

FRONTIERE DEL PRESENTE

25

Francesco Blasi – Antonio Mancini

TORTURARE
E CURARE
Un delirio psichiatrico



LA CITTÀ DEL SOLE

In copertina: *Υπατία* di Tatiana Taddei, tecnica mista.

EDIZIONI «LA CITTÀ DEL SOLE s. r. l.»
Napoli

ISBN 978-88-8292-320-4

INDICE

<i>Prefazione</i>	p. 7
Capitolo I La scomparsa della follia	17
Capitolo II Psichiatria, riduzionismo biologista, contenzione	23
Capitolo III Cronache psichiatriche	39
Capitolo IV Psichiatria a Napoli: feste farina e forca	55
Capitolo V Salute mentale oggi a Napoli: il comitato di lotta per la salute mentale	65
Capitolo VI Proposte	77
Conclusioni	87
<i>Bibliografia</i>	95

PREFAZIONE

Il torturato tortura
i sogni del suo carnefice
(Galeano E., 1993)

In questo piccolo manuale pratico di resistenza umana diremo di tortura e psichiatria. E quindi anche di contenzione fisica, abuso farmacologico, abbandono, violazione dei diritti alle cure elementari, esclusione sociale.

Naturalmente la tortura non appartiene solo alla psichiatria.

Il sistema sanitario pubblico italiano, frutto di una stagione di avanzamento e conquiste sociali importanti, mostra oggi, nel dispiegarsi pieno della oggettivazione dell'uomo e di ogni suo desiderio, paura, angoscia, il suo carattere di oppressione e selezione. Esso funziona come prevenzione e terapia delle multiformi patologie del potere, che va allevato, amato e intensamente curato.

Il torturatore e il boia, come il carceriere, la prostituta e lo psichiatra, sono indiscutibilmente accomunati dall'etica borghese della cura, verso cui sono protesi senza soluzione di continuità.

La sofferenza altrui diverte. Senza sangue e volgarità eccessive chiunque è attratto dal potere e dall'umiliazione di una vittima. Piace percepire la sofferenza del perdente ed è facile trovare un motivo razionale per occuparsi per ragioni etiche o scientifiche del dolore di un essere senziente. Le ideologie di copertura sono pronte lì per ogni operazione.

Il capitalismo appare premessa ineludibile della necessità della schizofrenia così come oggi comunemente

la intendiamo. Sostiene Devereux che sia di fatto quasi incurabile, non tanto perché sia dovuta a fattori organici, ma perché i suoi sintomi principali sono sistematicamente mantenuti in vita da alcuni valori specifici della nostra civiltà (Devereux G. 1980).

La globalizzazione capitalistica ha esportato con successo la forma mentis schizofrenica, contribuendo all'erosione progressiva della sua inderivabile incomprendibilità e alla proliferazione di schizofrenie locali. Si impongono l'autismo digitale, l'inaffettività mediatica, la banalità della perversione, la società liquida, la mafiosità disvelata.

L'arroganza del capufficio, il bullismo scolastico, il nonnismo nelle caserme e gli abusi sessuali rientrano nella stessa categoria delle perversioni maggiori e degli omicidi seriali.

La differenza è di grado, non di sostanza.

La tortura, se eseguita professionalmente senza adesione emotiva, permette di metabolizzare la colpa, e il tutto a spese di una vittima sana e vitale, che perderà il rispetto di sé: in una parola la sua unicità e irripetibilità.

Il torturato cambia insensibilmente le sue coordinate esistenziali, si vuole colpevole, dissociato, inutile, progressivamente persuaso della sua irrimediabile inesistenza. La stessa che il burocrate del sistema torturante tenta di allontanare senza troppo successo da se stesso.

Il sistema¹ torturante cattura in un dedalo semantico insieme paradossale, ambiguo e falso il suo sventurato oggetto, che si consegna, più o meno consapevolmente, al suo persecutore, umiliandosi per le sue colpe, sanando il suo crimine fantastico, delitto immaginario

¹ Un sistema è un insieme di parti funzionanti come un intero. Se complesso i suoi componenti si autoorganizzano per formare strutture evolutive caratterizzate da una gerarchia di proprietà sistemiche emergenti.

impostogli dal torturatore insieme allo status ontologico di vittima. Il sistema torturante presenta una struttura disomogenea, dove l'invarianza di scala² riferita alla fisica del potere si rivela in maniera capricciosa, a volte prevedibile, altre meno. Il sistema torturante globale ha sicuramente una natura invariante a livello europeo. Sappiamo tutti ad esempio che i negoziati sul debito greco tra i ministri delle finanze dell'Eurogruppo e il governo di Alexis Tsipras non hanno via d'uscita.

«Perché non nascono soltanto da opposte ideologie politiche, da diagnosi diverse sull'origine della crisi economica, ma dalla patologia strutturale del mondo globalizzato: il divorzio tra il potere e la politica. Da una parte c'è la politica degli stati-nazione, ancorata ai confini nazionali, priva degli strumenti per soddisfare le richieste degli elettori, dall'altra il potere sovranazionale della finanza e dell'economia, che non risponde all'elettorato ma agli azionisti e al profitto. [...]Di sicuro, stiamo assistendo a un altro round di un tiro alla fune, in cui i valori, i principi, le idee su ciò che sia giusto e sbagliato non sono che postille[...].Più che a rivelare la sostanza della posta in gioco, i concetti di giusto e sbagliato servono a camuffarla. Riducendo la questione all'essenziale, potremmo dire che è in atto un confronto tra i portavoce dei greci, ridotti a una condizione apparentemente inarrestabile di crescente miseria, e quelli dei poteri finanziari. [...] Da una parte i poteri finanziari sono liberi di "investire" o "disinvestire" dovunque vogliano, in qualunque momento desiderino, liberi perfino di bistrattare la politica, che si presume sia l'angelo custode dei valori, inclusi quelli morali; dall'altra parte, la politica non può mostrare alcun muscolo per condizionare, e tantomeno obbligare, i poteri finanziari a investire in momenti e luoghi precisi o per farli desistere dalla tentazione di disinvestire».

(Bauman Z. 2015).

² Una struttura è frattale se mostra una forma molto irregolare, interrotta o frammentata, invariante in qualsiasi scala venga esaminata (Mandelbrot B. 1975).

Sotto altri profili, invece, la microfisica del potere del sistema torturante a livello individuale e subindividuale presenta dinamiche del tutto peculiari e irriducibili a qualsiasi considerazione che non sia non lineare e controintuitiva.

Il pregiudizio positivo sulla natura umana oscura il sistema normativo del sistema torturante, nel quale chi si scusa è sempre colpevole, e il ruolo degli spettatori, torturatori ausiliari.

Ogni abuso che infligga dolore gratuito a un essere senziente rientra nella sfera della perversione morale, psicologica, politica o sessuale, e anche il sadismo socialmente accettabile può affinarsi impercettibilmente, raggiungendo livelli di estrema ricercatezza. Parole innocenti, allusioni, e silenzi mutano lentamente, astratti e venefici, erodendo nella vittima la possibilità di domandare aiuto, se non della stessa cognizione del pericolo.

Il sistema torturante sviluppa spesso, in contesti adeguati che lo richiedono, un manierismo di purezza, che innalza il torturatore in alto, con la coscienza libera da conflitti, scaricati agilmente sull'oggetto delle sue cure.

Il paradigma del torturatore è il medico.

Come lui deve eccellere in diagnosi, prognosi e terapia, e possedere un sistema nosografico efficace ed efficiente. L'obiettivo non è la distruzione, ma la soggezione psicofisica del torturando³. Gli psichiatri sovietici, ad esempio, elaborano il concetto di *schizofrenia torbida*⁴,

³ La vittima scopre a sue spese la valenza metaforica del teorema di incompletezza di Godel: "Per ogni sistema formale di regole ed assiomi è possibile arrivare a proposizioni indecidibili, usando gli assiomi dello stesso sistema formale". Il sistema formale in questo caso è il circuito perverso aggressore-aggregato-spettatori pseudoneutrali con le sue regole implicite che tende assumere caratteristiche non lineari.

