processi di emarginazione e di esclusione sociale. Come evitare di perdersi? La soluzione personale, senza alleanze, è destinata a fallire di fronte alla forza trascinante dei consumi o, all'opposto, del richiamo della comunità tradizionale. Se la ragione sembra vacillare è utile ricorrere alla sensibilità dei poeti e degli artisti, insomma dei visionari. Scrive Calvino: «L'inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n'è uno, è quello che è già qui, l'inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte, fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio» (da *Le città invisibili*).

Avere attenzione, saper distinguere il bene dal male, ovvero assumere un atteggiamento etico rispondendo in prima persona alle esigenze di partecipazione, di relazionalità, di condivisione che rappresentano la nuova dimensione dei bisogni sociali. Se le mie azioni individuali, e per sommatoria collettive, allargano la schiera dei deboli e degli esclusi, io co-produco il mal-essere. In caso contrario se si afferma e si consolida sempre più l'imperativo individualista, tipico delle società occidentali, dove ognuno cerca di stare bene, senza interrogarsi su quali esiti e ritorni la ricerca del vantaggio individuale abbia rispetto all'ambito sociale, sia micro che macro, si produce ulteriore frammentazione, disorientamento, perdita di significato del proprio vivere sociale ed individuale. Scegliere invece modalità di essere, di

agire prestando attenzione a che le mie azioni almeno non danneggino gli altri o, meglio ancora, riconoscano e assumano come impegno personale le difficoltà dei cittadini più deboli, è essenzialmente un atto di libertà responsabile, che, per essere efficace, richiede la condivisione di questa visione etica con altri soggetti. La nuova società-comunità non può che crescere dalla volontà degli individui consapevoli e non perché piovuta dal cielo della storia sulla testa di individui inconsapevoli e perché ad essa appartenenti.

La società degli individui, che liberamente ricercano il bene, ognuno in base alle personali propensioni, è qualcosa di più di una società, ove a ben guardare prevale l'aspetto utilitaristico; è una quasi comunità aperta che progressivamente, nell'operare quotidiano, intesse ed infittisce la rete delle relazioni che collegano le diverse individualità. È una comunità inclusiva perché non espelle, non emargina i più deboli, ma ne fa (e questo è lo spirito della stessa "180") un potente fattore di impegno personale e di cooperazione con gli altri. Ecco, la questione fondamentale è questa: non c'è comunità se non c'è responsabilità, il che significa che la scelta morale dell'individuo responsabile non può e non deve limitarsi alla sola "cura del prossimo", ma farsi azione politica diretta, partecipata e non solo delegata.

Per Massimo Cacciari «Uno dei drammi del nostro tempo non è la riduzione dell'individuo a privato, è l'inflazione della personalità dell'idiota (in greco il privatismo si dice *idiotzia*) che ha inflazionato la dimensione del proprio grezzo interesse privato. Ecco perché occorre inaugurare una sorta di scuola di resistenza all'inflazione della personalità dell'idiota, aperta a tutti, laici o credenti. L'idiota è tale perché alla fine non conosce realmente il proprio interesse» (da *Dialogo sulla solidarietà*).

Il territorio di questa comunità è il mondo, perché i deboli, le risorse da utilizzare, la conoscenza non hanno confini. Ulrich Beck ha coniato una buona modalità d'essere degli individui: pensare globale, agire locale, cioè a partire dall'individuo e dalla sua realtà di impegno territorialmente limitato.

Diversamente, il mondo dell'economia e della finanza "occidentalizzate" pensa e agisce globalmente, o per meglio dire produce nei luoghi dove il costo dei fattori della produzione sono minori (parole d'ordine: flessibilità, deregolamentazione) mentre stimola i consumi dove il mercato può garantire maggiori ricavi.

Agire locale e pensare globale significa invece, per gli individui responsabili che in maggioranza vivono e operano alla scala locale, rispondere ad una doppia esigenza: mantenere e rafforzare la propria rete di relazioni avendo cura di non depauperare altre reti locali che per congiunzione formano la coperta del mondo. Agire locale avendo cura dei miei vicini, specie se più deboli, agire da con-cittadini e non da semplici residenti in un determinato luogo e, aggiunge il filosofo morale Emmanuel Lèvinas, senza una ragione particolare per farlo ma in virtù del fatto che «non è la libertà che mi rende responsabile, ma è la responsabilità che mi rende libero». Sempre Bauman, rifacendosi al punto di partenza dell'individuo occidentale, propone di tornare all'*agorà*, al luogo nel quale ci si riunisce fisicamente agli altri per decidere la vita ed il futuro della *pòlis*, a fare insomma politica.

L'attuale stagione di forte diffusione del terzo settore nel nostro paese, attraverso una sempre maggiore presenza e visibilità del volontariato, dell'associazionismo, e della cooperazione sociale va nella direzione di una trasformazione sociale per intervenire nelle situazioni di disagio sociale e di marginalità con interventi e processi che permettano la responsabilizzazione e l'autorganizzazione delle persone. Il Paese si sta trasformando in un grande laboratorio di sperimentazione per affrontare vecchie e nuove emarginazioni sociali pervenendo, per accostamenti progressivi, ad un modello di Welfare, di cui non si conoscono ancora bene i contorni, ma che certamente acquisterà una dimensione comunitaria spostando il baricentro dell'intervento sociale dalla stato alla comunità. Ma questo non basta da solo ad eliminare la sofferenza, l'umiliazione dei vicini e dei più lontani. Allora serve il pensare globale, affinché la scelta morale dell'individuo responsabile riesca a rafforzare, ampliare la rete di relazioni dei sistemi locali e di quello universale, attraverso istituzioni e regole che espandano i diritti degli individui e rimettano le briglie all'economia globalizzata.

Non si tratta di essere o meno a favore della globalizzazione; non si può contrastare il processo di globalizzazione, lo si deve guidare soprattutto per poter estendere alla globalizzazione quei diritti universali, proclamati da decenni in tutte le carte internazionali, ma ancora non universalmente applicati. Vi sono tantissime popolazioni che vivono in situazioni di grande disagio. Dobbiamo sentirci responsabili anche

per loro, senza sostituirci a loro nelle scelte di vita ma sostenendo le decisioni e gli orientamenti che ciascun popolo si dà liberamente e nel rispetto della legittimità. Le nazioni più potenti e più ricche hanno il dovere e la responsabilità di lavorare in questa direzione, anche nel loro interesse

Un atteggiamento responsabile deve partire anche da quello che ciascuno di noi fa quotidianamente, per coloro che ha più vicini a e per sé stesso, dall'ambito familiare e delle piccole comunità, tenendo sempre presente le conseguenze di ciò che fa e gli effetti della propria azione.

Riscoprire punti di incontro per scambiarsi valori comuni perché, come scrive il filosofo francese Virilio, «Al progresso... occorre innanzitutto un atto di volontà degli individui liberi, anche nel senso di liberati dalle nuove schiavitù delle merci-giocattolo, nel ritrovarsi in nuove piazze che favoriscono il ricrearsi di canali di comunicazione, di nuove e diverse relazioni sociali».

È convinzione di molti che, senza l'utopia concreta di una qualità della vita e delle relazioni interpersonali meno segnate da solitudine e concorrenzialità, sarà impossibile migliorare il nostro stato di benessere psico-fisico. È necessario elaborare una cultura che trasformi gli attuali contesti tramite la capacità di promuovere reti, tenendo presente che il lavoro di rete è un manufatto che ha bisogno di cura e attenzione, di conoscenze, di capacità di pensare, di continuità e pazienza, e di mani agili e garbate.

La Comunità, culla del vivere civile

FULVIO TESOLIN

Qualsiasi discorso sulla Legge 180 implica, da qualunque prospettiva lo si voglia affrontare, alcune premesse generali che escono dalla strettoia delle sole considerazioni tecniche. Innanzitutto dobbiamo inserire le nostre riflessioni dentro ad un contesto che tenga conto dell'evoluzione dello Stato Sociale e delle nuove categorie di problemi o meglio di popolazioni a rischio in favore delle quali bisognerà intervenire.

Se guardiamo a questi 25 anni, immediatamente pensiamo ai manicomi o ad alcune inefficienze dei Centri di salute mentale, rischiando in questo modo di semplificare il problema che invece richiede il complesso esercizio di coniugare tempi e temi trascorsi con quelli futuri. Pensare e fare in psichiatria devono poter contare su quest'estasi temporale per consentire oggi, più che mai, di raccogliere alcune delle grandi sfide che sono implicite al vivere moderno ed in rapida trasformazione. Contestualizzare implica inoltre lo sforzo di coniugare la propria cittadinanza con la propria professionalità, qualsiasi essa sia.

Entrando nel discorso ed utilizzando i suggerimenti del rapporto Harvard della Banca Mondiale, dobbiamo prendere atto che le malattie psichiatriche, pur rappresentando una quota importante dei problemi sanitari della popolazione, sono soltanto una parte delle problematiche della salute mentale, e che questi dati non riguardano solamente le economie in via di sviluppo ma anche le nazioni economicamente più evolute. Il rapporto fornisce un elenco delle problematiche (malattie alcool correlate, suicidio, abuso sui bambini, prostituzione forzata, conflitti etnici, dislocazioni forzate) o meglio delle popolazioni a rischio (bambini, donne, anziani, dislocati) su cui intervenire ed incita ad investire sulla salute che non deve essere considerata un bene di lusso.

Sfruttando questi suggerimenti e con le logiche approssimazioni di realtà oltre che di discorso, non possiamo che chiederci dove e come affrontare questi complessi quesiti. Credo sia lecito pensare che il luogo naturale di discussione sia la Comunità e che sia la stessa Comunità in tutte le sue componenti ad avviare queste traduzioni.

Sul come farlo nascono le mie preoccupazioni, soprattutto quando sento l'aria di facili semplificazioni tecniche e l'attribuzione ai Servizi di funzioni di controllo piuttosto che di cura. Le proposte di modifica della 180 hanno tutte questo sapore, come se l'oggetto di cui stiamo parlando fosse inquadrabile in un nesso di causalità diretta, come se chi fa queste proposte potesse impugnare una singola teoria in grado di spiegare questi fenomeni in maniera univoca. Il rischio che leggo nelle grossolane formulazioni di modifica della legge è un utilizzo strumentale di problemi veri, che riguardano persone con gravi disagi e le loro famiglie, in nome di una logica che ha un'ispirazione soltanto burocratica e con sviluppi potenzialmente violenti e segreganti.

Che cosa bisogna curare? Proviamo con un esempio.

Chi si occupa o a chi spetta il problema di quella famiglia che vive in stato di povertà e d'emarginazione, in cui il marito disoccupato è alcolista, la moglie è depressa perché viene picchiata, i figli spaventati hanno difficoltà scolastiche e per giunta i vicini che non li tollerano chiamano spesso il 113?

È evidente in questo caso, non così raro e lontano da noi come qualcuno potrebbe credere, che la competenza è molteplice così come il ventaglio d'azioni possibili è complesso. L'esperienza maturata in questi anni di pratica territoriale esige che quest'ordine di problemi rimanga aperto ad una comprensione allargata a tutte le parti sociali coinvolte e che venga utilizzata la risorsa formale e informale disponibile nella Comunità. Molto diverso e pericoloso è auspicare che ci sia un luogo istituzionale, altro dalla Comunità, dove riparare il guasto o rintracciare l'elemento disfunzionante e malato da separare.

Senza essere spregiudicatamente ideologici, questi modi di risolvere il problema della 180 hanno il sapore inconfondibile del custodialismo e hanno in sé tutte le premesse e le caratteristiche perché i Servizi di salute mentale diventino dei luoghi per l'accoglimento indiscriminato della devianza. Come succedeva prima della 180, si rimette nelle mani della Psichiatria il mandato tec-

nico di organizzare luoghi separati dove raccogliere matti, prostitute, straccioni ed indesiderati e questo rischio appare ancora più forte, secondo me, se non esiste un progetto civile, politico, sociale, ed urbano da contrapporre.

Oggi più che mai è necessario valersi delle conoscenze che ci derivano da 25 anni di attività territoriale non solo per contrapporsi alla contro-riforma, ma anche per trovare soluzione alle inevitabili imperfezioni che restano da affrontare.

Il Territorio, la Comunità, la Città, sono le parole chiave su cui lavorare per organizzare delle risposte ai problemi sopra menzionati.

Un Territorio, che non deve rappresentare un'entità geografica come è finito a significare, ma come in origine era stato concepito: una specie di utero sociale. Chi ha lavorato su questi temi, sa quale gran rischio comporta la desertificazione e come questo contenitore vada pedissequamente riseminato e ripopolato di programmi, idee e pratiche. Chi lavora su questi temi sa anche i limiti che ha mostrato il Welfare formale e come il nuovo Stato Sociale deve puntare sulle imprevedibili risorse celate nella Comunità. Ai Servizi e a chi li dirige spetta il ruolo di aprire a queste possibilità e di assicurare la continuità terapeutica oltre che l'eticità dell'utilizzo delle risorse dei cittadini.

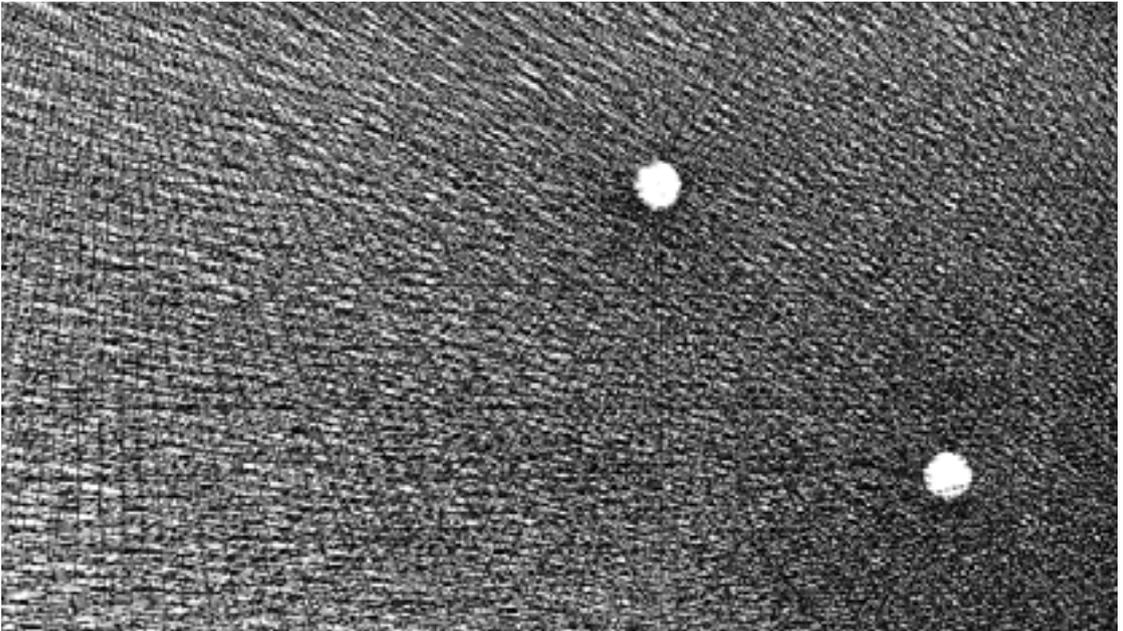
La complessità che ci aspetta è la difficile operazione di attivare la Comunità ad esprimersi sulle vecchie e nuove questioni che la riguardano, una Comunità consapevole che la salute e il

diritto alla salute le appartengono direttamente e non devono essere delegate ai tecnici.

Il diritto alla salute, fisica o psichica, si gioca per esempio sul diritto d'asilo per tutti dentro le mura dell'Ospedale generale, e gli addetti ai lavori sanno quanto questo oggi sia difficile e quanti passi indietro si sono fatti rispetto a qualche anno fa.