⁴ L'inventore della parola *schizofrenia*, Eugen Bleuler, battezzava la condizione di alcuni sfortunati reclusi nei manicomi con il nome

non evolutiva, derivata dalla forma simplex della dissociazione bleuleriana, che nei regimi stalinisti incardinati sul capitalismo di stato fu usato per internare i dissidenti esaltandone l'ambiguità (Garrabé J. 1992).

Il sistema torturante ha una sua razionalità forte, compatibile con la normalità socialmente percepita, ma certo il sadismo aiuta le sue pratiche più efficaci.

I sadici più seduttivi sono spesso ammirati, invidiati, temuti e coccolati, come dei simpatici gattoni prepotenti. Moralisti e manipolatori, sembrano dotati di risorse straordinarie. Semplicemente sfruttano bene un intelletto spesso modesto, dominando facilmente l'ambiente circostante, alleandosi con i più capaci e i più ingenui, dividendo con precisione gli uni dagli altri. Se professionalmente abili, scalano le posizioni nonostante le loro modeste competenze, e non grazie a loro. In posizione di comando, relegano la conoscenza tecnica nella zona medio-bassa del potere, che saccheggiano a basso costo distribuendo in cambio sorrisi, medagliette e perline colorate. Quando il sangue è finito, e i vampirizzati si aggirano anemici, plagiati e confusi, bisogna sbarazzarsi delle salme, la fase più molesta dell'intera procedura torturante.

Separazioni, licenziamenti e internamenti psichiatrici sono esiti frequenti.

Talvolta, dopo molte sofferenze, assistiamo alla ribellione al sistema torturante fino all'omicidio d'impulso, o al suicidio, in un'unica soluzione o più spesso a rate, circondato dall'indifferenza o nel migliore dei casi dall'impotenza del gruppo dei pari.

Il sistema torturante si radica definitivamente banalizzandosi, con la complicità del circuito mediatico, che

di "sindrome delle quattro A": Associazione alterata (dissociazione), Affettività inadeguata, Ambivalenza, Autismo.

pratica sistematicamente la cosmesi semantica della sovrapposizione e dell'orrore. Del resto tutti noi abbiamo, in grado variabile, torturato gli animali e le piante di cui ci nutriamo dopo averli sottoposti a sofferenze straordinarie e nascoste. Ma è pericoloso estendere eccessivamente il concetto, perché la tesi della perversione universale fa parte dell'arsenale retorico della pedofilia militante, o del relativismo culturale portato alle estreme conseguenze, ed è facile che la tortura del più debole sia considerata senza residui un fenomeno fisiologico.

Gli operatori (medici, magistrati, poliziotti *et alii*) del sistema torturante globale sono colpiti il più delle volte da una sorta di "agnosia del male", ovvero dall'incapacità non di percepire l'atto malvagio, ma di dare ad esso un senso condiviso. Ma più spesso si tratta di un uso sofisticato di una pervicace ma del tutto comune omertà.

Non identificare la tortura, o rifiutarsi di condannarla significa di fatto accusare la vittima. Qualunque psicopatologia, endogena o post traumatica, può correlarsi in varia misura al vissuto di persecuzione e alla percezione di una tortura. Chi subisce una tortura psicologica può reagire in maniera speculare nei confronti del torturatore. Ma all'inizio si può esserne inconsapevole e tale confusione può indurre un osservatore esterno a non riconoscere un abuso, se il persecutore è autorevole. La vittima non si fida delle sue percezioni, sospettando di essere colpevole, oltre che delirante. E se pure superasse un tale dubbio, avrebbe tuttavia la sicurezza di non sapere narrare compiutamente delle circostanze che potrebbero venire percepite all'esterno evanescenti e prive di rilevanza. In assenza di una reazione appropriata, si attiva inesorabilmente e automaticamente il *sistema torturante implicito* che si sviluppa nel silenzio e nell'isolamento delle vittime. Un tale annichilimento esistenziale, che infiltra progressivamente il mondo del

paziente, la sua percezione spazio-temporale, e la relazione con il proprio corpo è una eventualità costante di qualsiasi gruppo naturale.

Il perverso è spesso un abile sofista, divide per impinare, delle persone misura solo il loro potere, o la loro utilità. Non di rado riesce a convincere la vittima della giustezza della sua persecuzione, facendo leva sul suo vischioso moralismo. Per ottenere questo risultato, il paradosso è uno strumento molto efficace. All'interno di una relazione di subordinazione, palese o mascherata, l'esposizione prolungata alla perversione grammaticale e sintattica rende difficile la distinzione semantica fra linguaggio e metalinguaggio instaurando gradualmente una equazione sadica tra l'errore e la colpa.

Questo accade perché i circuiti perversi del sistema torturante sono estremamente complessi, controintuitivi, non-lineari, spesso riconoscibili esclusivamente dall'esterno, capaci di condurre la vittima ad una subdola follia del dubbio.

Come ci racconta Dinucci in un suo articolo apparso sul quotidiano "Il Manifesto" nel 2004, *Il Human Resource Exploitation Training Manual-1983*, usato dall'esercito Usa in Honduras come manuale pratico di tortura, insegna che «il senso di identità di una persona dipende dal continuo contatto con ciò che la circonda», e che la prigionia deve essere «pianificata per dare al soggetto la sensazione di essere tagliato fuori da qualsiasi cosa conosca e lo rassicuri» (Dinucci M, 2004). Il manuale affronta quindi il capitolo del dolore, avvertendo che, «quando è inflitto dall'esterno, può rafforzare la volontà del soggetto di resistere». Il metodo più efficace è quello che sia «lui stesso a procurarsi il dolore che sente». Ad esempio, «se il soggetto è costretto per lungo tempo a mantenere una posizione rigida, come quella dell'attenti, o stare seduto in posizione scomoda su uno

sgabello, la fonte immediata del dolore non è l'inquirente ma lui stesso: il suo diviene quindi un conflitto interno». La situazione del prigioniero incappucciato che, ad Abu Ghraib, è costretto a stare in equilibrio su una scatola con in mano degli elettrodi che gli danno la scossa se mette i piedi in terra, altro non è che una variante di questa tecnica (Dinucci M. 2004).

In una relazione aggressore-vittima, solo il primo può provare il piacere che deriva dall'esercizio del potere, nel caso sia un perverso, mentre la vittima soffre senza alcuna gratificazione, confusa, perplessa, colpevole, e colma di vergogna.

Nel film *Angoscia (Gaslight)* diretto da Georg Cukor nel 1944, Charles Boyer tortura la moglie psicologicamente (Ingrid Bergman) rendendola incerta delle proprie percezioni, per derubarla, arrivando a modificare la luce delle lampade a gas della casa. Dal titolo originale, *Gaslight*, deriva il termine *gaslighting*, che indica una condotta finalizzata far dubitare una persona del proprio esame di realtà.

Veniamo alla psichiatria.

Da tempo noi, i due autori, che lavoriamo in un servizio di salute mentale di Napoli ed entrambi siamo membri dell'associazione Sergio Piro, avevano introdotto nel nostro lessico privato la parola *tortura* per descrivere quanto accadeva ai sofferenti psichici nel loro rapporto con gli apparati istituzionali. Noi cerchiamo di curare e aiutare sofferenti, usiamo medicine, facciamo attività politica nel settore. Dopo la sentenza di Strasburgo sui fatti di Genova del 2001, abbiamo deciso di rendere pubbliche le nostre riflessioni per cercare di sensibilizzare quante più persone a quanto accade e continua ad accadere ai sofferenti psichici. Questo piccolo contributo scritto in forma volutamente assertiva, apodittica, talora provocatoria, muove dal lavoro sul campo a Napoli. È

quindi frutto di esperienza circoscritta ma noi riteniamo Napoli, nel bene e nel male, il caso particolare di una condizione umana molto più vasta.

Abbiamo deciso di utilizzare, correndo rischi vari e gravi, parole note del lessico psicologico-psichiatrico per non appesantire il discorso.

Infatti parole come *psiche*, *mente*, *salute* con i relativi aggettivi dovrebbero essere utilizzate con grande prudenza. Perché spesso si riferiscono a significati ambigui, come *psiche* sospesa tra *mente* e *anima*. O a significati operazionalmente agibili in contesti diversi di ricerca come *mente*, che in psicologia cognitiva e sperimentale ha un senso, e non ne ha o ne ha uno molto ristretto in pratiche di cura e di descrizione di vissuti. O ancora a significati molto generici anche se apparentemente intuitivi, come *salute*, che se unito a *mentale* finisce quasi sempre per indicare una norma sociale a cui adeguarsi.

Questo lavoro non è, né vuole essere, un saggio ben confezionato né una lucida e compiuta descrizione di (o un discorso su) qualcosa. Non vuole essere una fotografia, né una dissertazione, ma esprimere un punto di vista che possa essere utile a capire, comprendere, trasformare. Ovvero uno strumento di lotta.

Capitolo I

LA SCOMPARSA DELLA FOLLIA

Che fine ha fatto la *follia*? Dove si è inabissata e in quale piega del linguaggio è scomparsa? Nessuno sa più che farsene della sofferenza psichica, molti si affrettano a coprire i vuoti che si aprono come voragini. Oggi la chiusura dei manicomi criminali è la nuova tavola imbandita per psichiatri democratici, per assorti direttori di dipartimenti di salute mentale, per associazioni territoriali, per intellettuali di sinistra. Nel vuoto fragoroso di un pensiero antropologico territoriale mai nato, nel vuoto della pianificazione di un programma di ricerca sulla sofferenza tra cura e liberazione, molti si ritrovano a spendere le solite parole in convegni multipli e in assemblee afasiche.

Nasce l'esperto della lotta antimanicomiale, neo-direttori amministrano pazienti e risorse in un vuoto culturale angoscioso tra il dilagare di perversioni di ogni tipo. Oggi i folli possono chiedere altro che torture e psicofarmaci?

Il sistema torturante implicito al servizio dello stato esige che il loro corpo soffra per distribuire la pensione e l'assegno di accompagnamento.

Nella città di Napoli, nel meridione di un'Europa che si dice solo come eurozona, là dove la disoccupazione giovanile supera il 40% della popolazione, l'assegno di invalidità e quello di accompagnamento sono talvolta l'unico mezzo di sostentamento di intere famiglie. Lo psichiatra finge di non sapere che laddove è così alta la

disoccupazione, laddove è così fuliginoso e impalpabile l'orizzonte, la cura della sofferenza grave psicotica è semplicemente una presa in giro: i due, il paziente e lo psichiatra, seduti ai due lati della scrivania tessono la commedia e il rituale della consultazione medica. Sullo sfondo una cartella clinica, una diagnosi, un farmaco *long acting*, un assegno contro la fame.

Gli esperti di biopolitica sanno che gli orrori del manicomio criminale sono null'altro che buffetti sulle guance rispetto al sistema torturante implicito globale. Gli psichiatri fingono di non aver letto Foucault e di dimenticare che il gesto liberatorio di Pinel, che sciolse il folle dalle catene, servì anche a moralizzare e normalizzare la vita insensata degli alienati.

La follia è scomparsa. Il sapere psicologico-psichiatrico di un tempo, oggettivante ma incredulo, sadico ma desideroso di conoscere il suo oggetto, ha abdicato sommerso dagli psicofarmaci e dai manuali statistico-diagnostici voluti dalle multinazionali dello psicofarmaco.

Lo psichiatra manicomiale, ansioso di liberarsi del suo senso di colpa e di inutilità si è convertito rapidamente alla psichiatria territoriale e insieme con lui sono comparse nuove figure pronte ad occuparsi di sofferenza, pronte a divenire punto di riferimento sociale e politico.

Le organizzazioni sindacali, un tempo elemento determinante nel superamento dei vecchi manicomi, rivestono ormai un ruolo importante nell'organizzazione dei dipartimenti e nella gestione diretta della sofferenza psichica, boccone succulento nel corpo di una sanità regionale emaciata e corrotta.

Le cooperative sociali e tutto il grande e promettente lavoro volto all'inclusione sociale medesima appare ormai come null'altro che un vuoto meccanismo distributivo di piccole prebende, un piccolo tassello del grande affresco dello sfruttamento capitalistico della follia.

Il terribile e misterioso crogiuolo della sofferenza individuale e collettiva, la chiusura degli orizzonti di trasformazione politica, la diffusione planetaria di stili e comportamenti distruttivi, il riaccendersi di fanatismi ideologici e religiosi, il sovrapporsi di identità forti e la supina accettazione di ogni residuo sentimentalistico del passato, lasciano soli e sgomenti tutti noi, giovani e vecchi. Noi, che guardando avanti senza più alcun rispetto e rigore, ci precipitiamo verso un futuro che non ci appartiene e che non possiamo anticipare, riparati dalla maschera stolidità e feroce della conoscenza a buon prezzo, dell'ideologia di copertura, dell'intrattenimento consolatorio, della facile rima-sticazione dei luoghi comuni di un passato che non passa.

La follia si globalizza e perde così il suo contatto con il mondo proprio, con la terra, con i costumi, con il patrimonio culturale e ideologico di quel luogo geografico. Diventa un non luogo psichicochimico.

È noto che il senso di globalizzazione è, ancor prima che commerciale, sociale, comunicazionale, finanziario. La globalizzazione della finanza anticipa di gran lunga tutte le conquiste tecniche e comunicative che rendono possibile l'uso del termine in un modo esteso.

La globalizzazione intesa come sistema capitalistico finanziario mondiale che tende a presentarsi come unica visione del mondo nella sfera dell'economico, l'estrema specializzazione del controllo tecnico del corpo, il tentativo esplicito delle multinazionali del farmaco di coprire tutto il campo dell'infelicità e della sofferenza umana, l'arretramento delle istanze innovatrici politiche e sociali in campo psicologico e psichiatrico stanno determinando l'inabissamento del problema della sofferenza mentale e del suo trattamento nel dibattito pubblico contemporaneo. La sofferenza psichica è ormai solo un problema tecnico.

«La psichiatria ha così una forza enorme, perché in tutto coincide con le strutture proprie del capitalismo più avan-

zato: 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» (Piro 2002).

A Napoli la cura pubblica della sofferenza psichica, non diversamente da altri luoghi in Campania e in Italia, è divenuta, a dispetto di piccoli sforzi isolati e a dispetto del coraggio, della preparazione e dell'abnegazione di alcuni operatori e operatrici, una tecnica di manipolazione dei neurotrasmettitori, un breve ciclo di colloqui psicologici, la stanca ripetizione di attività riabilitative, un aiuto a redigere la domanda per ottenere l'assegno di invalidità.

Riassumiamo:

Il processo di globalizzazione tecnico-finanziario ha necessità di riprodurre immagini del disagio psichico globalizzate, standardizzate e quindi medicalizzabili. Esso deve negare l'individuale, che si sottrae al calcolo e alla previsione.

Il disagio psichico, cerniera tra l'*individuale* storico e biologico e il *generale* linguistico ed evolutivo è diventato un vasto campo di sperimentazione che consente da un lato la medicalizzazione di massa del disagio e dall'altro una definizione in termini di disagio di ogni forma di peculiarità stilistica ed espressiva individuale.