Bisogna attrezzarsi per entrare nella Città, bisogna creare possibilità e luoghi dove poter discutere e scambiare. La Città deve essere pensata come un luogo antropologico che resista allo sviluppo indifferenziato che la assimila, come ha detto qualcuno, al recinto. La Città che ospita la Comunità non può rinunciare agli spazi che rispettano la soggettività nella sua caleidoscopica polimorfia di espressione. Non è comprensibile, ad esempio, come le Case per Anziani, anche quelle di nuova realizzazione, siano edificate sfruttando lo spazio in verticale e, per quanto fornite d'ausili tecnologici siano già nell'idea originaria delle barriere architettoniche. Non si spiega poi come la presenza delle stesse sfugga ad un progetto urbano che le veda attraversate da itinerari umani, consegnandole quasi sempre all'amnesia.

Per concludere, credo che il percorso sia tracciato e che ai Servizi spetti il compito di resistere alla seduzione autoreferenziale permettendo in questo modo alla Comunità di sfruttare le capacità trasformatrici che gli sono implicite e di puntare all'allargamento dell'area dei diritti.



Legge 180 e Cooperazione Sociale

A CURA DI DANIELA BORTOLIN, FABIO FEDRIGO,
ARDEA MORETTI E ROBERTO MUZZIN

Questi contributi sono l'elaborazione degli interventi di alcuni rappresentanti della cooperazione sociale pordenonese che hanno promosso un tavolo di confronto sul tema della 180 e del suo significato per la cooperazione sociale.

DANIELA BORTOLIN
Coop Service Noncello

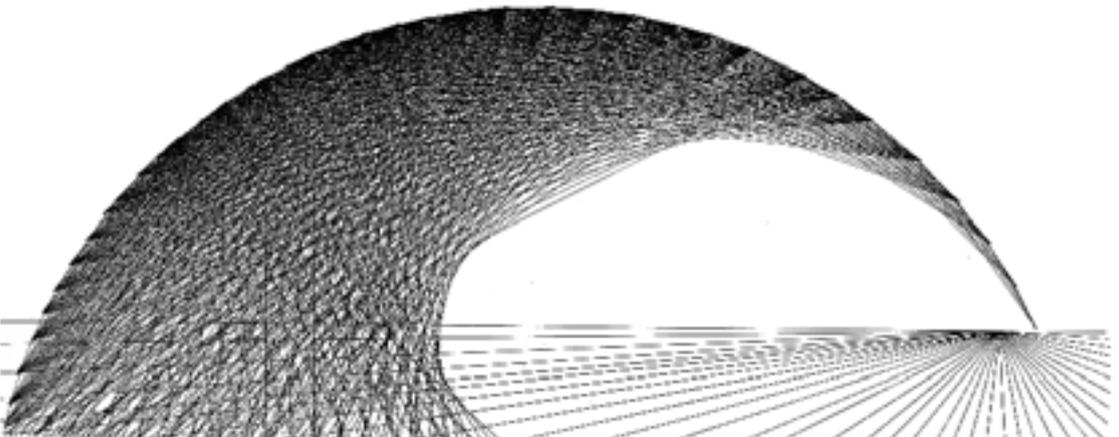
Coop Service Noncello è, assieme al Seme, una delle realtà di Cooperative sociali storiche della Provincia di Pordenone. Nata nel 1981 aveva tra i soci fondatori operatori del Centro di Salute Mentale di Pordenone e pazienti in fase di deistituzionalizzazione dagli ospedali psichiatrici; la nascita della Cooperativa è stata quindi legata all'iniziativa di operatori pubblici che hanno voluto portare avanti una linea ideologica che in seguito, anche grazie alla Legge 381 del 1991, è stata ampliata a dare risposta anche ad altri tipologie di patologie e servizi.

In tutti questi anni per quanto riguarda la dimensione dell'inserimento lavorativo i cambiamenti sono avvenuti in una logica di avvicinamento a sistemi maggiormente imprenditoriali della Cooperativa. Questi sistemi hanno portato ad un allontanamento del coinvolgimento diretto del Centro di Salute Mentale, pur mantenendo con quest'ultimo un rapporto privilegiato nella progettualità dei percorsi riabilitativi.

La Legge 180 ha ispirato la nascita della Coop Service Noncello, ma nel corso del tempo l'ideologia iniziale ha lasciato il posto via via ad un approccio maggiormente "professionale" all'utente che attualmente viene coinvolto direttamente nel progetto di formazione ed inserimento lavorativo; questo grazie ad un lavoro di equipe tra pubblico (rappresentato dal Centro di Salute Mentale) e privato (rappresentato dalla Cooperativa) che nel corso degli anni si è strutturato e consolidato su obiettivi comuni.

D'altra parte anche la stessa Azienda Sanitaria che agli albori della Coop Service Noncello era uno dei principali partner in quanto le aveva affidato tutto il servizio di pulizie dei propri stabili e distretti, appunto per favorire i percorsi di integrazione dei propri pazienti, ha "dimenticato" questa fase con le motivazioni sociali che l'avevano accompagnata, ed ha deciso di affidare una parte consistente e "storica" di tale servizio (che occupava circa una decina dei propri pazienti) ad una multinazionale che con il territorio e l'inserimento lavorativo di utenti non ha nulla a che fare.

Queste scelte, probabilmente dettate da esigenze esclusivamente economiche, hanno invece una rilevanza politica importante, cioè il non riconoscimento del valore aggiunto che la cooperazione apporta alla società, nel senso che inserendo persone che il mercato del lavoro emargina proprio a causa del loro non essere "nor-



mali”, oltre al valore dell’integrazione sociale sgrava la società dal carico assistenziale.

La legge fornisce gli strumenti per promuovere l’occupazione di persone/utenti dei Servizi con la Legge 381 del 1991, cioè la possibilità per l’Ente Locale di superare le logiche dell’appalto dei servizi, utilizzando lo strumento delle convenzioni con il privato sociale, finalizzate all’inserimento lavorativo dei loro utenti/cittadini.

Alcune amministrazioni utilizzano questo strumento, altre optano per risparmiare sulla spesa dei servizi (pulizie, verde,...) non comprendendo che quanto l’Ente risparmia sui servizi, dovrà essere poi destinato ai sussidi per il mantenimento di cittadini, che a causa della loro “diversità”, non trovano occupazione sul mercato mentre nelle cooperative sociali potrebbero trovare una risposta.

Quindi uno dei diritti fondamentali sanciti dalla 180, cioè il diritto al lavoro e all’integrazione sociale, è passato in secondo piano, prevalendo da parte delle Istituzioni una scelta fortemente influenzata da meri criteri economici.

Credo sia opportuno rilanciare la dimensione del lavoro e del “lavoro possibile” per persone con problemi di integrazione sociale ad un tavolo pubblico-privato dove discutere le politiche di integrazione sociale del territorio, tenendo conto delle risorse disponibili che possono essere messe in rete ed utilizzate per il benessere dei cittadini appartenenti alle fasce più deboli.

ROBERTO MUZZIN

Cooperativa Sociale ACLI ONLUS

La 180 ha avuto come parola d’ordine “abbattere i muri del manicomio”. Questo è stato sicuramente realizzato. Sappiamo che nel Paese ciò non è avvenuto dappertutto con gli stessi tempi e modalità, ma in questa regione e in questa provincia questa fase è stata attuata. A cominciare dagli anni settanta la deistituzionalizzazione, nella pratica dello smantellamento del manicomio e nel lavoro di riabilitazione, è stata il quotidiano dei Servizi psichiatrici territoriali. Non dimentichiamo che l’evoluzione basagliana è stata innanzitutto l’esito dell’assunzione di responsabilità civile e scientifica degli operatori della psichiatria. Questo è avvenuto in un clima culturale favorevole con il contributo e la partecipazione delle parti sociali più attente ed evolute. Il movimento in questo modo ha potuto affermare la logica che avvicinando la questione del disagio psichico a

tutta la dimensione del sociale, non si riduce solo la patologia, ma si compie un prezioso lavoro di prevenzione. Almeno a noi dovrebbe essere abbastanza evidente la parte che la cooperazione sociale ha svolto in tutta questa fase, sia sul lato della cura e dell’assistenza, sia su quello degli inserimenti lavorativi.

Oggi molte cose sono cambiate e le proposte di revisione della 180 ne sono il sintomo. Rispetto all’importanza del lavoro delle riflessioni andrebbero fatte. Forse il modello di spingere sulla via al lavoro può mostrare la corda se diventasse l’unica articolazione possibile, quasi standardizzata, dei dispositivi di cura. Va detto che oggi ci troviamo ad avere a che fare con una cronicità anche in persone giovani che segnala il pericolo dell’esclusione. Una nuova forma di istituzionalizzazione che non è più relegata al muro del manicomio, ma diffusa sul territorio, moderna, perché il muro, benché invisibile, è concreto. Da questo punto di vista sarà utile articolare progetti di socializzazione che mirino a coniugare riabilitazione sociale e prevenzione del disagio. Si tratta di intervenire in una dimensione in cui l’istituzione la si ritrova all’interno di un sistema che è quello in cui l’assistente domiciliare ti porta i pasti alle cinque e mezzo e poi alle sei si chiude la porta di casa. Mentre un tempo la persona era relegata all’interno di un recinto e rimossa, adesso in qualche modo la rimozione è più sottile e più nascosta, ma esiste ancora.

Quindi, al di là dei muri del manicomio, si ripropone una certa logica a livello della città.

Per le persone che attraversano i servizi psichiatrici, bisogna ripensare insieme la dimensione del tempo libero, del legame che c’è con la città, attraversarla e abitarla nei luoghi ricreativi e di socializzazione, svolgendo un lavoro di mediazione che metta in rete le risorse presenti sul territorio. Abbattere i muri e costruire relazioni, nello spirito della 180.

ARDEA MORETTI

Cooperativa Sociale Itaca

Perché non provare ad invertire la domanda e chiederci quale significato abbia avuto la cooperazione per la Legge 180, con tutto quello che in queste due parole (Legge 180) è implicito?

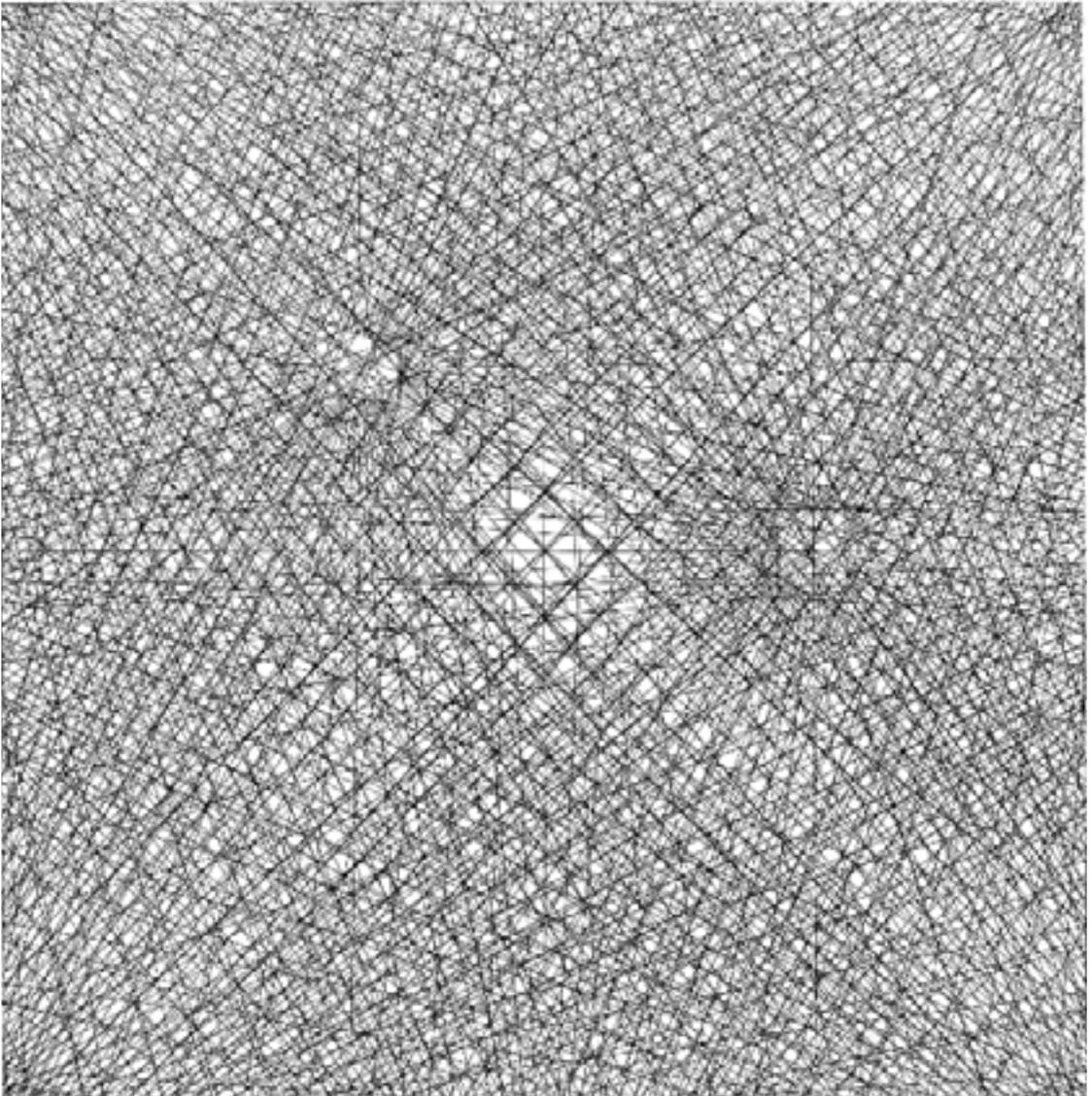
Non per presunte (ed inutili) autocelebrazioni ed autoaffermazioni, ma per iniziare, convinti, a lavorare nei sensi della Legge 328/00, che delinea un futuro del sistema socio-sanitario basato sulla compartecipazione, prima ancora che

coprogettazione, di più soggetti, che si siedono attorno ad un tavolo con parità di “grado”.

Ed allora perché non ricordare che la carta dei principi dei Probi pionieri di Rochdale, che è la carta dei principi base della cooperazione, e siamo nel lontano 1844 in Inghilterra, nasce per difendere dei diritti, quelli di cittadini e lavoratori, e si basa su principi quali la democrazia, l'adesione libera e volontaria dei soggetti (tradotta nello slogan, si direbbe oggi, della “porta aperta”), la finalità mutualistica, l'importanza dell'educazione, della formazione e della prevenzione, la necessità di collaborare tra cooperative, l'interesse verso la crescita della comunità nel senso più ampio.

Perché non ricordarsi anche che, in tempi più recenti, è nel '72 che nasce la “Cooperativa Lavoratori Uniti” a Trieste, che non è sociale (all'epoca non c'era la normativa in merito), ma che è comunque una cooperativa, che associa 60 persone tra quelle che sono ricoverate e quelle che si occupano di loro, per perseguire obiettivi già presenti nello spirito della (vera) cooperazione.

Ed accanto a questo non va dimenticato (è una ripetizione, ma troppo spesso oggi si tralascia la conoscenza del passato rischiando di non costruire un futuro) un clima generale presente negli anni '70 in Italia e non solo, relativo al movimento per i diritti, per la pace, per l'ugua-



glianza, dal quale anche è nato il pensiero che Basaglia ha sintetizzato e portato avanti in riferimento alla salute mentale.

La 180 quindi, come tappa simbolica di un percorso, che poi è proseguito grazie a molteplici contributi della società civile, e che difficilmente potrà essere interrotto o invertito. Se contingenze temporali possono sostenere interessi diversi, la società civile non può negare il sostegno a qualcuno dei suoi appartenenti, anche se possono variare le forme e le modalità della sua erogazione.

La 180 è stata importante perché, in quanto legge, ha formalizzato e tradotto in normativa dello Stato quello che la società ormai aveva maturato. Il suo recepimento nella legge di riordino del servizio sanitario nazionale ha confermato tale volontà, ed ha certamente favorito lo sviluppo, il proliferare direi delle future cooperative sociali negli anni '80, che poi, con la 381/91 sono state riconosciute e normate.