Della riforma italiana conosciuta con il nome di legge 180 persiste ormai solo una generica impalcatura legislativa, mentre il mutamento delle prassi e degli stili non si è verificato in alcun modo, anzi appare ubiquitario la stagnazione delle prassi medesime e il ricorso alla violenza e alla reclusione come modalità di rapporto unica.

L'inarrestabile arretramento culturale, ideologico e quindi politico di coloro che si collocavano genericamen-

te a sinistra nel panorama della psichiatria italiana nel dopo Basaglia, l'isterilirsi del concetto di *buone pratiche*, quando queste hanno perso la loro spinta propulsiva e il loro legame al tempo storico, la dissociazione tra salute mentale e il vasto tema dell'esclusione si traducono nel complessivo abbandono della condizione della sofferenza psichica nel nostro paese. La cura della sofferenza non può prescindere da quanto si è accumulato e sedimentato nella ricerca sul campo e neanche dal contributo delle neuroscienze e della psichiatria, che spesso esita in una pseudoscienza infarcita di miti e leggende.

Ma si deve andare avanti. Scriviamo oggi per lanciare un ponte sospeso su un abisso: da un lato il clamoroso fallimento della psichiatria biologista che non può non essere che una scienza del controllo della devianza e un modo rude e banale per la riaffermazione della normalità come adeguamento agli stili di vita e di pensiero dominanti, dall'altro il terribile offuscarsi della psichiatria alternativa italiana: appunto rimasta una psichiatria nonostante gli sforzi di denominazione come *salute mentale*, sforzo generoso ed illuminato, che rischia un inglorioso naufragio nella sua declinazione di psichiatria territoriale autoreferenziale. Essa è incapace di parlare con altri specifici disciplinari e resta ingabbiata nell'equazione liberazione individuale- diritti alla casa e al lavoro.

La psichiatria territoriale italiana non è mai divenuta una antropologia pratica alternativa, non ha tentato di dotarsi di una sua epistemologia, non ha cercato mai di approfondire le linee di connessione e di separazione tra la coscienza individuale nel suo sorgere e i loro esiti, ovvero le organizzazioni dei servizi, le malattie mentali, le questioni sociali e storiche del tempo.

La psichiatria ha sempre contenuto, con classificazioni, con tassonomie, con apparati di internamento, con

farmaci, con terapie della parola normalizzante e, anche naturalmente, con camicie di forza e altri strumenti.

Tra tutti gli apparati e metodi la psichiatria contemporanea si avvale, sotto il profilo metodologico, di un riduzionismo biologista che equivale ad una vera e propria epistemologia di guerra che, sgombrato il campo dalla follia e dalla psicopatologia, farà emergere il disturbo, il disordine, l'alterazione dei trasmettitori, la variazione del corredo genetico.

E forse uno sguardo al significato oggi della parola *cura* e al riduzionismo biologista in psichiatria potrà essere utile.

Capitolo II PSICHIATRIA, RIDUZIONISMO BIOLOGISTA, CONTENZIONE

Che la *cura*, intesa qui nel suo significato ridotto e degradato di assistenza e non in quello ampio dell'avvolgente prendersi cura dell'altro nella prossimità e nella coappartenenza alla medesima collettività, debba essere riguardata anche e soprattutto sotto il profilo economico diviene questione non marginale nel momento in cui la vita umana sempre più appartiene alla trasformazione tecnica della natura e quindi alla trasformazione e manipolazione dei concetti stessi di vita e di morte. In questo senso invocare una morte naturale non ha alcun senso nel momento in cui l'uomo ha stravolto il concetto stesso di *naturale e artificiale*.

E quindi se la morte non è più il luogo in cui la natura si impossessa della tecnica, quanto piuttosto il momento in cui la tecnica decide di allontanare da sé il *naturale* giudicato insostenibile, l'introduzione dell'economia nella cura dell'individuo è inevitabile.

Essa è di fatto oramai signora dei confini della vita, della sua durata e della misurabilità dei suoi parametri fondamentali.

Posso valutare ciò che posso misurare e misurare ciò che si estende tra un inizio e una fine in modo non arbitrario. Ovvero tutto ciò che posso costruire.

La tecnicizzazione della cura e l'aziendalizzazione delle tecniche di cura sono legati all'introduzione dell'economico nella sfera della cura e del legame tra

economico e misurazione. Misurare una vita, misurare gli effetti di una medicina significa misurare dei costi e se i costi non sono sopportabili occorre l'azienda che stabilisca priorità.

Ma nella salute mentale gli oggetti del discorso tendono ad essere indocili.

La salute mentale non è misurabile e non può essere valutata: essa può essere promossa o meno ma non può essere sottoposta a misure di efficacia. Questo non significa che le singole prassi non possano essere valutate nella loro appropriatezza, anzi lo debbono, ma non può essere valutato il grado di salute raggiunto.

In altre parole laddove i livelli essenziali di assistenza (LEA) in medicina rappresentano il livello minimo di prestazioni che garantiscono la sopravvivenza della macchina corporea in modo accettabile per il livello di conoscenze scientifiche in quel periodo nel mondo, in salute mentale dovrebbero rappresentare tutto ciò che si deve fare per promuovere la salute mentale al suo massimo possibile: LEA e salute mentale sono una contraddizione in termini, perché la promozione della salute mentale o è sforzo complessivo volto alla trasformazione del singolo e della collettività, o diviene la caricatura grottesca delle tecniche di sopravvivenza corporea.

Lo statuto epistemologico particolare della cura della sofferenza psichica richiede quindi una diversa considerazione del problema psichiatria e società e del nesso che lega curanti e curati all'interno della società capitalistica.

La psichiatria, disciplina scientifica recente, in questo scorcio epocale è divenuta arma globale contro i diritti del singolo alla cura, alla vita, alla gioia. Essa opera secondo uno schema collaudato al livello mondiale:

1. Identificazione della sofferenza con un disturbo.
2. Correlazione del disturbo ad una supposta anomalia cerebrale.

3. Identificazione del nesso di causalità.
4. Cura farmacologica come unico rimedio sostanziale.

La psichiatria odierna è da un lato ormai scienza medica e dall'altro una poderosa arma di distruzione di massa. Le origine incerte sono ormai dimenticate e nuovi studi neurologici e nuove tecniche di *neuroimaging* corroborano la tesi che per ogni disturbo e disagio esiste una dimostrabile alterazione funzionale del sistema nervoso. Un'astuta quanto banale epistemologia trucca le carte e rende possibile una cosmesi semantica indispensabile al sistema torturante implicito della psichiatria. Quello attuale non è che un *modello biologistico riduzionistico mistificato*, che dice di essere non-riduzionistico e invece lo è.

Esso si articola secondo queste presentazioni o modalità:

1. Determinismo morbido con nucleo rigido:

- a. I sintomi psichiatrici sono diretto effetto di una causa biologica (lesione cerebrale, disattività enzimatica o dei mediatori chimici, etc. od altro disturbo di natura) provata, o altamente probabile, dalle tecniche di visualizzazione cerebrale, dallo studio recettoriale e soprattutto dallo studio dell'effetto dei farmaci secondo il seguente e ingiustificato sillogismo: il farmaco A agisce sul recettore B, A ha modificato il comportamento C, Il recettore B è causa del comportamento C. Innanzi al disturbo psichico la malfunzione cerebrale localizzabile é di fatto interpretata sempre come causa e mai come fenomeno concomitante necessario.

- b. Le concause psicologiche o sociali sono vaghe oppure ovvie; tesi degli ambienti formativi, dei *life events* scatenanti, delle frustrazioni scatenanti.

- c. La seriazione degli eventi psicologici, ovvero i sintomi espliciti e i suoi immediati collegamenti s'inter-

rompe e da questo punto in avanti viene fatto un rinvio ad altre specificazioni del sapere: anatomia patologica, fisiopatologia, biochimica, neuroimaging. Sotto il profilo teorico si assiste a sociologie, antropologie allusive, teoriche, inutili, posticce. La sovrapposizione non come errore metodologico, quindi evitabile, ma come ineludibile accostamento dell'organico predisponente al sociale scatenante.

d. Duplice considerazione del sintomo:

i. In riferimento a una normalità psicologica tassonomicamente tabulata in una colonna del normale rispetto a una colonna del patologico ancor più rigida di quella ottocentesca. Da un lato il riduzionismo biologista tende alla clinicizzazione del normale, dall'altro espelle dal normale ogni comportamento o complesso sintomatologico eccessivo o diverso dalla norma statistica. La duplice funzione del farmaco consiste proprio in questa azione includente/escludente fino al capovolgimento della nozione medesima di *stigma*. Per non stigmatizzare il paziente mentale occorre quindi che egli venga accolto come un paziente somatico e che venga considerato e trattato come tale. Il trattamento dell'acuzie è un percorso di inclusione, come nel caso dell'utilizzo del circuito del 118 e di esclusione e sottomissione, come avviene nei ricoveri in reparti psichiatrici e contenzione chimica o meccanica.

ii. In riferimento a una norma sociale multivariante coerente con il modello democratico-consumistico di fine novecento. L'espulsione della marginalità è stata ben documentata dal lavoro che alcuni membri del comitato di lotta per la salute mentale a Napoli hanno fatto nel più grande dormitorio pubblico di Napoli: per accedervi si deve sottostare a regole verticistiche oblique ed opache,

senza alcun contatto tra dormitorio e salute mentale istituzionale. Anche in questo caso la distinzione tra normale e patologico, tra sintomi e sofferenza, tra psichiatrico e non psichiatrico è assunta ideologicamente e in modo acritico nell'ossequio delle prassi del sistema torturante implicito della psichiatria e non di una qualsivoglia sperimentazione clinica.

2. Reificazione dello psichico:

a. Ipotesi *intelligenza artificiale* aggiornata per lo studio neuropsicologico o neuroscientifico.

b. Ipotesi psicodinamica a fumetti per la descrizione del sintomo.

c. Correlazione stretta tra accadimento psichico e contemporanea visione alle indagini del cervello.

3. Clinicizzazione statistica e tassonomia dei disturbi:

Nella psicosi viene assoluto il modello medico, che si accompagna spesso con la risibile e del tutto arbitraria ulteriore categorizzazione di grave/gravoso. Con il concetto di gravoso si suole indicare gli alti utilizzatori di un servizio di salute mentale, ma anche coloro che non sono disciplinati nell'eseguire le cure definite, i rompiscatole, coloro che chiedono spesso il ricovero, coloro che sono abbandonati dal nucleo familiare. I termini grave/gravoso spesso utilizzati insieme indicano un problema, una inadeguatezza del servizio, una condizione sociale o socio-familiare complessa, ma vengono spacciati come termini clinici. Il trattamento psicologico della psicosi o è demandato alla singola iniziativa o inclinazione dello psicologo o diviene coadiuvante degli effetti benefici del farmaco. Il farmaco antipsicotico come condizione necessaria di qualsivoglia terapia della parola.

Nella nevrosi viene tollerata la discettazione psicologica, a patto che vi sia uno spazio commerciale per gli psicofarmaci. La condizione nevrotica, psicologizzabile, riempie di fatto lo spazio tra la sofferenza psichica che si esprime

con sintomi chiari e ormai accettati anche dalla pubblica opinione, come l'attacco di panico, e che quindi richiede l'uso di antidepressivi, utilizzati a tappeto per tutte le forme di attacchi di panico e depressioni e quella indeterminata, esistente o legata a vicende familiari e/o sociali.

4. Tipologie della cura:

a. Centralità dominante della farmacoterapia assunta acriticamente e ubiquitariamente. Il farmaco come produttore di conoscenza. La necessità del trattamento farmacologico riconosciuta come valida sempre e comprovata scientificamente. La ricchezza del segno psicopatologico degradato alla povertà linguistica del sintomo. Il sintomo psichico quindi percepito e descritto nel suo essere esclusivamente segno di una concomitante lesione o malfunzionamento e mai come segno di una modalità di vita e di rapporto. Ritorno pieno alla considerazione che le malattie della mente sono malattie del cervello, con l'aggravante della nullificazione di ricerche e studi psicopatologici.

b. Supposizione dell'eziologia nell'uso dei farmaci che ne proverebbero l'esistenza e aumenterebbero la conoscenza dei disturbi psichici, con accentramento in mano medica del trattamento del nucleo duro della psicopatologia, denigrazione dei modelli psicologici e sociorelazionali, come vengono sbrigativamente denominati i modelli alternativi a quello medico.

c. Psicoterapie di ogni tipo, usate come diversione, convincimento, asservimento alla norma. Le psicoterapie proposte a cadenza settimanale o ancor meno e per poco tempo con la dizione di *supporto*. La durata e l'intensità delle medesime modellate secondo il carico del medico e dello psicologo e non secondo la necessità.

5. Vasto dispiegamento della riabilitazione, socializzazione come offerta di aiuto alla persona invalida, aderente al paradigma della malattia cronica. Anche l'inclusione lavorativa, di fatto assente, è proposta

come generico modo di tenere occupato il singolo, di restituirgli il senso dell'inclusione sociale in modo sostanzialmente paternalistico.

6. Utilizzo della pensione di invalidità e dell'assegno di accompagnamento, in quanto erogati dall'INPS e non dalla sanità pubblica come strumento di controllo del sofferente e della sua capacità di avanzare diritti.

Le conseguenze attuali della vittoria del riduzionismo biologico possono essere così sintetizzate:

1. Recessione scientifico-culturale delle psicoterapie: l'angoscia nevrotica da psicoanalizzare è trasformata in depressione minore da prozaccare, così come per le nevrosi sessuali da viagrificare; il grande ritorno degli psicostimolanti e delle anfetamine; l'ingegneria psicofarmacologica dei normali stati d'animo, con l'introduzione di una tastiera farmacologica con tasti ansiolitici, antidepressivi, antiastenici, sessuostimolanti, etc.
2. Trasposizione del riduzionismo biologico nella vita quotidiana di ogni individuo con modificazione della percezione della realtà e della ricerca di soluzioni (riduzionismo banalizzante).
3. Banalizzazione di ogni elemento di trascendimento: le scelte politiche e personali sono ridotte a fatti banali o fisici o privi di senso, mentre vengono grandemente sottolineati i temi del lavoro, dell'adattamento, del reddito.
4. In psichiatria può essere ammesso tutto (assistenza, riabilitazione, intrattenimento, secondo disponibilità economiche), ma quello che rimane importante è che i farmaci modifichino il comportamento nel senso dell'ordine, della mancanza di fastidiosità se idonei a questo, che corrispondano in qualche modo alle visualizzazioni cerebrali funzionali supposte.

5. La grande conquista della connessione dell'osservato psichiatrico con i sistemi doxico-ideologici del mondo antropico è persa. Il pensiero unico viene sdoganato anche in psichiatria.

Tra le conseguenze del riduzionismo biologista ve ne è una molto grave: la contenzione.

Come è noto nei reparti ospedalieri (S.P.D.C.) i sofferenti psichici sono spesso legati. Non per poco tempo né per brevi intervalli. Per molto tempo. Alcuni muoiono. Ma la contenzione fisica non è solo un problema in quanto tale, il problema è l'inserimento del paziente psichiatrico nel sistema torturante.

La parola *tortura* non è pronunciata in psichiatria se non a tratti e malvolentieri anche negli ambienti democratici. Si preferisce il termine *contenzione* per depistare, per ingannare, per coprire: infatti la contenzione divenuta problema può essere circoscritta, delimitata nelle modalità, può essere annotata su un apposito registro, può essere discussa. In una parola si parla di contenzione per escludere l'intera concezione dei servizi di cura, l'intero sistema di prassi e la cultura prevalente della cura. Così come si parla di manicomio criminale (O.P.G.) per non parlare di dipartimenti di salute mentale.