La 381 non è rivolta solo all'area della salute mentale. Ogni tanto ce lo dimentichiamo. La 381 parla di interesse generale della comunità verso la promozione umana e l'integrazione sociale dei cittadini svantaggiati (ambiti della psichiatria, del carcere, della tossicodipendenza, della sofferenza delle donne, dell'handicap...), con attività nelle quali a volte i "normali" (?) sono di sostegno a loro, ed altre in cui loro sono di sostegno a noi.

Pordenone è stata attenta in questo percorso. Favorita forse, ma credo sarebbe successo lo stesso, dalla coincidenza tra l'istituzione della provincia e il riavvio del sistema di risposta ai bisogni di salute mentale, è stata particolarmente attiva nel sostenere l'avvio di iniziative concrete di cooperazione sociale: la Coop Service Noncello, il Seme...

Siamo nel 2003 e siamo sicuramente in una situazione migliore rispetto al '78. Certamente ci sono voci ed opinioni contrarie, ma desidero considerarle frutto di situazioni personali ed individuali. Per quanto riguarda la mia esperienza, e quella di Itaca, faccio riferimento solo a pochi casi, però indicativi.

La succursale del San Camillo di Sacile (ricordiamo quando c'era un grande manicomio udinese che, se pur nato nel 1905 per offrire una risposta più umana di quella che i friulani trovavano quando venivano internati a Venezia, aveva tante succursali, per maschi, per femmine, per bambini, per inguaribili, per ...?) oggi è il Centro di gravità permanente. Un nome che hanno scelto assieme operatori

(di Itaca che vi interviene su appalto e dell'azienda) e pazienti/utenti/ospiti, non siamo concordi sul come definirli, ma sicuramente, non più matti internati.

Noncello, il Seme, Futura, L'Agorà, e forse sarebbe giusto non mettere nomi perché ce ne sono altri, danno lavoro, e quindi cittadinanza, e quindi soldi, dignità, possibilità di vita a persone che altrimenti sarebbero o rinchiuso da qualche parte o sussidiate da qualcuno, ed al di là di ogni considerazione etica, che comunque per me prevale, costerebbero di più alla collettività.

Casa Ricchieri, a parte purtroppo l'incidente intercorso (un incendio probabilmente doloso n.d.r.), che non dipende comunque dalla nostra attività/qualità del servizio, e Casa Selina, sono esempi concreti di come la cooperazione sociale abbia risposto e stia rispondendo non tanto e non solo ai principi della 180, ma ad una richiesta della società civile, che prima ha ritenuto opportuno far uscire delle persone dalla negazione del manicomio e poi ha lavorato per inserirle in un paese, in un quartiere. Proprio la disavventura, l'incendio di Casa Ricchieri ne è un esempio. Dopo la fase di accoglienza diffidente e timorosa da parte del vicinato, sono stati proprio gli stessi vicini ad intervenire per primi, anche a loro rischio personale, per soccorrere le persone tra le fiamme.

Però. Però non basta. Non basta perché se il singolo cittadino (il vicino) ha capito il significato del nostro lavoro, restiamo in fondo sempre gli ultimi o quasi. E quando si va sui tavoli, a qualsiasi livello, a discutere di redistribuzione delle risorse, ci sono sempre tante altre precedenti. Anche quando è possibile sui (pochissimi) tavoli di concertazione, anche quando si co-progetta, come indica la 328, le seggiole sulle quali ci sediamo sono diverse.

La 180, oggi messa in discussione, con una proposta di riforma introdotta recentemente nel calendario dei lavori della camera, sicuramente non indicava la quota di risorse che le erano/sono necessarie. Non indicava dove reperirle. Ma la 180 è una legge quadro, direi una legge "politica" che indica una strategia, che solleva contraddizioni, e rimanda alla realtà temporale le modalità di attuazione. Per quanto l'OMS ci indichi nel rapporto sulla salute mentale del 2001 quale esempio da seguire, l'Italia si è mossa in modo un po' schizofrenico (non sono uno psichiatra, permettete mi il termine) nell'attuarla. Ci ha messo un bel po' di anni prima di riuscire a produrre un

progetto obbiettivo nazionale per poter tradurre in pratica i principi che la legge conteneva. Oggi abbiamo un secondo progetto obbiettivo (che è un po' scaduto quanto a data) ma che ha ancora tanto da fare.

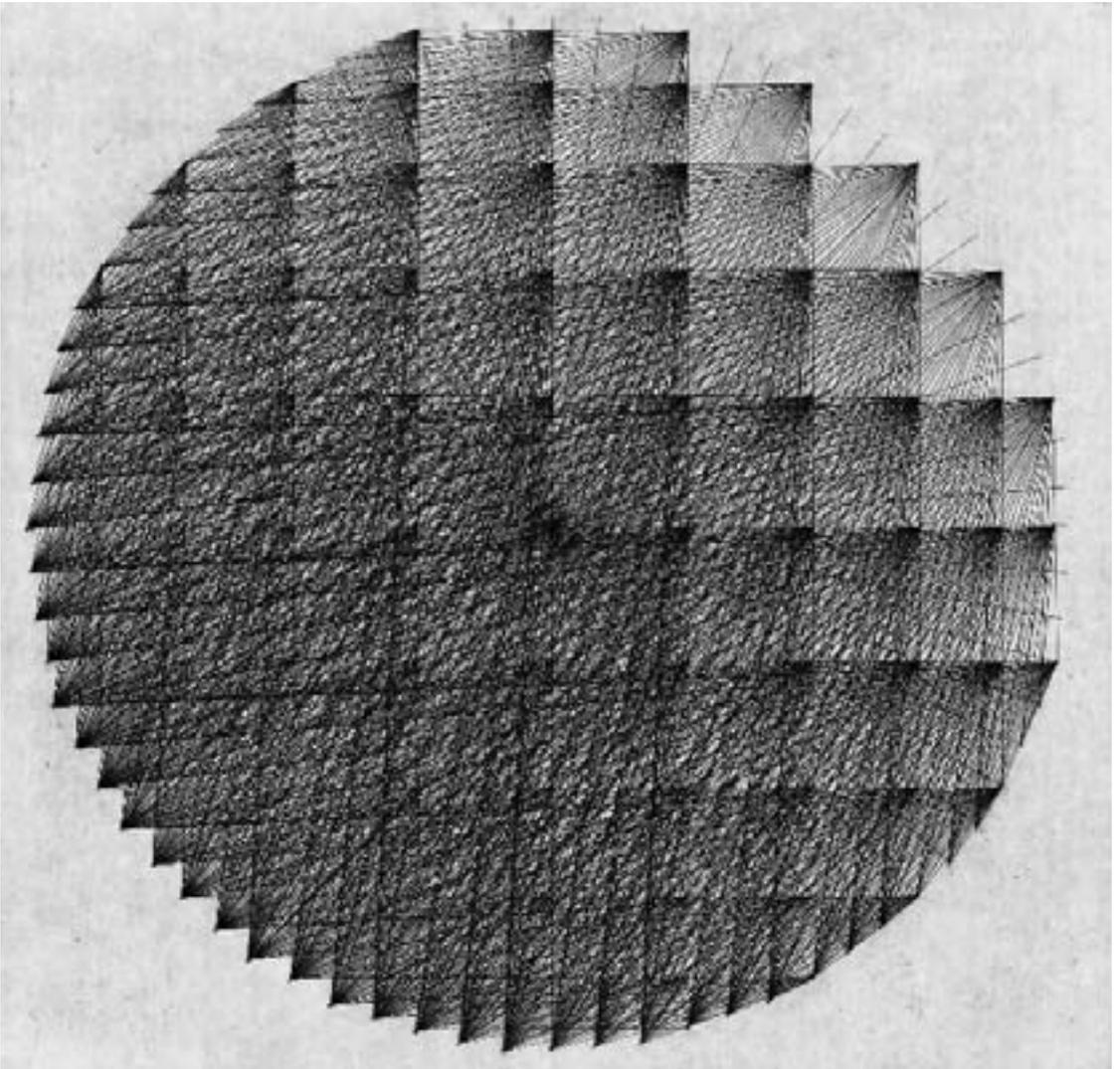
Se Itaca e Abete Bianco sono attente a non riproporre forme di istituzionalizzazione, non sempre è così. Il principio per cui se invece di avere 10 ospiti ne metto 20, mi costa un po' di più ma guadagno molto di più ... non è tanto lontano. Neanche quello per cui una borsa lavoro costa meno che il rischio di un inserimento vero, ed allora facciamola durare cinque anni. Non sono ragionamenti nostri, ma di altri sì, ma, al di là di questo, ci ricordiamo degli Ospedali psichiatrici giudiziari? Oppure di quante regioni destinino il cinque per cento del bilan-

cio della sanità alla psichiatria? E magari di quali differenze ci siano anche tra le province della nostra regione?

Tornando all'inizio, se la 180 viene dalla cooperazione (spero che me la si passi), cosa può fare oggi la cooperazione per la 180? (mi sembra ovvio che mi rifiuto di parlare di riforma della 180, proporrei di riconvertire i fondi necessari per coprire un eventuale dibattito parlamentare in borse lavoro o in ore di riabilitatori presso i centri di salute mentale).

Almeno quattro i piani di intervento:

- Insistere nelle attività di informazione, comunicazione, lotta allo stigma.
- Attivare un sistema di prevenzione che coinvolga tutti i soggetti possibili, formati, validati e retribuiti.



- Sostenere e collaborare con i familiari e le loro associazioni.
- Sollecitare e coinvolgere nelle attività tutti i soggetti territoriali (enti locali, associazioni, scuole), grazie alla snellezza ed all'elasticità che ci caratterizza.
- Proporsi come soggetti attivi e forti su tutti i tavoli possibili, senza rinunciare alla propria specificità ed anzi traendo da essa i contributi che nella realtà diamo, ma che troppo spesso non sappiamo evidenziare.

FABIO FEDRIGO

Cooperativa Sociale FAI

La cooperazione sociale oggi sta cercando di occupare un ruolo più attivo e di maggiore responsabilità sociale rispetto a venti anni fa. Questo processo di crescita si è rivelato, fino ad oggi, molto complesso in quanto si è sviluppato in un contesto caratterizzato da parecchie contraddizioni. Istituzionali, culturali, sociali e imprenditoriali.

Per molti anni la cooperazione sociale ha accettato (e voluto), consapevolmente o no, un ruolo di supplenza, un ruolo dove il governo del quotidiano era, in generale, la sua principale funzione all'interno dei sistemi di programmazione sociale. Quindi, un ruolo passivo piuttosto che di partecipazione attiva alla costruzione di nuove politiche sociali. Una quantità sempre maggiore di servizi socio-sanitari da svolgere per conto delle pubbliche amministrazioni ha determinato, a mio parere, una crescita piuttosto accelerata e disorientata della cooperazione sociale. Questa è una prima contraddizione, ovvero, una maturazione lenta sotto il profilo della qualità e della capacità di incidere sulle politiche socio-sanitarie e per contro una crescita veloce sotto il profilo imprenditoriale e quantitativo. Insomma, le pubbliche amministrazioni chiamavano e la cooperazione sociale rispondeva, sempre e comunque, a qualsiasi costo e condizione. Gli anni ottanta sono volati via più o meno così mentre con gli anni novanta, anche sotto la spinta della Legge 381, il processo di crescita qualitativa delle cooperative sociali inizia a delinarsi maggiormente. All'interno della stessa cooperazione sociale si tracciano due direzioni distinte e opposte: la strada commerciale, del profitto curvo su se stesso e la strada della comunità locale e delle scelte imprenditoriali. Una seconda contraddizione è, in generale,

che c'è sempre stato un approccio culturale di basso profilo da parte delle pubbliche amministrazioni nei confronti della cooperazione sociale. Tanti appalti e poco dialogo. Molti capitolati, molte regole inutili e poco coinvolgimento nei processi di progettazione, confronto e valutazione. Tante deleghe operative e al tempo stesso poche aperture vere che andassero verso logiche di collaborazione piuttosto che di subordinazione. Questa sorta di muro istituzionale mi pare che oggi stia cedendo un po' alla volta, anche se ancora con molte resistenze. Credo che ogni processo di deistituzionalizzazione inizi con la capacità di fare e sostenere delle scelte, scelte che abbiano una congruenza, etica e culturale, con la propria responsabilità giuridica e sociale. Ogni persona, ogni organizzazione, può essere un sostegno ai processi di deistituzionalizzazione se è in grado, a vari livelli, di contribuire a ridurre le scelte di potere, ad allentare i rapporti di forza nei processi decisionali, politici e sociali. C'è un'attualissima frase di Basaglia in *Conferenza Brasiliana* (Cortina Editore n.d.r) che dice «Abbiamo cercato di cambiare il nostro ruolo rifiutando quello che il potere ci aveva dato e cercando invece di assumere il ruolo che ci veniva dato dal rapporto con i nostri pazienti e con le organizzazioni popolari che rappresentavano i loro interessi». Mi pare che questo pensiero, questo approccio vitale al lavoro, dovrebbe essere presente in ogni sede, in ogni luogo dove persone o istituzioni cercano di costruire insieme nuove o antiche forme di relazione e di legame sociale. Questo rifiuto del potere è, a mio avviso, il respiro stesso della 180, un respiro purtroppo ancora poco normale.

Il ruolo dei familiari nella tutela della salute mentale

TALI MATTIOLI CORONA

Sollecitati da un forte bisogno di sostegno, condivisione, informazione, tutela, rivendicazione dei diritti, si formano nei primi anni '80 gruppi di familiari che successivamente si costituiscono in associazioni sulla base di indirizzi statutari eterogenei, diversa progettualità anche su obiettivi comuni, linee contrapposte rispetto alla presenza di operatori e volontari nella compagine associativa e soprattutto posizioni decise pro o contro la Legge 180.

Ai familiari si affiancano anche i volontari, il cui aiuto è prezioso per la capacità aggregativa, la condivisione, la gratuità, la solidarietà, la vicinanza e la testimonianza oggettiva, soprattutto per il dono di amicizia, dal quale i nostri familiari sofferenti traggono affettività, sicurezza, conforto, valorizzazione.

Il rapporto con i Servizi e le Istituzioni è duro, rivendicativo, spesso conflittuale.

Nell'esperienza post manicomiale, in realtà non ancora conclusa (si concluderà "ufficialmente" solo nel dicembre 1995), la famiglia non ha alcun peso: ha delegato totalmente l'assistenza del proprio congiunto all'Istituzione e ne paga le conseguenze. Gli psichiatri, spesso arroccati tra pregiudizi e resistenze conservatrici, faticano a riconoscere alle famiglie associate il ruolo assunto. Riabilitazione, psicoterapie, integrazione sociale, lavoro, guarigione sono considerati *pretese*.

I familiari, privi di informazione e di sostegno, colpevolizzati e abbandonati, vivono sensi di impotenza e di ambivalenza, di sfiducia e di risentimento nei confronti dell'istituzione che non garantisce né il controllo dei disturbi psichici né la valorizzazione degli aspetti positivi dei loro congiunti, offrendo inoltre servizi strutturalmente e organizzativamente modesti, squallidi, mortificanti.

Inizia per le Associazioni un impegno importante e intenso di formazione, coordinamento, assunzione di competenze, confronto con le istituzioni, pressione politica, formulazione di proposte e di progetti, verifiche sull'applicazione delle leggi e sulla qualità dei servizi erogati. Ciò ha consentito il passaggio da un intervento puramente rivendicativo ad un rapporto

di collaborazione critica e propositiva, talvolta di alleanza con le Istituzioni. Tale collaborazione, frutto di delicati equilibri, si fonda sulla chiarezza dei ruoli e delle competenze, dei diritti e dei doveri, sul rispetto reciproco e sulla trasparenza.

La *contrattualità* e la *pressione* esercitata dalle associazioni favoriscono la formulazione dei Piani Socio Sanitari e dei primi Progetti-Obiettivo che definiscono più rigorosamente le indicazioni espresse dalla Legge 180: servizi, strutture, professionalità, quantità, qualità, investimenti.

È ora riconosciuto il loro ruolo politico nei confronti delle pubbliche istituzioni e quello di stimolo propositivo all'interno dei Servizi.