Il problema della contenzione fisica è agitato come un problema per nascondere l'uso estensivo del farmaco, la localizzazione stessa dei reparti ospedalieri, il loro inserimento nel circuito dell'emergenza e dell'urgenza sanitaria, la loro struttura. Alla stessa stregua il problema stucchevole delle porte aperte o chiuse dei reparti psichiatrici serve a porre male il problema della cura della crisi: non occorrono S.P.D.C. dalle porte aperte, occorre che non ci siano S.P.D.C..

Contenzione/non contenzione e porte aperte/porte chiuse sono due assi semantici che servono a dirimere la

questione delle buone e cattive prassi in psichiatria. Gli altri due assi semantici di questo immaginario ma concretissimo quadrilatero della cura sono *farmacoterapia/ rapporto umano* e *esclusione/inclusione sociale e lavorativa*.

Ma procediamo con ordine.

Il problema della contenzione è un falso problema. Esso è un indice, un segnale, uno spauracchio. Si può contenere, e talvolta si deve, qualcuno sofferente, non importa che sia folle o sano, in molti modi: lo puoi abbracciare, lo puoi bloccare con forza e parlargli, lo puoi abbracciare e restare muto accanto a lui, puoi rimanere vicino anche proteggendoti, lo puoi anche in casi estremi legare. Una volta legato lo puoi accarezzare, gli puoi parlare fino allo sfinimento, puoi stare seduto vicino per ore, puoi farti legare accanto per non farlo sentire solo. Puoi anche somministrare una medicina, e puoi attendere che faccia effetto, puoi chiedergli come si sente e poi puoi spiegargli quello che sta accadendo. Poi lo puoi slegare e riprendere il circuito. Poi ancora puoi parlare con chi lo conosce, non necessariamente familiari o amici ma anche operatori che lo hanno seguito in passato, puoi cercare una strada diversa. E poi lo puoi legare ancora, ma mai con strumenti creati *ad hoc* che stanno lì proprio per terrorizzarti. Puoi decidere che è meglio contenerlo fisicamente che chimicamente, e mentre lo leghi ancora puoi provare a dire cose diverse da quelle che hai detto prima, puoi chiedere ad un altro di provarci lui, e poi lo sleghi appena puoi e gli rimani vicino comunque per ore ed ore anche se non è più violento. E poi...

...E poi torni a casa, ti senti stanco, hai legato qualcuno per alcuni minuti e poi ancora per altri minuti e ti senti uno straccio. Rivedi tutta la scena e scopri un mare di cose che non vanno, che non hai capito, fotogrammi di insuccessi che non avevi analizzato.

Sei stanco, hai fatto un T.S.O., hai partecipato ad un T.S.O., è un fallimento, sai che se sei arrivato al T.S.O. qualcosa non ha funzionato. O al contrario sai che ha funzionato tutto a dovere, il servizio di salute mentale è stato perfetto, lo ha seguito con grande attenzione, tanti operatori si sono fatti carico di lui, i familiari lo amano e gli stanno vicino, ed allora ti chiedi se qualcosa di quel sistema di cui sei parte forse non funziona più o forse funziona ma non sempre, non con quella persona. Forse in quel fallimento c'è l'annuncio di qualcosa che sta per accadere a te e al paziente, forse quel fallimento è un barlume che ti porterà lontano, tu e lui o forse ti dirà cosa puoi e devi cambiare nel tuo servizio e nel tuo modo di stare vicino ad una persona che soffre molto. E così oscilli tra il generale e il particolare, tra il successo e la frustrazione, tra lo smarrimento e la curiosità.

Poi sei a casa. Guardi i tuoi cari e i tuoi amici. All'improvviso ti sono vicini e lontani. Pensi ancora a quello che hai fatto, a quel paziente agitato, pensi a loro e trovi somiglianze e diversità. Hai bisogno di parlare con qualcuno. Stai male, sei lontano, vuoi capire. Allora chiami anche tu il tuo servizio di salute mentale: è notte ma vengono da te. Tu non sei agitato ma vuoi parlare. Loro parlano con te. Tu stai meglio. Ecco sorge il sole e tu non sei legato.

Forse è chiaro che cosa si intende dicendo che la contenzione fisica è un importante segno di come la psichiatria faccia parte del sistema torturante globale, soprattutto quando finge di intravedere nella contenzione un problema.

Lo psichiatra territoriale, figura oramai mitologica, ha già deciso nella sua testa quali sono gli strumenti che gli servono per agire bene, con umanità e con professionalità. Egli vuole un servizio di diagnosi e cura ben fatto, tirato a lucido, con camere ampie e confortevoli,

arredate con gusto, con le tendine alle finestre, un servizio ospedaliero immerso nel verde. Vuole anche ambulatori che non sembrino ambulatori medici, vuole sedie comode dove poter stare a parlare con i suoi pazienti. Vuole anche tante attività riabilitative collaudate e fatte da operatori esperti. Questo psichiatra ha il problema della contenzione, che è il problema della follia che non si rassegna, del guizzo di umana contraddizione. Questo psichiatra non vuole contenere ma non perché gli fa orrore, prescrive infatti psicofarmaci ogni giorno, ma perché non vuole vedere riflesso se stesso in quel legame. In fondo è e rimane uno psichiatra manicomiale.

La contenzione fisica nasconde, in quanto problema, l'abuso chimico e l'utilizzo dei farmaci senza alcun collegamento con le altre prassi di cura. Lottare contro la contenzione fisica si deve, ma non scorgere nella contenzione fisica uno spauracchio che la classe medica pone innanzi per continuare a difendere la supposta scientificità delle sue prassi è una grave ingenuità.

Peraltro non occuparsi di contenzione fisica e farmacologica, in nome di una lotta ben più vasta che deve essere mossa alla psichiatria in quanto elemento centrale del sistema torturante implicito è un errore altrettanto grave.

La psichiatria territoriale non è mai nata perché di fatto non può esistere. Lo psichiatra territoriale di fatto è o uno psichiatra da manicomio o uno psichiatra accademico. In entrambi i casi ha necessità di legare almeno quanto ha la necessità di un reparto ospedaliero. La necessità gli deriva dalla conferma che riceve al suo medesimo ruolo. Il lavoro sporco dello psichiatra ambulatoriale, quello dalla faccia pulita e molto vicino al paziente, lo fa il medico di reparto. Egli rappresenta l'orizzonte di senso del lavoro territoriale, la sua ultima risorsa, la sua estrema giustificazione. Scardinare la

contenzione fisica e l'internamento ospedaliero è sicuramente una battaglia che serve ad indebolire il ruolo e la funzione della psichiatria pseudoscientifica.

Riassumendo:

1. La contenzione fisica e l'abuso farmacologico sono conseguenza della psichiatria pseudoscientifica così come essa è organizzata a livello planetario. Non è solo questione di cattive pratiche, è in questione lo statuto epistemologico riduzionista della psichiatria biologista che resta nel suo intimo manicomiale, segregante, oggettivante. La contenzione fisica e farmacologica sono contemporaneamente strumento di assoggettamento e orizzonte di senso.
2. In sé la contenzione fisica non è un problema, almeno non lo è più di una terapia farmacologica. Può essere una pratica necessaria, non dovrebbe mai essere una forma di tortura; allo stesso modo nessuno nega un uso oculato di farmaci, si nega qui l'uso estensivo e annichilente. Rispetto alle scelte farmacoterapiche *long acting* oggi diffuse e ubiquitarie la contenzione fisica è o dovrebbe essere meno pericolosa. Di fatto si muore per il sovrapporsi di prolungata immobilità e uso sconsiderato di farmaci.
3. Analogo discorso va fatto per l'S.P.D.C., ovvero il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, dalle porte aperte. La necessità della chiusura delle porte è modulata dalla necessità di intendere l'S.P.D.C. alla stregua di un reparto ospedaliero. Un S.P.D.C. dalle porte aperte è simile ad un buon reparto di medicina. Ancora una volta il reparto ospedaliero è privo di senso nel trattamento di emergenza per sofferenza psichica. Star male non significa avere necessità di un ospedale. Sono necessarie persone e operatori che vogliano interferire con la sofferenza psichica nella sua fase di acuzie, senza limiti di tempo, senza pregiudizi medicali invalidanti,

con la conoscenza di quanto qualche molecola ti possa aiutare. La gestione della crisi separata dal fluire della vita di un centro di salute mentale significa aver dato per scontato che un centro di salute mentale sia un luogo che debba funzionare nella sua astratta forma di ambulatorio burocratico.