L'impegno continua nel tentativo incessante di far applicare la normativa vigente, in particolare il vincolo del 5% del finanziamento in ciascuna Azienda; gli operatori almeno 1 ogni 1500 abitanti, adeguati per numero e qualificazione; le strutture previste; la valutazione sull'efficacia degli interventi e sul rapporto costi-benefici; sanzioni per le aziende inadempienti. Le Associazioni assumono sempre maggiori ed efficaci iniziative, sia in proprio, sia in collaborazione con i servizi locali, arricchendo l'azione dei valori di cui sono espressione: gratuità, solidarietà, disponibilità, radicamento nel territorio.

Hanno sviluppato la capacità di *mettersi in rete e di fare rete*, creando nel territorio di appartenenza solidi legami istituzionali ed informali, costruendo alleanze, moltiplicando le relazioni, le possibilità, le opportunità, introducendo quindi *reali condizioni di empowerment* per i propri tutelati.

Oggi sono più che mai impegnate a *fare cultura* per abbattere le barriere di pregiudizio, di diffidenza e di indifferenza, per sconfiggere lo stigma, per dare dimensione e dignità umana a chi non è ancora chiamato con il proprio nome, ma con quello della propria malattia, a chi viene emarginato perché ha modi di sentire e pensare diversi dal comune sentire e pensare.

Tuttavia gli obiettivi non sono raggiunti. Ancora oggi troppi malati e troppe famiglie sono abbandonati a se stessi. Si assiste ad un progressivo, preoccupante impoverimento di risorse, di

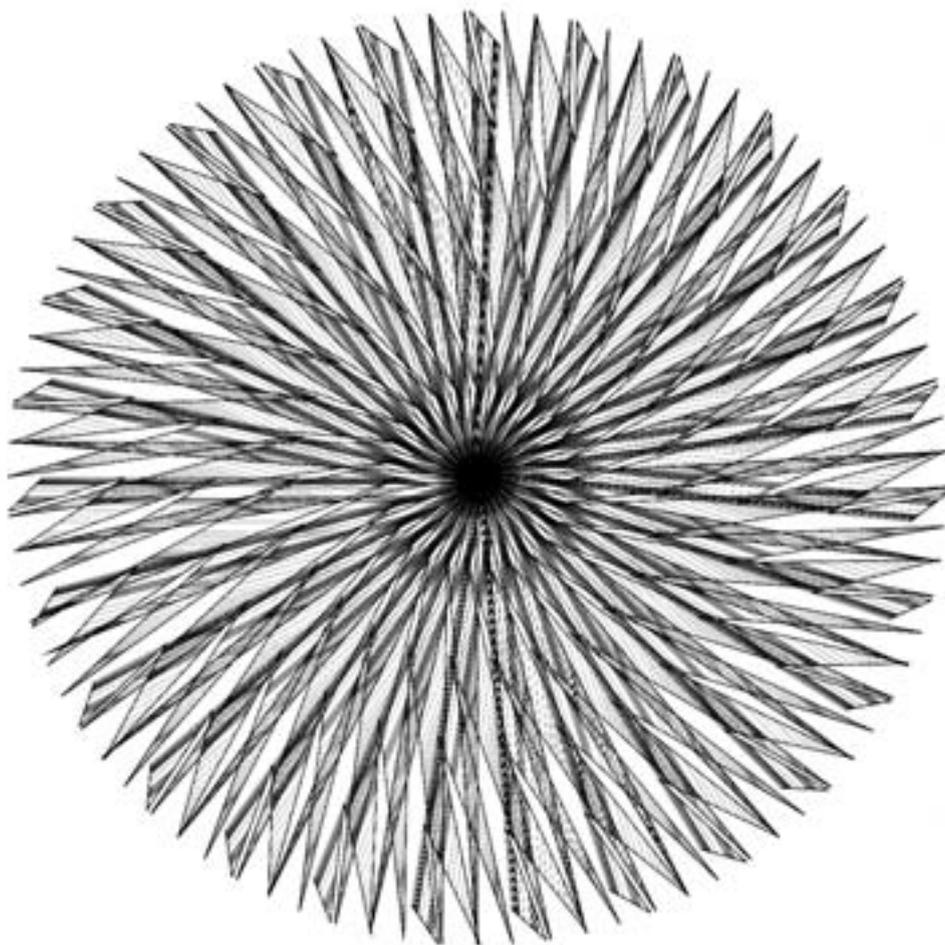
fermenti culturali, di passione sociale, di scadimento dei servizi, di appiattimento e mortificazione professionale, di carenza progettuale, di interventi di basso profilo. Temiamo l'applicazione silenziosa e strisciante di un progetto di legge mai approvato: n. 174 Burani Procaccini. Giungono infatti proposte e pressioni per il trasferimento di SPDC in cliniche private (i cui posti letto sono considerevolmente aumentati), rifiuto ad ospitare SPDC negli ospedali generali.

Associazioni, famiglie e operatori devono insieme instaurare, all'interno di ogni DSM, una relazione franca e rispettosa dei ruoli, di autentica collaborazione. Riteniamo che ciò sia possibile a partire dalla costruzione del progetto terapeutico riabilitativo. Attraverso l'adesione e il coinvolgimento nel progetto, ogni soggetto è così sollecitato ad assumere le proprie responsabilità (*superamento della delega e della dipendenza*) in un rinnovato clima di *corresponsabilità e coinvolgimento*, giungendo ad una vera *allean-*

za terapeutica tra équipe, paziente e famiglia. Strumento di alleanza è la *fiducia* che a nostro avviso si instaura attraverso l'ascolto e l'informazione: capacità di accogliere, riconoscere, dare forma, senso e sostanza (realizzazione) alle emozioni, ai bisogni, ai desideri; riconoscimento del diritto alla conoscenza, alla valutazione, alla scelta, all'esercizio della propria contrattualità, all'espressione della volontà (*consenso informato*).

Allora servizi e associazioni possono concorrere insieme ad attivare le risorse e creare sinergie tra rete formale e informale, indispensabili al fine di garantire alla persona sostegno, partecipazione e integrazione (formazione, accesso alla casa, commesse pubbliche, ecc.).

Si aprono così gli spazi della partecipazione e della solidarietà che non sono patrimonio privato delle Associazioni, ma appartengono a tutti: stato, economia, impresa, chiesa, società, sono responsabilità di tutti.



La follia del lavoro

FRANCA FORNASIERI

In questi due ultimi anni la Legge 68/99 *Riconoscimento della disabilità ai fini lavorativi* ha aperto ai disabili e alle loro famiglie nuove aspettative di garanzia per un inserimento lavorativo: questa legge infatti supera la vecchia logica del collocamento obbligatorio e introduce il collocamento mirato e/o supportato dal Servizio Inserimento Lavorativo. C'è quindi una grande richiesta di accertamenti alla Commissione per la valutazione della capacità lavorativa, rapportata alla disabilità, per poi accedere agli avvisi lavorativi, tramite i Centri per l'Impiego.

Con questa logica anche le persone con patologie psichiche si mettono in fila per ottenere un lavoro, ma spesso lo fanno con molte incongruenze, perché non riescono a valutare bene la portata della richiesta e accettare il confronto realistico con l'impegno da affrontare. Sono convinte che basta da sola l'invalidità per avere diritto ad un posto, senza capire che trattandosi di posto di lavoro, devono poter garantire una serie di doveri, specificati dallo stesso contratto di lavoro.

Purtroppo queste situazioni non aiutano a promuovere una cultura del superamento delle diversità e dei pregiudizi nei confronti delle problematiche sulla disabilità, in particolar modo per quella psichiatrica. Proprio per questo il Dipartimento di Salute Mentale, che da sempre ha portato avanti e sviluppato nella pratica psichiatrica un intervento specifico sul lavoro, ha dovuto rivederne il significato all'interno dei progetti di cura, specialmente in questi ultimi anni, alla luce dei cambiamenti del mondo produttivo, della recessione economica e dell'alta tecnologia. Rispetto gli anni '80-'95, periodo in cui i Centri di Salute Mentale sono stati i promotori e i sostenitori della nascita di cooperative, del sostegno al lavoro di persone con alta sofferenza e discontinuità, con l'utilizzo delle proprie risorse (secondo il principio *del lavoro per tutti*), si è passati pian piano al cambio della cultura dell'oggi, in cui gli stessi Centri utilizzano le risorse esterne e si misurano con un mercato del lavoro molto selettivo e complesso (secondo il principio *del lavoro solo per coloro che lo possono fare*).

Il lavoro nell'area del Nord Est è caratterizzato

da moltissime aziende, con una disponibilità di un posto e mezzo per abitante, ma gran parte a carattere familiare o di piccole dimensioni, dove la produttività del singolo conta ed è misurata a vista.

Collocare un disabile con patologia psichiatrica non è quindi un compito facile, bisogna aver ben chiaro il percorso e valutare la compatibilità tra lo stesso disabile e l'ambiente che lo va ad accogliere: significa avere davanti un disabile in grado di capire cosa voglia dire lavorare e una ditta altrettanto capace di misurarsi con la diversità.

Le persone con prevalente disabilità psichica solitamente hanno bisogno per un loro collocamento, non solo di un intervento mirato, ma del supporto di un servizio di mediazione, che assicura l'intervento di accompagnamento. Il concetto di lavoro per un disabile psichico, rapportato alla sua situazione di salute, di relazione, di capacità, può avere diverse connotazioni (*incongruo-fantastico-perplesso-confusivo-congruo-realistico*) e per questo lo si deve affrontare con due presupposti fondamentali: l'accompagnamento deve partire sempre dalla valutazione, e l'incontro con il limite deve essere coerente con il progetto di vita.

IL SIGNIFICATO DEL LAVORO Il lavoro in psichiatria può essere usato come terapia, ma resta su un piano di protezione, in cui il contratto con il disabile è il frutto della combinazione lavoro-cura-salute, oppure il lavoro è usato sul piano realistico, calato nel mondo produttivo, in cui *il contratto è il frutto della combinazione lavoro-produzione-benessere*.

Parlare di lavoro per i disabili significa comunque evidenziare la loro parte sana, non il loro limite, e per poterlo fare è importante avere la possibilità dell'osservazione, magari per pochi mesi in situazioni normali di lavoro, in piccole realtà produttive, e della sperimentazione in situazione reali, perché il contratto di lavoro è pur sempre un contratto di scambio: forza lavoro-remunerazione.

Per tirare fuori la parte sana è utile, però, partire dal limite, con il riconoscimento mirato

dell'invalidità non come menomazione, ma come conoscenza ed elaborazione delle difficoltà, per evidenziare le abilità valide.

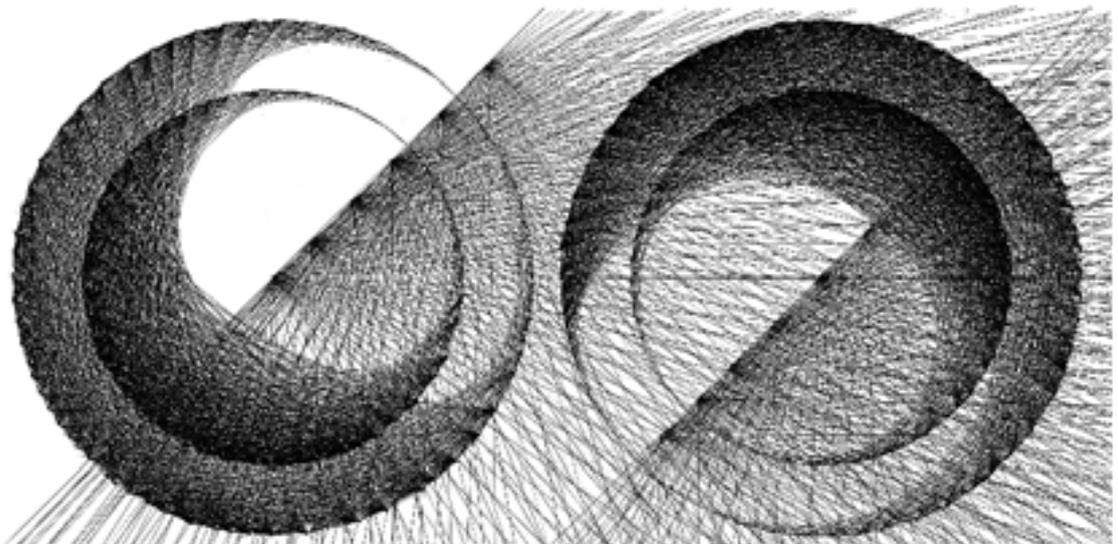
Il Dipartimento di Salute Mentale non si occupa più solo dei grandi folli, il servizio pubblico di psichiatria si misura con le istanze della comunità, risponde ai bisogni di persone di varia estrazione sociale, con una varia complessità di situazioni cliniche, con patologie più o meno gravi, che in modo diverso limitano (a volte impediscono) le loro capacità personali e lavorative. Si possono distinguere tre aree: 1) persone che pur avendo una patologia psichiatrica anche grave continuano a mantenere il loro posto di lavoro (nella nostra provincia il 15%), avendo conservato nel tempo il valore del lavoro e quindi la capacità lavorativa, per le quali il servizio assicura solo un supporto terapeutico; 2) persone che non hanno mai lavorato o che sono fuori dal mercato produttivo da lungo periodo, per i quali il servizio offre spazi di osservazione, formazione e supporto, per un loro eventuale collocamento al lavoro; 3) persone che non possono trovare alcuna collocazione sul mercato, a cui viene garantito uno spazio di integrazione socio-assistenziale (Tesolin 2002). Nelle azioni di accompagnamento al lavoro i familiari delle persone affette da patologia psichica possono rivestire una posizione importante, di aiuto e supporto, se partecipano alla gradualità dei percorsi, alle verifiche di percorribilità, oppure di ostacolo, se rivendicano per i loro cari situazioni difficilmente sostenibili, per la complessità inerente lo stesso impegno lavorativo.

Nell'atteggiamento dei familiari si riscontra una difficoltà ad accettare, quando si presenta, l'impossibilità di coniugare il lavoro (come risultato di una prestazione responsabile, di una capacità contrattuale e relazionale) con lo stato di malattia invalidante e/o grave. Per quanto riguarda la malattia mentale è facile disconoscere gli esiti, perché mentre per un cardiopatico grave o per una persona con un'insufficienza renale importante, magari subito dopo un ricovero, la famiglia non si sognerebbe mai di sollecitare il lavoro, per un depresso o uno schizofrenico, con gambe e braccia funzionanti, senza febbre o protesi, lo si richiede subito e con forza.

A volte gli operatori devono quindi fare i conti con una sindrome aggiunta: la follia del lavoro, aspirazione, tensione, rivendicazione, che incita il familiare a perseguire a tutti i costi la tutela del figlio disabile, anche quando è angosciato e incapace di contenersi, per portarlo dove l'organizzazione sociale più chiama, l'occupazione, traguardo di una presunta identità.

Con tali eccessi di richieste, agganciate ai modelli e ai richiami di arrivismo in uso nella società attuale, si scontrano purtroppo le persone deboli, i cui limiti e fragilità poco contano nella difficile lotta per poter rimanere a galla e continuare a vivere anche senza il lavoro.

La salute, per potersi salvaguardare, deve coniugarsi strettamente (in presenza di patologie che intaccano l'identità, l'autonomia, la relazione, la resa di un individuo in modo marcato) con lo spazio di tolleranza e di protezione che la società stessa è disposta a garantire per la tutela delle sue fasce deboli.



CITTÀ DEL CENTRO ITALIA 26
GIUGNO 2002

Per la supervisione sono riuniti operatori della strutture territoriali e operatori dell'SPDC che seguono il caso. La dottoressa che presenta la ragazza dice che quando ha saputo di questa supervisione congiunta era molto contenta; adesso, invece, soffre di tachicardia, sente una certa agitazione, non sa se tutto andrà bene. La rassicuro con convinzione, ma ironizzo sulla certezza che in supervisione, con me, sicuramente si troverà la soluzione definitiva...

Già il nome della ragazza, che ha 35 anni, mi sembra indicativo, Justine, ma per ora mi astengo dall'approfondire.