4. I farmaci talora sono utili, altre volte inutili e dannosi. Ancora qui va detto che non è solo un problema di dosi, di quantità della medicina, ma di cosa significhi il farmaco per quella singolarità e in quella relazione terapeutica. Sono strumenti creati dall'uomo nella sua storia, modo per interferire con la propria naturalità, talora utilizzati in un senso evolutivo, talora utilizzati per arrestare il processo. Allo stesso modo non esistono buone e cattive pratiche. Esistono pratiche che non orientano verso un orizzonte antropologico di giustizia ed eguaglianza e pratiche oppressive che al contrario tendono all'immobilismo e al conformismo e che partecipano a pieno titolo al sistema torturante implicito globale.

«L'imporsi della fluoxetina nel mercato degli antidepressivi alla fine degli anni '80 del secolo scorso segna l'inizio dell'irruzione massiccia della psicofarmacologia nella vita di milioni di persone. Questo farmaco, estremamente maneggevole e facile da usare rispetto agli antidepressivi precedenti, ha modificato nei fatti gli algoritmi diagnostici utilizzati dagli psichiatri per interpretare la sofferenza. Sino a quel momento, la sofferenza psichica veniva prima organizzata in sindromi più o meno caratterizzate da una psicopatologia specifica e da alcuni correlati biologici, e dopo venivano proposti farmaci ritenute utili a livello sintomatico. Successivamente, è cominciata la corsa da parte delle multinazionali farmaceutiche all'acquisizione di sempre nuove indicazioni terapeutiche per i loro prodotti, allo scopo di estendere il numero dei potenziali consumatori. Da allora assistiamo alla scoperta di sempre nuove e surreali sindromi psichiatriche, da curare con farmaci sempre più sicuri. Si è posta l'esigenza quindi una ristrutturazione semantica del lessico psichiatrico. I

nevrotici sono spariti, sostituiti da moltitudini di depressi. Questo perché non esistono farmaci antinevrotici, ma bensì antidepressivi. Esistono gli ansiolitici, ma poiché le vendite sono in flessione in seguito all'offensiva degli antidepressivi, gli ansiosi sono in fase di rapida estinzione. I nuovi farmaci vengono quindi presentati come rimedi fondamentali e innocui a chi soffre e a chi dovrebbe lenire questa sofferenza. Vengono proposti, in tutte le forme di depressione, nel disturbo ossessivo compulsivo, nel gioco d'azzardo, negli attacchi di panico, nell'eiaculazione precoce, nell'alcolismo, nel tabagismo, nelle dipendenze da computer, da lavoro, da videogiochi, da merendine, nelle cefalea muscolo-tensive e a volte in quelle vasomotorie, nell'insonnia terminale, nell'impotenza sessuale, nei disturbi del comportamento alimentare, nel disturbo post-traumatico da stress, nel mobbing, nel bullying, nella timidezza, nelle malattie psicosomatiche, nella noia, nei disturbi del controllo degli impulsi, nell'iperattività di bambini ed adolescenti e persino nella sorprendente depressione sottosoglia, meraviglioso esempio di contraddizione in termini e di sprezzo del ridicolo. Si ipotizza il loro uso negli amori infelici, per combattere l'ossessione amorosa. Siamo in presenza quindi di un paradosso: lo psicofarmaco più tossico e pericoloso viene utilizzato in maniera più prudente, da medici più competenti, a pazienti più selezionati, perché rimane confinato, almeno per ora, alle sue indicazioni tradizionali. Ne deriva che la maneggevolezza di uno psicofarmaco a livello biologico è la premessa della sua tossicità a livello antropologico. Le risorse destinate alla ricerca sono sempre più scarse, il conflitto di interessi di istituzioni sanitarie e singoli ricercatori finanziati dalle multinazionali farmaceutiche pregiudica il prestigio di molte riviste ed istituzioni mediche. Chi finanzia ha un interesse enorme alla riuscita delle ricerche, ed impone contratti capestro: negli USA spesso accade che la pubblicazione dei risultati sia vincolata al placet dello sponsor, che può impedire o ritardare la diffusione di conclusioni a lui sfavorevoli. La lobby psichiatrico-farmacologica globalizzata propone così la banalizzazione della pratica terapeutica, e la semplificazione grottesca di quello stesso approccio biologico che si vorrebbe teoricamente sostenere. Confonde maliziosamente razionalismo e scientismo, e presenta gli psicofarmaci alla stregua di antibiotici ad ampio spettro, che agiscono in maniera specifica contro particolari "germi psichici", e nello stesso tempo in maniera universale e assoluta» (Blasi F. 2005).

I diritti dei sofferenti psichici, alla casa, al lavoro non umiliante, alla conoscenza, alla ricerca della felicità, all'invenzione della politica, alla sperimentazione di forme nuove di coesistenza pacifica, non sono dissimili dai diritti di tutti, studenti, disoccupati, precari, donne, omosessuali, persone dal colore della pelle non bianco, e così via. Forse non v'è possibilità oggi di una salute mentale che non sia sforzo collettivo di comprensione e trasformazione di esclusione e marginalità se non dagli esclusi medesimi. La riforma italiana in psichiatria fu questo: sforzo collettivo di intere collettività in un momento di grande impulso riformatore, connessione tra il mondo degli *esclusi/reclusi* nei manicomi e il mondo giovanile ed operaio, apertura di orizzonti nuovi, inseguimento del diritto alla gioia e alla vita.

Capitolo III

CRONACHE PSICHIATRICHE

La lunga esperienza di antropologia pratica alternativa, che fu inaugurata dal gesto di Basaglia ed altri con l'apertura delle porte nei manicomi in Italia, attende ancora il suo compimento. Quel gesto che apparve alla coscienza di molti come la logica conseguenza di una scoperta di senso nella vita degli alienati, aspira a divenire ancora oggi elemento di liberazione, prassi di civiltà per interi popoli.

Le torture di oggi, quelle evidenti ed esplicite compiute nei reparti ospedalieri e quelle meno evidenti ma altrettanto significative che si esprimono nell'abbandono, nel disinteresse, nella negazione di espressione sono ancora oggi evidenti non solo negli S.P.D.C., nelle strutture intermedie residenziali (S.I.R.) chiuse e sovraffollate, negli occhi muti e inquietanti dei tanti sofferenti, ma anche nella mancanza di iniziativa e di gioia di psichiatri e psicologi, nel ritorno ben tollerato degli infermieri a un ruolo subalterno e impiegatizio, nella stanca ripetizione dei progetti aziendali più retrivi.

I servizi territoriali nati dalla riforma stanno implodendo nella neghittosità corporativa e nel risorgere imperioso degli interessi privati.

Le torture di oggi hanno molti genitori. La conoscenza storica e storico-critica delle leggi di riforma psichiatrica in Italia, della connessione tra psichiatria e accadimenti del mondo, è necessaria per collocare le denunce odierne in una giusta prospettiva storica.