La dottoressa dice che hanno portato questo caso perché non ne possono più. Non perché la ragazza sia particolarmente violenta, o difficile sul piano comportamentale, ma perché hanno molte difficoltà come operatrici a continuare a gestirla, le fa soffrire, sentono venire meno la complicità indispensabile per curare, perché lei, come dice un'infermiera, «tocca sempre le corde più intime di ciascuno... se almeno fosse schizofrenica le cose sarebbero più chiare, invece non è psicotica».

Mi informo sul nome. È la versione francesizzata di Giustina: essendo infatti lei nata in Francia, il frettoloso impiegato dell'anagrafe non ha sentito ragione e le ha tolto l'italianità del nome.

Il servizio è entrato in rapporto con Justine qualche tempo fa per un Tso che le è stato fatto, dalla provincia, dove frequentava un istituto femminile che la aveva accolta con la sua bambina di 8 anni, Sofia.

«Già nei nomi è scritta tutta la loro storia – dico – Justine rimanda infatti al marchese De Sade e Sofia alla sapienza che nutre i filosofi: saggezza e lascivia che si contrappongono, sessualità e cultura, come se questo caso parlasse in modo inquietante dell'identità femminile presa da sempre tra la propria affermazione come soggetto e l'assoluta dipendenza dalla natura,

Lolita, una supervisione d'équipe

PAOLO TRANCHINA

dal ruolo riproduttivo della specie. Questa cosa che fa la donna più pronta al maschio dopo un lutto, dopo le guerre, perché la morte si combatte con la vita, e la fa preda del pesante condizionamento della Grande Madre, come lei portatrice di semi, attraversata dai cicli delle stagioni, le messi, il ritorno ritmato delle migrazioni, se l'inquinamento

non le infrangerà per sempre».

Justine era stata da febbraio in quell'istituto, femminile, inviata dall'assistente sociale perché non reggeva più il rapporto con il marito, Genaro, di Napoli, da tempo emigrato in Francia col nonno Pasquale, ambedue camorristi dichiarati, non personaggi strani in odore di camorra. Padre e figlio, infatti, alternavano sistematicamente i soggiorni nei dintorni di Parigi, dove lavoravano, non si sa bene a cosa, a lunghe permanenze a Napoli, e in altre città della Campania. Di recente, dopo molti tira e molla, si era decisa a denunciare il padre e il marito per abusi sessuali su Sofia.

Anche Justine è stata una bambina abusata per oltre otto anni da suo padre!

Mi manca il fiato. Questa scarica di violenza agita, di connivenze doppiamente incestuose, di rapporti con la malavita, mi disorienta, mi impaurisce.

Anche se mi dicono che padre e nonno di Sofia le abbiano usato violenza in tempi diversi e probabilmente all'insaputa l'uno dell'altro la cosa non mi sembra di alcun significato. Né mi offre alcun sollievo.

Ma come fanno questo padre e questo figlio a farsi la figlia-nipote? Che razza di persone sono per dividersi le spoglie della bambina e, per il nonno, per continuare impunemente su Sofia i giochi di dieci anni con la madre, Justine?

«Certo che non ne potete più, altro che psicosi e non psicosi, dico, qui siete in lotta con la camorra, c'è un altro ordine di paure, responsabilità che sono mobilitate, ma come la mafia, anche la camorra sappiamo che non scherza. In

Sicilia, un mio allievo dei miei corsi di psicoterapia alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Verona, dopo la decima dimissione da un istituto religioso ha cominciato a ricevere lettere minatorie che minacciavano lui e suoi figli, e lo stesso è accaduto alla psicologa. Stava mollando tutto, poi la cosa si è risolta».

Voglio dire che ci sono sovrapposizioni fantasmatiche e reali molto complesse nella situazione di cura di Justine, vi implicano come donne, come operatrici, ma anche come soggetti generici del diritto, in rapporto con qualcosa, con una struttura che usa altri codici etici del tutto estranei alla nostra situazione locale. Anche se, attenzione, forse la massoneria non spara, Calvi permettendo, ma non credo sia meno potente della camorra e della mafia.

«Ho pensato – dice la dottoressa, con calore e convinta combattività – che se questi due mi minacciano come camorristi gli dico che sono di origine siciliana e che quindi stiano attenti a quello che fanno».

La cosa mi piace per l'assoluta, lucida presa di posizione della dottoressa dalla parte di Justine e sua figlia. Antichi odi separano Napoli dalla Sicilia, più volta bombardata dalle navi borboniche per distruggere il suo indomabile spirito di indipendenza, di rivolta. Dico però che il problema non è un conflitto tra Magna Grecia e Sicilia, tra Napoli e Palermo, ma tra potenti strutture illegali e lo Stato che noi siamo, non meno potenti, attrezzati, nonostante le difficoltà dei servizi che tutti conosciamo.

Che loro siano potenti non c'è dubbio, si insinuano addirittura connivenze ad altissimi livelli, ma anche i servizi hanno i loro muscoli, le strutture, la possibilità di mobilitare Enti Locali, Magistratura, giornali, altre forze, se necessario.

Alle loro incertezze, incredulità, reagisco dicendo: «Certo che questo è un caso particolarmente difficile, conturbante, del conflitto tra principi maschili e femminili, eros e potere, ma perché, per affermarvi come donne è stato facile con i vostri mariti? Forse che questa società accetta positivamente ogni vostro passo verso l'autonomia? Ogni passo costa fatica, sangue, lacrime, certo se avete mariti decenti va meglio, ma non sempre è così. Eppure siete tutte professioniste che lavorano, che hanno la loro identità di donne, madri, operatrici. È stato facile per te importi come dottoressa? È stato sicuramente difficile, ma sicuramente molto più facile che per mia madre che si è laureata in medicina a Catania nel 1927 e che quando andava in giro in bicicletta al suo

paese per fare le visite, le tiravano le bucce di arancia perché una donna che andava in bicicletta era impensabile, sconveniente. Justine e sua figlia rappresentano veramente il conflitto, lo scontro tra patriarcato e matriarcato, nel senso che il patriarcato pensa di avere ogni diritto su tutto, sulla natura e quindi sulla donna associata acriticamente con la natura e quindi senza riconoscimento, senza diritti sui suoi frutti, come la terra. La donna è una cosa che deve tutto all'uomo e di cui l'uomo può disporre come fa dei cani, le mucche, l'aria, le pietre, le arance, la foresta tropicale. Ma chi l'ha fatto il buco di ozono? Chi ha reso l'aria irrespirabile? Chi continua a credere che le prestazioni della donna siano assimilate alla natura, diritti eterni e indelebili del maschio per cui non le si deve nemmeno ringraziare? Però, dicevo, nonostante tutto, di strada se ne è fatta, voi siete qui, lavorate, uscite di casa, avete capacità, responsabilità impensabili per le vostre nonne, anche se ancora molto resta da fare. Anche a livello simbolico, ovviamente, come vedremo dopo, e a tutti, i livelli compreso quello della Chiesa. Perché questo Papa ha un bel chiedere scusa alle donne, ha un bel farle sante e chiedere loro ammenda, ma finché la donna non potrà diventare papa, non avrà il diritto di transustanziare, di trasformare il pane e il vino nel corpo e nel sangue del Cristo, restano tutte chiacchiere, pezze che tappano l'ingiustizia. I rapporti tra maschile e femminile sono fortemente in crisi, siamo in un periodo di grandi dubbi, incertezze, mancanza di profili sicuri, simbologie affidabili. Anche per questo le madri uccidono i figli, diventano il dio del male se non possono immedesimarsi più a nessun dio, dea del bene».

Justine ha sposato Gennaro perché è rimasta incinta di Sofia. Non avrebbe voluto sposarlo ma sentendosi incapace, impacciata e dipendente, aveva pensato che forse quella sarebbe stata la soluzione migliore. Ha però sempre avuto una libertà sessuale particolare, anche se distorta: è di una seduttività inimmaginabile.

Un infermiere, l'unico maschio, oltre a me, in mezzo al gruppo delle operatrici, conferma. Più volte ha dovuto chiamare in aiuto un'infermiera perché aveva paura di perdere il controllo restando solo con Justine.

«Ha una seduttività particolare – dice la dottoressa – ha 35 anni ma sembra una lolita, una bambina dolcissima».

Per forza si fa fatica a gestirla. Per noi maschi è semplice, suscita il nostro istinto pedofilo, è li-

neare e relativamente facile da controllare, siamo professionisti adulti, padri di famiglia più o meno post-edipici, nel senso che, almeno coscientemente, abbiamo scelto di abbandonare le nostre pulsioni parziali infantile per valorizzare la nostra genitalità, ossia ci permettiamo di desiderare solo femmine adulte, restando, se ci riesce, fedeli ai nostri partner. Fin qui Freud. Ma voi donne come fate? Le conosco sapete queste bambine, ricordo una volta la figlia di un mio amico di tre o quattro anni, una vera *cocotte*, che teneva a bada il padre innamorato ma anche qualsiasi altro maschio che le si parasse davanti, con mille gesti, moine accattivanti, scuotimento di testa, sorrisetti e carezze, mentre il suo fratello, di sette o otto anni, era una specie di bestiola che faceva solo “pum, pum”, mimando con l'indice teso e il pollice verticale lo sparo di una pistola.

Justine vi confronta con l'irresistibilità della seduzione. Non desiderate mai un bel ragazzo dai bicipiti scolpiti e i solchi all'inguine marcati come un guerriero greco? Non avete mai pensato di farvi quel signore elegante che puntualmente esce compassato di fronte a casa vostra tutte le mattine alle otto e mezza per andare chissà dove? L'avete pensato e questo è accettabile. Ma Justine va oltre, è l'immagine di Circe che seduce tutti gli uomini, li riduce a maiali. È il potere in cui il maschile ha relegato il femminile, solo potere di obbligarlo a desiderarla, di sedurlo, ma forte, irresistibile, pauroso, come quello delle maghe, delle sirene. A proposito delle sirene aggiungo che di recentemente ho scoperto che in qualche misura sono il corrispondente femminile di Chirone, il centauro archetipo del curatore, maestro di Asclepio, il dio della medicina. Loro mezze donne e mezzo uccello, o pesce, più tardi, lui mezzo uomo e mezzo cavallo. Andrebbe approfondito».

D'altra parte c'è sempre uno sforzo dell'io per controllare gli istinti, il non-io; dobbiamo esercitarlo sempre, per controllarci nelle parole, nella rabbia, nelle compere. Noi siamo patetici nel nostro bisogno nazista di regole e di controllo in un mondo che cambia, ma chi decide a che ora deve tornare vostra figlia a 15, 16, 18 anni e quanto è indispensabile comprarle il telefonino per non farla sentire diversa, o, addirittura, prestarle la vostra macchina?

D'altra parte c'è un proverbio dei nostri bravi alpini che dice «Cazzo che tira no se ragiona», e un altro che suona: «Tira pusè un pel di figa che un par de boe (buoi)»?

Se un pelo equivale alla forza di una coppia di buoi, un monte di Venere può spostare le montagne. Troia docet.

Anche Jung, con la Sabina Spielrein, ne sapeva qualcosa. Questa ragazza russa infatti era una paziente del Burghölzli, il manicomio pubblico di Zurigo, dove Jung l'ha curata, ma poi le ha chiesto di ripagarlo col suo corpo, perché adesso il paziente era lui, e lei lo ha fatto. Ma allora si sapeva poco della violenza del transfert e del controtransfert psicotici, e Jung lo possiamo capire, tanto più che lei ha fatto la sua strada, è diventata analista e ha dato importanti contributi alla psicoanalisi. E d'altra parte sempre la malattia mentale ci confronta con vissuti impossibili da integrare, i cristiani le chiamano tentazioni e possono essere estremamente spinte, dolorose».

«Qui però c'è un altro vissuto difficilissimo da integrare, il desiderio edipico della figlia verso il padre. Le figlie desiderano i padri, hanno desideri verso l'adulto, complementari a quelli pedofili o incestuosi, o edipici dei loro padri». Noto che le operatrici recalcitrano, fanno fatica ad accettare.

Ricordo Pan e dico: «Quando nel meriggio il grande dio dello stupro appare improvvisamente inseguendo le ninfe da tutte le parti, violentandole, non si sa bene se è lui che vuole farsele o se sono loro che scappando scompostamente gli offrono invitanti visioni da dietro che incoraggiano ancora di più la sua rude virilità». In supervisione ho usato parole volgari perché i processi primari dicono *nerchia, culo, figa, non pene, posteriore, vagina*, che nel contesto dello scritto, al di fuori della relazione concreta, è decente presentare solo indirettamente.

Le operatrici non ci stanno, non ammettono il desiderio dello stupro, di condividere, in una certa misura, l'ideologia dei valori maschili dominanti, di essere speculari, complementari in qualcosa al patriarcato.

Un operatore mette l'accento sul panico, sul senso del panico, l'impossibilità di scegliere, agire, o l'idea di essere posseduti dall'impotenza. Rifletto su questo grande ritorno simbolico di Pan, il dio della paura, che ci blocca e che ha bisogno di farmaci specifici, dio del male visto che il bene gli è precluso. Da pochi anni l'attacco di panico è diventato infatti una sindrome specifica, curabile con precisi farmaci. La solita esorcizzazione chimica del divino.

«Pan è tornato», bisogna allora gridare alle genti, «Pan è risorto», rovesciando il grido raccolto da un navigatore che costeggiava una

lontana isola della Grecia e che sentì spargersi sulle acque mesto, definitivo, il grido: «Pan è morto».

«Lo stupro – dico – non è solo la violenza di un uomo su una donna o su un bambino o una bambina, ma è la visualizzazione simbolica dell'incontro senza mediazioni con Dio. Ogni incontro con dio è una violenza incredibile che subisce la nostra povera, piccola identità umana. Paolo, l'ha sbalzato con violenza da cavallo, Semele, la madre di Dioniso, è stata incenerita. È come il rapporto tra l'infinitamente piccolo e l'infinitamente grande, il potente e l'impotente. Ma i ruoli non sono mai assoluti, il seduttore è anche sedotto e il sedotto è anche seduttore. Chi violenta chi?».

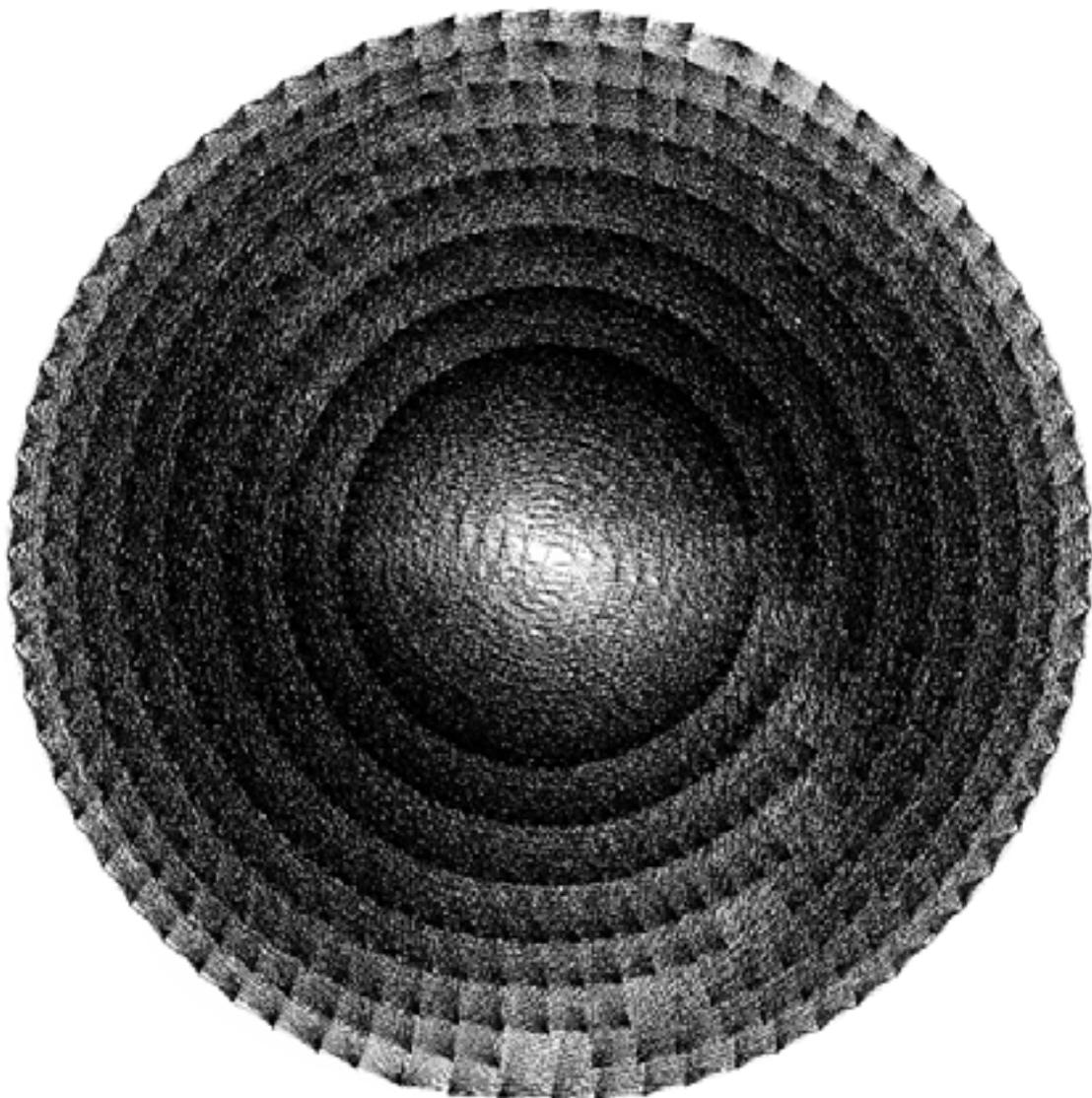
Le operatrici esprimono il loro senso di responsabilità pesantissimo, collegato anche a un profondissimo senso di impotenza. Emerge così la scissione terapeuta-curante come se tutta la sanità fosse dalla parte del servizio e tutta la malattia da parte di Justine. Ma è vero?

Ci lavoriamo sopra.

«Lei però non fa la malata – dice la dottoressa – si dà sempre molto da fare, anche se dimentica tutto».

Su questo problema emerge un dissenso tra gli operatori, alcune operatrici sostengono che dimentica certe cose ma non altre.

«Amnesia isterica», mi domando, o salvezza dalla bestialità delle cose subite così a lungo, per cui l'oblio è l'unico velo che cancella l'or-



rore di chi l'ha sedotta e le seduce la figlia? «Ma come madre – chiedo – come è come madre?».

«A volte affettuosa a volte indifferente; per esempio, nel recente viaggio che abbiamo fatto in Olanda, lei dimenticava la sera di telefonare all'figlia». «Dimentica sempre di mettere il sale nella minestra, e poi un altro sacco di cose. Sua madre era comunque un'alcolista molto disturbata: quando Justine le ha raccontato del padre e del nonno, le ha detto «Non lo credo, e l'ha insultata come se fosse lei una puttanelle».¹

«Certo che Justine suscita in voi, profondamente, anche la funzione materna, siete la sua doppia madre, di lei e della figlia, le madri di due bambine abusate. Ma ogni bambina è stata abusata anche se per fortuna solo di rado sessualmente. Sto ripensando alla mamma di una mia paziente che mi ricordava, con un rimpianto non metabolizzato dopo oltre 50 anni, che in seconda elementare aveva preso nove in un tema, ma non aveva potuto studiare a scuola perché i soldi bastavano solo per suoi fratelli. E a un'altra donna che 70 anni dopo rimpiangeva con una vividezza impressionante la bambolina che non le avevano regalato per la prima comunione, mentre a suo fratello avevano regalato una frusta. Lei si era lamentata, aveva denunciato l'ingiustizia ed era stata picchiata selvaggiamente, tornando sul carretto dal paese in cascina sfigurata dalle lacrime e dalla rabbia».

Insomma, rabbia per l'ingiustizia femminile, desiderio materno di protezione, compensazione a queste due bambine violentate, inconfessabili desideri pre-edipici e seduttivi, tutto questo si mischia rendendo complicatissimo il rapporto con Justine. Ripenso a un esperimento pubblicitario americano. Per molti mesi hanno riempito l'America con la figura dolcissima di una bellissima donna con il suo bambino. Poi improvvisamente l'hanno mostrata nuda, impudicamente offerta alle voglie di tutti. Madre o puttana allora? Antichi dilemmi, opposti da tenere rigorosamente separati, l'una in casa a badare alla prole, angeli sempre più incerti e contestati della continuità, la sicurezza, la continuità pagate troppo care, le altre sulla strada a invitare losche, ammiccanti, "pubbliche mogli", come le chiama De Andrè, con estrema saggezza e lirismo, sacerdotesse dell'istinto che non accetta controlli.

«Insomma, questa Justine è come una dea; ricordo un'altra supervisione in cui una paziente, di una bellezza travolgente, a volte batteva sulla strada. Una volta si era rivolta a un magnac-

cia vestita in modo eccessivamente vistoso, con i capelli dai colori stravaganti. E il magnaccia le aveva detto: "Prima curati e poi torna, che ti metto sul marciapiede". Là il problema era stato per le operatrici di identificarsi con il desiderio di essere puttane come la paziente, di invidiare la sua bellezza e sfrenatezza erotica; per voi, forse, quello di condividere, come abbiamo visto, il desiderio di venire sedotte, violentate». C'è molta consapevolezza nel gruppo, anche se qualcuno non riesce a tollerare assolutamente questa identificazione con l'aggressore.

Il problema è che gli dei non accettano di essere guardati, uccidono, come Atteone, che avendo guardato Artemide nuda fu trasformato da cacciatore in cervo sbranato dai suoi 50 cani. Una stupenda mètopa del tempio A di Selinunte ce lo ricorda. Ci sono impressionanti unghie di cane che si piantano crudeli nell'inguine del giovane efebo.

Le operatrici sottolineano la difficoltà a sopportare Justine, per le continue sollecitazioni a cui le sottopone, ma anche per la continua contraddittorietà delle istanze con cui le investe.

Ricordo una supervisione in un comunità di tossicodipendenti in cui si sono manifestate valenze espulsive quasi inarrestabili per un ragazzo con problematiche simili a quelle di Justine.

Il problema è che si manifestava sempre in modo diverso, era il catalizzatore di tutte le contraddizioni, le magagne istituzionali che con il suo comportamento irrazionale implacabilmente esplicitava. Ovviamente l'investitura a essere capro espiatorio, come salvifica espulsione di tutti i mali, era facile. C'è però dell'altro. Ricordo che in Star Trek una figura che mi ha particolarmente colpito è stata quella di un mutante, di una persona che da donna diventava uomo, poi mostro spaventoso a forma di scarafaggio, leone infuriato, ecc. Ossia, il cambiamento improvviso ci mette di fronte all'impossibilità di situarci, cioè di istituire la nostra identità, o, meglio, la continuità della nostra identità rispetto all'altro, e questo è insopportabile, perché non ci fa più sapere chi siamo.

C'è però anche dell'altro alla base del fatto che il mutamento improvviso ci sconvolge.

Se ci fotografiamo dall'infanzia all'adolescenza, all'età matura, alla vecchiaia, abbiamo una immagine accelerata del tempo che ci ricorda la nostra finitezza e rimanda alla morte. Le altre foto, infatti, quelle che non vogliamo mai vedere, sono il lento putrefarsi del nostro corpo nella ristrettezza di una bara, tutte le immagini schifose e orribili dei film dell'orrore. Insomma

i cambiamenti improvvisi rimandano alla morte perché non ci permettono adattamenti sufficientemente stabili da rimuoverla².

Infatti, sostengono gli operatori, all'inizio lei si presenta molto bene, ma poi ci turba tutti, specie i maschi, perché lei si presenta come una Lolita inquietante, non è affatto puttanesca, è una bambina perversa. All'inizio, anche nella struttura in provincia dove è stata l'hanno accolta molto bene, nella loro ipotesi di proteggere due donne, ma poi, quando è uscita la bambina perversa, si sono arresi.

Rammento la paura dell'infermiere di perdere il controllo e di violentarla, o lasciarsi violentare. Lavoriamo sul problema del perverso polimorfo autoerotico di Freud, come a una potenzialità globale, perversa e normale insieme che il bambino ha, mentre poi, crescendo, ci si riduce tutti, più a meno, a eterosessuali monogamici coatti, con qualche scappatella, a volte, ovviamente al servizio della normalità dominante. E la perversa polimorfa autoerotica?

Forse aspetta di essere riscritta, riscoperta, ricreata. Forse proprio lei ci turba, in modo così travolgente perché le parole che la descrivono non sono state ancora scritte.

D'altra parte questa potenza, questa globalità polimorfa del desiderio non basta controllarla con la volontà, da qualche parte riemerge, esplicita o travestita, si sublima o esplose, diventa sintomo, morte, sofferenza o gioia, cultura.

Il problema è sempre l'infinito, la totalità, cosa che poi rimanda al divino.

Il problema è che noi, benché finiti, limitati, fragili, abbiamo il potere di immaginare l'infinito, l'eternità, l'onnipotenza. Perché costruiremo allora opere immortali, guglie di chiese che anelano al cielo, palazzi di vetro che lo sfidano, opere che possiedono quella eterna bellezza che a noi è preclusa?

Insomma il nostro piccolo io, la nostra identità è costretta a confrontarsi per tutta la vita con forze incommensurabilmente superiori alle sue, forze infinite che lo sfidano, lo minacciano, lo adulano, si lasciano usare e gli si rompono addosso. Come possono rinforzarlo, così possono distruggerlo.

È questo infinito, credo, che chiamiamo Dio, e che qui si manifesta in tutta la sua potenza. Se preferite possiamo usare una parola meno impegnativa: possiamo chiamarlo *archetipo*, che vuol dir prima orma, essenza, come un *priori*, una generalizzazione che aspetta di attualizzarsi, di diventare individuo concreto, particolarità. Senza questo processo è come un noi

senza un io, una forza che non ha forma. Il problema è, come dicevo, che il confronto con dio ci distrugge, ci acceca, è uno stupro, quindi le religioni, i riti, ma anche la filosofia, la cultura sono modalità per umanizzare questo infinito, sono il tentativo di fare incarnare dio in ognuno di noi, di farci sentire eterni, onnipotenti, senza saltare per aria, o piccoli, impotenti, senza morire.

Il problema è trovare dei rituali per avvicinare queste entità sconvolgenti.

Lo stesso sarebbe utile anche per Justine.

Ci interroghiamo su cosa possono essere questi rituali, come possano essere inventati, favoriti. Una infermiera ci ricorda che Justine scrive lettere al fidanzato, ma che, prima di mandarle, le fa correggere per il contenuto a lei e per la grammatica a un infermiere.

Valorizzo la cosa, come integrazione tra sentimenti e razionalità, affettività e ragione, e quindi anche tra maschile e femminile.

La dottoressa ricorda tutte le lotte con il tribunale dei minori per non farle perdere la bambina, dice: «Lei si è affidata totalmente a me».

«Per forza – dice, tra il serio e il faceto, un'infermiera che più intensamente ha vissuto tutta la supervisione indicando così il livello di emotività condiviso con tutta l'équipe – tu sei una Grande Madre, una dea no?».

La dottoressa ricorda che, ovunque sia, Justine trova qualcuno da corteggiare. Qualche giorno fa Justine ha puntato uno, gli ha chiesto sette test, AIDS, ecc., affermando «Tra sei giorni ci sposiamo».

In Danimarca ha invece trovato un paziente più anziano di lei, abbastanza disturbato ma facoltoso e ha stabilito che «Adesso ti curi per bene e tra sei anni ci sposiamo».

Una infermiera esprime la sua insofferenza per il fatto che fa tante storie perché ha paura che le tolgano la figlia e poi va con questo e con quest'altro.

Appunto, chi tiene insieme la purezza assoluta della madre idealizzata e la donna libera svalutata a puttana?

Una infermiera del SPDC, infine, dice che, quando stanno insieme, la imbarazza sollecitandola a esprimere aspetti molto intimi della sua sessualità.

Correggendo la supervisione mi appare chiaro che Justine abita gli spazi profondi, inquietanti, della rimozione, dell'immaginario collettivo, per cui da un lato ci stuzzica morbosamente con tutte le nostre possibilità perdute, tutto ciò che di proibito potremmo vivere, essere, prova-

re, e, da un altro, ci colpevolizza per desiderarlo. Il desiderio non riesce a fare capolino, a rompere l'esile guscio della rimozione, che subito la colpa, la paura se ne appropriano e lo ricacciano giù in un intollerabile gioco di offerta e di privazione, come un continuo, intollerabile coitus interruptus. La difficoltà del rapporto sta nelle continue difese che dobbiamo approntare per bloccare la possibilità che i desideri, tutti i desideri si possano realizzare. La minaccia e il piacere della minaccia sono fusi e inquietanti per la loro contraddittorietà.

Chissà, in altre culture Justine sarebbe una dea dell'amore, o una grande sacerdotessa di Afrodite. Con la dea potrebbe esercitare la prostituzione sacra, in uno dei suoi templi, a

Pafos, a Cipro e a Erice, in Sicilia, rendendo possibile l'impossibile, il rapporto fisico, inefabile, con la dea.

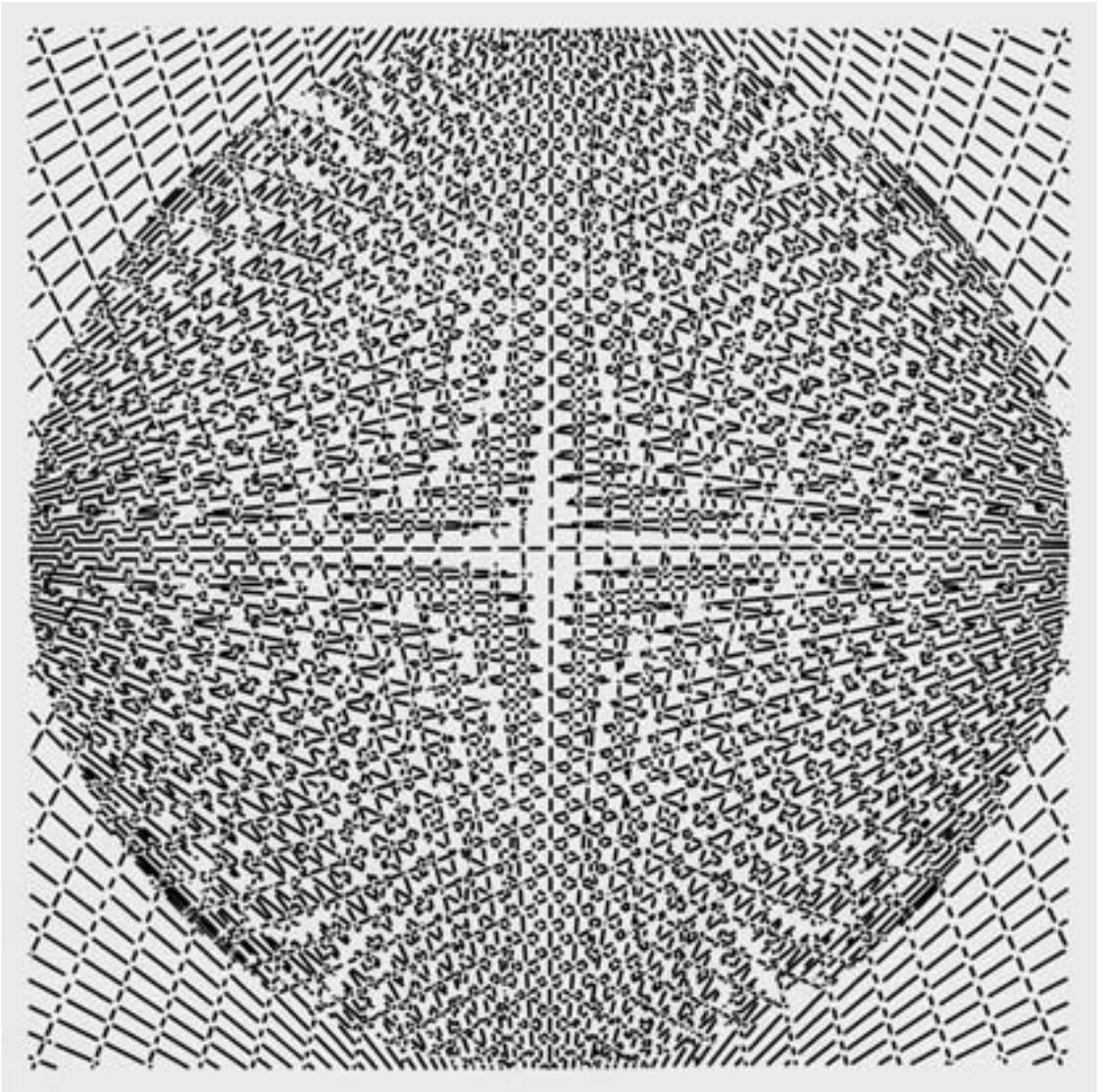
Chissà come sarebbe un mondo in cui questo potesse realizzarsi?

Il mondo pre-edipico degli Eden, forse.

A questo punto riprendiamo il discorso sulla ritualizzazione. Ricordo che io non do consigli pratici ma dico: «Proviamo a riassumere queste dee o figure archetipiche che attraversano Justine, che la possiedono».

Le elenchiamo:

- Lolita
- Circe
- la puttana
- la madre.



Dico: «Proviamo a disegnarle noi, queste figure. Può darsi che si definiscano meglio e siano più integrabili, meno disturbanti».

Insomma, se diamo un nome all'Olimpo di Justine, forse la danneggerà di meno, troverà motivo per separare bene e male, prendere forza dal bene per confrontarsi col male.

Però che sia solo lei a farlo non basta. Aiuterà anche noi a aiutarla. Provate a disegnare anche il vostro Olimpo e a confrontarlo con quello di Justine.

Tanto più che bisognerebbe disegnare anche ciò che non c'è ancora. La Grande Madre protettrice che salvi da Pan e dal dio del patriarcato. Questa assenza simbolica, infatti, produce mostri, follia, violenza non integrabile.

Come sarà la Grande Madre, il principio matriarcale che ristabilirà il giusto rapporto, paritario nella reciprocità, ma assolutamente altra nella differenza, col Grande Padre, il principio patriarcale?

Cominciamo almeno a pensare di immaginarlo. La cosa mi sembra molto importante perché unisce aspetti individuali e collettivi, noi e tutto ciò che di non integrabile Justine e Sofia rappresentano, la sintesi del passato e un progetto simbolico per il futuro da cominciare ad attuare da subito nel presente.

Improvvisamente ho colto tutto il valore transferale e controtransferale dell'inizio della supervisione. La dottoressa si era presentata a me come la bambina piccola, debole, malata, con tutta la seduttività di Justine, e il dottor Tranchina, come padre onnipotente, c'era cascato come una pera cotta. L'ha rassicurata, deresponsabilizzata completamente dicendole: «Non ti preoccupare piccola, ora il grande uomo risolve tutto per te». Non male come scissione dei ruoli e identificazione proiettiva!

Concludiamo abbastanza soddisfatti, e ci salutiamo prima delle ferie estive.

Finita la supervisione mi è però rimasta la sensazione che forse ho parlato troppo e ascoltato troppo poco. E questo, probabilmente, ha a che fare con la mia parte patriarcale non metabolizzabile. Poi fulmineamente colgo il non detto più profondo, inconfessabile per le operatrici, che la supervisione non ha svelato. Hanno accettato di essere lolite, seduttrici, puttane, madri buone e cattive, ma la cosa più difficile da accettare è il loro desiderio pedofilo per Sofia. Mica solo gli uomini desiderano le ninfette, e le donne? Questa parte innominabile del desiderio femminile, aspetta, che io sappia, ancora la sua Saffo, Fidia, per coglierla finalmente fino in fondo³.

Riscrivendo la supervisione ho capito anche un'altra cosa. Justine è Pan, ossia è lei che impersonifica il Dio che stupra, non è solo la ninfetta abusata. Bisognerà tornarci sopra⁴.

1. In una recente trasmissione televisiva sulla pedofilia, una magistrata siciliana ha sostenuto che è difficile perseguire i colpevoli perché le madri li proteggono. Infatti spesso non si crede alle vittime quando li accusano, e i figli violentati vengono tacciati di omosessualità.

2. A volte ho pensato che potrebbe essere utile strumento di formazione il confronto improvviso con figure diverse a livello fantastico. Una specie di teatro dell'impossibile con cui gli operatori possano sperimentare figure contrapposte reagendo loro in una situazione di apprendimento.

3. Ci troviamo di fronte a un elemento profondamente rimosso dell'inconscio istituzionale, infatti una madre può uccidere i suoi figli, ma non le è dato insidiarli sessualmente. Le è concesso di essere assassina, come controparte alla sua essenza angelica, pubblica moglie in contrapposizione alla custode privata del focolare domestico, ma non pedofila. Chissà perché? Forse perché in qualche misura la fusione è più intollerabile della violenza. Depersonalizza invece di ferire, uccidere.

Infatti il corpo della madre è stato così intimamente, (oscenamente?) coeso, tutt'uno, col corpo del figlio, della figlia, che qualsiasi desiderio sessuale rimanda alla precedente fusione svuotando di senso l'erotismo. Ma allora potremmo dire che le madri uccidono i bambini perché non possono possederli. Questo è vero, però, più a livello simbolico che concreto, il padre stupratore ha un utile immediato per il suo potere, ma la madre cosa ha?

Cosa può prendere del figlio, della figlia che già non sia stato suo, ma, specularmente, cosa le appartiene, cosa è suo, del figlio, della figlia, oggi, in questo mondo sempre meno garantito e sempre più dominato da globali principi maschili?

4. Situazioni limite come questa ci confrontano non solo con i nostri limiti ma anche con quelli delle nostre teorie, i valori dominanti della nostra cultura. L'accettazione della propria impotenza è però anche l'unica possibilità che abbiamo di sperare di superarla, di accedere al nuovo, al non detto.

Sulla supervisione vedi:

P. Tranchina, *Un sagittario venuto male, supervisione in salute mentale*, Ed. Centro di Documentazione Pistoia, 1998, e P. Tranchina, *Forme di vita. Supervisione, psicoterapia, la vora di équipe*, Ed. Centro di Documentazione di Pistoia, 2002.

Sulla inappropriata formazione degli psichiatri dei DSM italiani

FRANCO FASOLO

Descriverò la situazione con un'immagine. Se c'è da coprire un posto da primario in un DSM, ci sono elevate probabilità che il Direttore Generale dell'Azienda ULSS chiami lo psichiatra meglio referenziato da qualche grande Organizzazione Generosa e Munifica (OGM), perché almeno, con quella via di amministrazione, sa cosa aspettarsi.

Altrimenti, gli può arrivare di tutto.

La psichiatria accademica è – istituzionalmente – una gran troia, nel senso che allatta contemporaneamente tutti i cuccioli che le riesce di mettere al mondo: le sottosottospecialità psichiatriche. E questo va in ogni caso bene, certamente per tutti noi che apprezziamo i salami. Manca però – da parte della psichiatria accademica – l'apprezzamento del fatto che un buon numero degli specialisti che forma viene impiegato in quella peculiare impresa sociale che è la psichiatria pubblica.

La psichiatria pubblica è – invero – una strana impresa sociale, strana al punto che non fa neppure capo al Ministero degli Affari Sociali ma a quello della Salute. La psichiatria pubblica, infatti, deve promuovere la partecipazione della gente alla salute pubblica; deve far spendere il meno possibile alla gente stessa; deve inoltre giustificare la propria esistenza rispetto alle Forze dell'Ordine.

C'è un problema di fondo, naturalmente: la inesauribile bontà degli psichiatri che pensano di dover essere sempre solo-sufficientemente-buoni. Come tutti quelli che non hanno un mestiere ben formato, anche gli psichiatri, in questa eventualità, suppliscono alla propria mancanza di limiti tecnici ricoverando senz'altro i pazienti, e poi tenendoli ricoverati ancora al di là di ogni tempo debito.

Che sia ampiamente confermato il fatto che le psicoterapie – soprattutto di gruppo – riducono significativamente l'ospedalizzazione¹ sembra non riguardarli, ammesso che lo sappiano. Eppure, abbiamo accuratamente dimostrato anche che il ricovero (ospedaliero o residenziale che sia) è come tutti i farmaci più potenti: quando più risulta necessario, tanto più bisogna sorvegliarne i limiti iatrogeni; ma la sindrome

me da istituzionalizzazione è stata così puntualmente dimenticata che la cronicità è diventata una “patologia”, mentre è invece in misura prevalente l'effetto di qualche forma (pre- o post-moderna che sia) di istituzionalizzazione.

Siamo arrivati addirittura, a livello accademico *of course*, a riconoscere schizofrenicamente due distinte specie di psichiatria di comunità: quella con il nocciolo comunitario (*community-core*) e quella con il nocciolo ospedaliero (*hospital-core*): questa distinzione è davvero stramba. Il fatto è che dobbiamo ancora deciderci fra la mission immunitaria e la mission comunitaria.

Nel primo caso ospedalizziamo il paziente in un SPDC (Servizio Privato Di Comunità) oppure in una comunità terapeutico-riabilitativa protetta, per proteggerlo da tutti gli antigeni del mondo, siano psichici o sociali o di qualsiasi altro genere². Nel secondo caso attiviamo l'ospitalità, differenziata nel tempo, delle diverse comunità locali ma naturalmente vogliamo nel frattempo anche aiutarlo a esser più capace di cavarsela da solo, cioè a coinvolgere gli altri curandosi le proprie reti sociali con competenza.

Nel primo caso, naturalmente, siamo in buona compagnia: la mission immunitaria è infatti stata assunta dalla Sanità occidentale già a partire dal XVIII secolo³: ma la tolleranza ai problemi psicologici ed esistenziali non migliora anzi peggiora con questo modello assistenziale cronicizzante. Nel secondo caso saremmo anche in buona compagnia: la mission comunitaria è ben supportata dalle teorie – basate su solide evidenze empiriche – delle reti sociali⁴ e dei gruppi terapeutici⁵, oltre che lucidamente orientata dalla normativa socio-sanitaria italiana: e la gente guarisce prima e meglio; al bisogno si sente perfino libera di riammalarsi, se gli serve per i suoi sviluppi personali.

Ma così ci guadagna solo la gente, che sviluppa competenze di autosostenibilità, mentre il Privato Profit no – e questo è il vero problema delle politiche sanitarie pubbliche.

Molti psichiatri pubblici – non tutti, ma comunque troppi – non sanno neppure, in Veneto, della esistenza *effective* del Piano di Zona⁶,

ciò del fatto che la comunità locale agli affari sociali suoi ci tiene molto, perfino di più di quanto non faccia comodo ammettere a chi persegue piuttosto gli affari suoi.

Incominciando a finire, un primo riassunto sarebbe così: alla formazione degli psichiatri manca insomma già dalla nascita – dalla Scuola di specialità⁷ – quella parte essenziale della dieta formativa che sono le specifiche teorie, con le loro relative applicazioni, delle reti sociali e dei gruppi terapeutici; in assenza di queste teorie, il fatto che i gruppi terapeutici sono reti sociali intermedie fra quelle primarie e quelle secondarie⁸ non interessa quasi a nessuno psichiatra, al punto che pochissimi psichiatri si mettono ad usare e nemmeno ad imparare queste tecniche specifiche e basilari per la psichiatria pubblica.

In secondo luogo, alla formazione degli psichiatri manca, nella società globalizzante, il sufficiente supporto formativo sul lavoro, che come è noto è poi la sede formativa permanente più *effective* per tutti noi. Infatti gli stessi Direttori Generali, salvo rarissimi casi, che considero luminosi piuttosto che illuminati, della mission del servizio pubblico delle Aziende ULSS sanno solo quello che gli hanno raccontato i politici che li hanno insediati.

Descriverò la situazione dei nostri poveri psichiatri dei DSM con un'altra immagine.

A Padova ci sono finora due sole Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda ULSS (dato che le risorse sono limitate ne verrà attivata una terza al più presto).

Orbene, la cultura locale corrente parla di Azienda intendendo esattamente solo quella ospedaliera, e l'Azienda ULSS ciccia.

Per chi si scocciasse dell'eccesso di caustica concisione, chiarirò che ciò significa 1) non poter fare salami con la ciccia e 2) per gli psichiatri, lavorare in un contesto formativo-organizzativo in cui viene riconosciuta dignità e peso all'Azienda Sanitaria che produce solo prestazioni e Degenze in Regime Ospedaliero (DRG), e non viene riconosciuta pari dignità e peso all'Azienda Sanitaria che deve (saper) produrre, con appropriate tecniche eco-nomiche, salute individuale e collettiva e capacità partecipativa dei cittadini del suo territorio.

È ben comprensibile, allora, che molti psichiatri – in contesti istituzionali socioculturali e politici di tal fatta – tendano ad organizzare solo servizi ipo-sociali sufficientemente-buoni, e mostrino qualche difficoltà invece ad intendere come fondativo per tutti loro il compito specialistico di

costruire – e – concludere, con utenti pari ed estranei, gruppi sufficientemente-sociali⁹.

Insomma, come diceva il mio primo mentore gruppoanalitico, Fabrizio Napolitani che era anche – con assoluta coerenza – napoletano, e che ebbe cura paterna della mia traduzione dall'inglese (assumendosene lui la responsabilità) dell'edizione italiana di una *Introduzione ai trattamenti di gruppo in psichiatria*¹⁰: «è veramente un problema di *core*».

1. Huxley N., Parikh S., Baldessarini S.: *Effectiveness of Psychosocial Treatments in Bipolar Disorder: State of the Evidence*, Harvard Review of Psychiatry, vol. 8, n. 3, September 2000.

2. Fasolo F.: *L'impasto. Una metafora della psichiatria oggi*, Studi Zancan, marzo-aprile n. 2, 2003.

3. Esposito R.: *Immunitas*, Einaudi, Torino, 2002.

4. Berkman L., Kawachi I. (eds.): *Social Epidemiology*, Oxford University Press, Oxford, 2000.

5. Di Maria F., Lavanco G.: *Culture di gruppo*, Masson, Milano, 2002.

6. Benciolini P., Viafora C. (a cura di): *Etica e psichiatria. Dal manicomio al territorio*, Quaderni di Etica e Medicina, n. 6. C.I.C. Edizioni Internazionali, Roma, 1999.

7. Tansella M.: *Le radici psicosociali della psichiatria*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002.

8. Fasolo F., Tirelli M., Battocchio B., Berton A., Ferlin M., Gallini P., Padriali M., Tedeschi D.: *Il gruppo terapeutico come rete sociale "intermedia" e la carta di rete come tecnica specifica di "Mind-Imaging"*, Psichiatria generale e dell'età evolutiva, vol. 40, fasc. 2, 2003.

9. Fasolo F., Palena A. (a cura di): *Esperienze nei gruppi* 2001-2003, La Garangola, Padova, 2003.

10. De Mare P., Kreeger L.: *Introduzione ai trattamenti di gruppo in psichiatria*, Piccin Editore, Padova, 1978.

«Ha da passà 'a nuttata»

Psicodramma, lavoro clinico, istituzioni

PIERO FELICIOTTI

Parlerò della 180 partendo da un problema che alla legge di riforma psichiatrica deve molto, quello della comunità di lavoro. È una questione su cui continuo a interrogarmi perché molta parte di ciò che faccio si compie in istituzione. Ma anche perché la mia formazione è cominciata con lo psicodramma analitico. Ora lo psicodramma si fa in gruppo; e l'équipe istituzionale ripropone immediatamente la questione delle caratteristiche di una comunità di lavoro. Questi problemi, su cui Basaglia ha insistito per tutta la vita, hanno segnato l'evoluzione dei rapporti tra la psichiatria italiana, il vasto campo della salute mentale e la psicoanalisi. Che senso ha insomma parlare di gruppo e in particolare di psicodramma oggi, nel 2003?

Lo psicodramma freudiano arriva in Italia negli anni Settanta, con Gennie e Paul Lemoine che ne sono gli inventori. E sono gli anni dell'avventura basagliana: l'apertura dei manicomi, la politica anti-istituzionale, la ricerca concreta di un diverso modo di intendere la psichiatria. Sono anche gli anni della salute mentale; termine tipicamente basagliano, indica la ricerca di un nuovo metodo di lavoro che però finisce in *impasse* proprio per l'impossibilità di incardinare una clinica nel sociale: al suo posto, invece, un intervento nel sociale che mette tra parentesi la clinica. Basti ricordare l'avversione tutta basagliana per la diagnosi. Che ha una nobile ascendenza nella sospensione del sapere di ispirazione fenomenologica, ma che, invece di approdare ad un nuovo genere di diagnosi legata allo specifico del soggetto fra discorso scientifico e Altro dell'inconscio, si attesta su una diffidenza per la diagnosi *tout court*. Col risultato di promuovere un intervento di recupero e reinserimento sociale la cui eredità è raccolta paradossalmente dalla scelta "ateoretica" del DSM: pura rilevazione statistica, ma anche classificazione delle malattie mentali in vista dei costi della riabilitazione e dell'assistenza. Il DSM non è uno strumento neutro, ma un manuale di sociologia psichiatrica amministrativa. Non c'è dubbio, però, che gli anni '80 vivono nel fermento di questa sperimentazione. L'intuizione basagliana resta irrinunciabile: non si va più

alla ricerca di un perimetro istituzionale (manicomio, comunità, servizio, ambulatorio) definito per l'uso di determinate tecniche, ma di un metodo che attraversi le istituzioni sociali e quelle della cura. La seconda metà degli anni '80 e gli anni '90 registrano le difficoltà di questa impresa e il refluxo verso il privato, verso la moltiplicazione delle tecniche e la specializzazione degli interventi. Come entra la psicoanalisi in questo dibattito? Resta marginale, prima di tutto per l'avversione di Basaglia nei suoi confronti, avversione del tutto giustificata e ampiamente ricambiata. La psicoanalisi, comunque, continua ad essere considerata lo strumento principale di una formazione che va regolata nel privato. Io ho fatto la mia formazione analitica prima con lo psicodramma e poi nell'analisi individuale dal 1980 al 1992. E lo stesso si può dire per tutti i miei colleghi del collettivo di psichiatria che alla fine degli anni '70 animava la clinica dell'Università di Bologna. Pur militando da posizioni "basagliane", non dubitavamo che una tale formazione fosse il fondamento più solido per il nostro lavoro. Salvo vedere come questa formazione passa poi nell'istituzionale, cioè nel gruppo. Qui, oltre le comunità inglesi, ci sono due strade: la psicoterapia istituzionale (di cui la cosiddetta clinica del preliminare è una derivazione) che nasce in Francia dove c'erano ancora i manicomi; e poi c'è la via italiana che resta marcata da una contrapposizione tra pubblico e privato perché in Italia i manicomi non c'erano più. Diciamo che, in assenza di una teoria della clinica nel sociale, si elabora una clinica sociale post-istituzionale nel pubblico, e poi tutta una serie di cure "psico" nel privato. Il che significa però che vengono deluse le speranze di trovare un luogo, uno spazio, un'articolazione originale tra soggetto dell'inconscio e gruppo sociale. Si elaborano modelli basati sull'interpretazione applicandola ad un contesto come quello istituzionale-grupale che di per sé non lo presuppone affatto; contemporaneamente si continua a lavorare per mandare il paziente dall'analista, fuori o dentro l'istituzione. Lo psicodramma, pur essendo uno strumento molto più originale e con delle potenzialità sicuramente superiori rispetto ai gruppi

alla Foulkes o al gruppo operativo di Bleger, risente di questa scissione: entra nel dibattito clinico essenzialmente come una tecnica terapeutica applicabile anche nelle istituzioni; e poi viene utilizzato come strumento di formazione e di supervisione per psicoterapeuti di gruppo. Così, per tutti gli anni '80 e per buona parte dei '90, si continua a discutere se lo psicodramma sia o no un'analisi, se sia come l'analisi o diverso dall'analisi e così via. Su questo punto possiamo chiudere la discussione dicendo che si tratta di due tecniche differenti che rispondono però allo stesso metodo: lo psicodramma ha effetti analitici diversi dall'analisi individuale, ma la sua logica è la stessa del discorso analitico.

Quindi, il passaggio che non siamo riusciti a fare negli anni '80 è stato l'uso del concetto di discorso, che permette di articolare fra loro le quattro forme del legame sociale in ognuna delle quali il soggetto prende un posto diverso: discorso analitico, discorso del sintomo, discorso sociale e discorso scientifico. Allora, l'invenzione dello psicodramma da parte dei Lemoine rappresenta l'intuizione che c'è bisogno di un nuovo metodo di lavoro perché il contesto terapeutico sta cambiando: sia nei rapporti tra soggetto e gruppo, sia nell'istituzione psicoanalitica, sia nelle istituzioni di cura. Negli anni '70 non siamo più dentro la repressione sociale del desiderio, ma entriamo nell'epoca molto più subdola della gestione del godimento generalizzato (che ora si chiama *deasese management*). Quindi, il termine salute mentale coniato in quegli anni e che di lì a poco si sposerà benissimo con il DSM è il riconoscimento implicito che il campo (e il concetto) della salute mentale in realtà non esisteva più. Nel 1970, per esempio, Lacan parla già di campo del godimento, non di campo della salute mentale e nemmeno di campo analitico. Decretando così, con dieci anni di anticipo rispetto a Basaglia, che la salute mentale non è più un dominio chiuso, che le barriere erano cadute, che i luoghi terapeutici esplodevano, che i significanti principali che strutturavano l'area delle cure in compartimenti ben definiti (psicoterapia, psicotecniche, psicoanalisi, farmacologia, riabilitazione...) non tenevano, che l'opposizione tra pubblico e privato stava saltando sostituita dal mercato del godimento e delle psico-tecniche, dove si alimenta una domanda di benessere e di soddisfazioni sempre più estesa e incontrollabile. La felicità, diceva Lacan nel 1970, è un fattore della politica. Si rendeva così necessaria una nuova psicopatologia della vita quotidiana, in un discorso sociale dove il soggetto si muove appa-

rentemente più libero di scegliere tra varie risposte "terapeutiche", che vanno dalla psicoterapia al massaggio alla pensione di invalidità, ma in realtà vagando nella società, nella sua vita e nelle istituzioni, e passando da una risposta preconfezionata all'altra senza che la sua domanda possa agganciarsi a qualcuno.

Rileggendo oggi il libro dei Lemoine sullo psicodramma ci si rende conto che essi cercano un posto per il campo analitico nel nuovo contesto in cui la realtà, come dicono esplicitamente nel capitolo dedicato al *Maggio 1968*, preme da ogni parte e sovverte il discorso dell'inconscio. A mio giudizio, lo strumento che avevano inventato è la nuova versione dell'apparato psichico nella postmodernità, che sta con un piede nella psicoanalisi e con un altro nella "soddisfacente realtà", come dirà più tardi Gennie Lemoine, cioè nella vita, nel gruppo. Dove gli effetti terapeutici di qualsiasi gruppo sono quelli del legame sociale in una psicopatologia quotidiana e collettiva il cui prototipo è l'*addiction*. Il discorso sociale è toccato dalla crisi della funzione paterna ed è per questo che si confondono realtà reale e spazio analitico dove si sperimenta il privato del proprio fantasma: la realtà mostra il fantasma che la sosteneva (velando il Reale) e lo realizza. La "soddisfacente realtà" è il campo del godimento. Il discorso sociale ci dice oggi che è impossibile non tenere conto di questa realtà del legame come terapia, cioè come trattamento dell'impossibile da sopportare in un possibile da dire. E questo perché la felicità privata è un fattore "pubblico" e non più qualcosa di cui si occupa la "terapia". Per la psicoanalisi è anche un vantaggio perché rientra di diritto nella sfera dell'etica pubblica uscendo dal confine della regolazione della propria "realtà interna". Perché l'inconscio è il discorso storico sociale e concreto in cui il soggetto nasce. Ma è anche uno svantaggio, perché la particolarità del mio intimo, del mio fantasma è ora amministrata sul mercato delle psicotecniche e dei mille rimedi offerti ad un soggetto sempre più alla deriva. L'analista allora è chiamato a sostenere una funzione politica. Non della politica politicante, come Gennie Lemoine dirà in *La storia a rovescio*. Bensì nel senso della *polis*, delle istituzioni in cui aprire un varco al discorso inconscio perso nelle identificazioni gruppali. Impresa ardua, perché l'approccio istituzionale è disperso e c'è bisogno di un'integrazione, come si dice oggi; ma gestire i transfert laterali su questi molteplici attori è assai difficile. E

ci vuole un lavoro di équipe, di gruppo. In Italia la riforma psichiatrica e la politica anti-istituzionale non hanno prodotto un metodo clinico adatto a recuperare il soggetto in questa situazione di dispersione diagnostica e terapeutica. Ne consegue che:

a) si perde la traccia del soggetto e del suo inconscio, perché la diagnosi classica di stile ottocentesco almeno tentava di recuperare qualcosa della storia familiare e soggettiva, mentre ora la diagnosi è già fin dall'inizio condizionata dal recupero funzionale e comportamentale. Per non buttare ancora la croce sul DSM, basta ricordare tutta l'insistenza sugli standard, sui protocolli terapeutici e sui "rimedi di evidente efficacia".

b) L'impostazione cognitivo-comportamentale finisce per essere l'erede che gestisce lo spazio globalizzato post-istituzionale che la 180 aveva aperto. La riabilitazione, criterio oggi imperante, diventa il ghetto della rieducazione sociale. E serve da modello ispiratore per molti altri interventi: la politica della riduzione del danno nelle tossicodipendenze, per esempio. Oppure la rieducazione funzionale del comportamento alimentare che viene somministrata in gruppo alle anoressiche.

Nell'istituzione globale (erede dell'istituzione totale) non c'è Tutto, non c'è Uno, non c'è eccezione. Non c'è preliminare. Nell'istituzione socio-sanitaria il preliminare non finisce mai, semplicemente perché il soggetto passa da un nodo all'altra della rete. Per ovviare all'inconveniente oramai tutti parlano di progetto individualizzato, da gestire caso per caso nel quadro di una serie di regole e di protocolli terapeutici accreditati secondo uno standard. Soluzione formale che tenta di incanalare la domanda a priori, ma evita la questione essenziale.

In un contesto caratterizzato da una liberalizzazione delle cure e quindi da una domanda frammentata e ingovernabile, il problema principale è il *transfert*. Che, in fin dei conti, si pone sempre come qualcosa che trasgredisce il protocollo e senza il quale non c'è soggettivazione possibile. Il *transfert* richiede dei soggetti che investano libidicamente qualcosa, ed esige qualcuno che se ne faccia il supporto, senza attenersi rigidamente alla regola ma senza negarla. Queste condizioni sono molto difficili da stabilire nel circuito socio-sanitario, fatto di servizi multipli (come un sistema a scatole cinesi), di identificazioni instabili e concorrenti. L'istituzione ASL, per esempio, è un'Entità Supposta Sapere che rimanda il soggetto da un presidio all'altro, alimentando perennemente la supposizione.

In questo rinvio infinito sta il lato peggiore di una terapeuticità del legame sociale che spinge alla cronicizzazione. Dunque non si tratta di incoraggiare qualsiasi pratica, ma di assumerla criticamente indirizzandola e lavorando per il *transfert*. Più che di una soglia da superare si tratta di un litorale che si rimodella molte volte finché il soggetto non ne riceva una scansione. E, con questo, siamo al cuore della logica dello psicodramma. Un'équipe che funzioni secondo l'etica analitica nel nuovo contesto delle cure è un'équipe che lavora dentro un gruppo di psicodramma.

Questo lavoro però si può sostenere solo su un atto soggettivo in cui l'operatore mette in gioco il proprio desiderio e si fa portavoce di quello del soggetto. È un atto simile a quello dell'animatore che in psicodramma, ad un certo punto, ti chiama fuori dal gruppo e ti dice: «Bene, giochiamo». E con questo determina un cambiamento di discorso. O meglio, l'operatore sa solo a posteriori e dalla risposta del soggetto se questo cambiamento di discorso c'è stato e se ha avuto per il paziente effetti di soggettivazione. L'atto ha sempre qualcosa del dono: se c'è stato l'operatore saprà di aver donato qualcosa, di aver messo in gioco qualcosa del proprio essere e non solo del proprio ruolo. E si ritroverà cambiato, come pure il paziente. Non si tratta dunque solo dell'ascolto, perché oggi di ascolto ce n'è a iosa, tutti ascoltano e vogliono ascoltare. Si tratta piuttosto di sapere che bisogna dare un taglio all'ascolto, cioè bisogna scegliere. Ma a ragion veduta. Il che presuppone un lavoro di costruzione del caso e di supervisione in gruppo per verificare che l'atto di cui ci si assume la responsabilità non sia un arbitrio legato ad un "eccessivo" investimento personale ma un intervento che tiene conto del punto di soggettivazione possibile del paziente.

Tirare fuori il soggetto dal gruppo, ecco la logica dello psicodramma. Preziosa logica. Che significa dividere il soggetto, ma anche seguirlo nelle sue vicende col legame sociale. La realtà socio-sanitaria è il discorso anonimo di un soggetto che si muove in modo ripetitivo nel campo del godimento: allora bisogna seguirlo e trovarlo questo soggetto del godimento, in una costruzione che corrisponde all'ascolto che l'animatore del gruppo psicodrammatico applica al discorso anonimo, metonimico e transitivo del paziente. Per poi operare un taglio che faccia cambiare discorso e porti il soggetto verso la divisione significante. Spesso questo taglio non è dato sempre dallo stesso operatore, ma è sempre individualizzante e soggettivante.

INDICE

Il campo etico della Legge 180
di Francesco Stoppa

PAGINA TRE

Venticinque anni dopo, ancora **Testimonianze a tutela della Legge 180**

La psichiatria non ha bisogno di leggi speciali
di Ferruccio Giacanelli

PAGINA SETTE

La scelta di campo – Intervista a Peppe Dell'Acqua
a cura di Anna Poma e Mario Colucci

PAGINA NOVE

Il revisionismo psichiatrico italiano dopo il 1981
di Sergio Piro

PAGINA QUINDICI

E vestiva gilet... Franco Basaglia
di Maurizio Bait

PAGINA VENTITRE

Verso una Legge «181»?
di Angelo Cassin

PAGINA VENTICINQUE

Vecchie e nuove istituzionalizzazioni
Intervista a Franca Ongaro Basaglia
a cura di Lucio Schittar

PAGINA VENTISETTE

Oltre la cittadinanza: i diritti della follia
di Mario Colucci

PAGINA VENTINOVE

Non sono più quei tempi
di Pier Aldo Rovatti

PAGINA TRENTAQUATTRO

Venticinque anni dopo, ancora
di Carlo Viganò

PAGINA TRENTASEI

Salute mentale e comunità

Comunità e responsabilità

di Maria Bonato

PAGINA QUARANTADUE

La Comunità, culla del vivere civile

di Fulvio Tesolin

PAGINA QUARANTASEI

Legge 180 e Cooperazione Sociale
*a cura di Daniela Bortolin, Fabio Fedrigo,
Ardea Moretti e Roberto Muzzin*

PAGINA QUARANTOTTO

Il ruolo dei familiari nella tutela della salute mentale

di Tali Mattioli Corona

PAGINA CINQUANTAQUATTRO

La follia del lavoro

di Franca Fornasieri

PAGINA CINQUANTASEI

Formazione

Lolita, una supervisione d'équipe

di Paolo Tranchina

PAGINA CINQUANTOTTO

Sulla inappropriata formazione degli psichiatri dei DSM italiani

di Franco Fasolo

PAGINA SESSANTASEI

«Ha da passà 'a nuttata»

di Piero Feliciotti

PAGINA SESSANTOTTO