Nel remoto 2007 partecipammo, come relatori insieme con Sergio Piro, ad un convegno organizzato da Antonella Cammardella, allora consigliere regionale del partito della Rifondazione Comunista e vicepresidente della commissione sanità, intitolato *Il diritto alla cura, alla gioia, alla vita. La salute mentale in Campania*.

Riporteremo i tratti salienti della relazione preparata da Sergio Piro e custodita *in extenso* da Antonio Mancini, relazione poi riportata modificata negli atti del convegno, che troverete citato in Bibliografia:

«...storia minima delle riforme in Campania

1. *Esperienze antimanicomiali anticipatrici*. Negli anni sessanta la Campania era stata la seconda in Italia, dopo Gorizia a sviluppare un'esperienza antimanicomiale forte e significativa nel manicomio di Materdomini di Nocera Superiore: le due comunità terapeutiche, aperte e partecipative, di Gorizia e Materdomini, furono uniche in Italia negli anni sessanta e furono protagoniste nell'avvio di un'impostazione totalmente nuova e fortemente democratica della salute mentale

2. *Lotte psichiatriche in Campania*. Forte fu il movimento di massa dal 1969 al 1978, quando fu emanata la Legge 180; numerosa e compatta era allora la sezione campana di Psichiatria Democratica. La dura contestazione antipsichiatrica di massa culminò a Napoli negli scandali dell'Ospedale psichiatrico Bianchi (3.200 pazienti ammassati nelle più disumane condizioni immaginabili), dei tre manicomi giudiziari (Aversa, Napoli S. Eframo e Pozzuoli), della totale mancanza di assistenza e cura nel territorio: il manicomio criminale di Pozzuoli fu chiuso per sempre. Nel 1974 la necessità di frammentare i grandi manicomi e di istituire i primi centri di salute mentale determinò la suddivisione del grande ed orribile manicomio Leonardo Bianchi in cinque sub-manicomi minori e la decisione di accogliere un gruppo di pazienti nel piccolo manicomio incompiuto, posto in località Frullone a Napoli.

3. *Esperienze alternative in Campania prima della Legge 180*. Dal 1975 era iniziata a Napoli, presso l'Ospedale psichiatrico Frullone, la prima esperienza italiana di alternativa comunitaria aperta al manicomio in una grande città di oltre un milione di abitanti (le altre iniziarono dopo la Legge del 1978) con immediato collegamento territoriale per la dimissione e il seguimento esterno dei ricoverati nonché per le prime sperimentazione esclusivamente territoriali: iniziò la collaborazione assi-

stenziale e terapeutica con il Centro di medicina sociale di Giugliano, nel 1976 e 1977 iniziò lo spostamento di piccoli gruppi di medici, infermieri e volontari nei territori di Rione Traiano e Colli Aminei, nel 1978 partì una piccola esperienza territoriale a Pozzuoli. Nella collaborazione con il Consiglio Nazionale delle Ricerche si formò un'unità di ricerca epidemiologica in campo di malattia mentale e fu istituito al Frullone il Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane. L'esperienza del Frullone e del suo territorio negli anni 1975-1978 aveva prefigurato il dispositivo territoriale della Legge 180 del 1978, Napoli così divenendo l'unica grande città con oltre un milione di abitanti ad aver anticipato in Italia le esperienze territoriali sistematizzate.

La Campania fra la Legge nazionale del 1978 e la Legge regionale del 1983. L'emanazione della Legge Basaglia nel 1978 stimolò l'inizio di altre esperienze territoriali con personale spostato dal manicomio al servizio esterno: esperienze significative furono condotte a Secondigliano, Ponticelli, quartiere Stella, mentre si rafforzavano le precedenti esperienze di Giuliano, Rione Traiano, Colli Aminei, Pozzuoli. Queste esperienze costituirono un campo decisivo per la formulazione di molti aspetti della Legge regionale del 1983.

4. *La Legge regionale.* Il 3 gennaio 1983 fu emanata la Legge regionale n. 1 della Campania specificamente riguardante la salute mentale. Determinante sul piano qualitativo fu accoglimento preliminare da parte dell'Assessorato alla sanità di un progetto preparato da operatori democratici. In brevissima sintesi la Legge 1/83 istituiva il servizio dipartimentale di salute mentale in ognuna delle USL della Campania: si trattava di un servizio forte con personale sufficiente numericamente e ben variato nella tavolozza delle specificità professionali, aperto 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 in tutto lo svolgimento delle sue attività. Il dispositivo prevedeva una rigorosa continuità terapeutica fra attività territoriale ed eventualità di un ricovero, prescrivendo che 2 o 3 Ussll convergessero in un unico servizio ospedaliero di diagnosi e cura, formando con il loro personale la sub-équipe del servizio ospedaliero, talché ogni servizio territoriale possa conoscere o riconoscere i propri pazienti e seguirli con continuità terapeutica evidente nel ricovero e nella dimissione; prevedeva un impegno ininterrotto di diagnosi, cura e riabilitazione; prevedeva tipologie minimali e diverse per le residenze territoriali (strutture residenziali intermedie) così che ogni paziente trovasse la modalità residenziale a lui adatta; prevedeva la possibilità che nel servizio territoriale fosse istituito un centro-crisi per prevenire l'internamento ospedaliero nei trattamenti sanitari obbligatori, accogliendo il paziente in un ambiente a lui ben

noto; prevedeva un'intero svolgimento di attività (compreso il continuo aggiornamento sociologico delle caratteristiche del territorio) e di congiungimenti operazionali. E qui si rimanda al testo della Legge.

Gli anni delle uussll (1983-1994). In generale si può dire che, pur riscontrandosi enormi differenze d'impegno nelle diverse situazioni locali, vi fu negli anni un fiorire di situazioni territoriali in rapido avanzamento. Si rafforzarono le esperienze di Giugliano, Rione Traiano, Secondigliano, Ponticelli, Ebbero uno sviluppo nuovo e positivo le esperienze di Cava de' Tirreni, Ischia, e tante altre. L'esperienza precedente di Colli Aminei fu trasferita dagli operatori nel territorio di Piscinola e Marianella, così che negli anni successivi fu possibile agli operatori della Usl 41 di Napoli impiantare a Scampia un servizio territoriale che negli anni 1985-1992 realizzò in modo pieno tutti i dettati della Legge reg. 1/83.

5. *Le aziende sanitarie locali e la parziale catastrofe della psichiatria in Campania.* La costituzione delle aziende sanitarie locali (AASSLL) frustrò gravemente la concordanza dell'ambito territoriale con il bacino di utenza in campo di salute mentale. La politicizzazione quasi ossessiva in Campania di ogni attività medico-sociale tarpò le ali a molte esperienze che avevano avuto invece appoggio da amministratori e comitati di gestioni interessati a conseguire risultati utili e dimostrativi. I centri di salute mentale più avanzati della città di Napoli (Scampia, Secondigliano, Ponticelli), che avevano fortemente legato con il loro territorio, subirono un inglobamento distruttivo nella «più grande azienda sanitaria d'Europa», mentre quelli poco sviluppati rimasero così e subirono ulteriori involuzioni, soprattutto a causa di un distacco quasi totale dalle Aassll dal progetto iniziale del 1983. Napoli fu la sede più disastrosa per motivi che l'indagine scientifica e la cronaca hanno ben messo in evidenza. Nuove interessanti esperienze come quelle della realizzazione di piccole abitazioni autogestite e ben inserite nella comunità (Asl Caserta 1) sono state sabotate e distrutte. Con grande stento va comunque avanti l'esperienza di attuazione nella Asl Napoli 2, mentre da qualche anno ha preso vigore l'esperienza della Asl Salerno 1, che si avvale anche dal vantaggio economico dall'aver chiuso nel 1999 il manicomio di Nocera Inferiore e messo a frutto le risorse assegnandole al servizio di salute mentale. Altrove sopravvivono brandelli di prassi riformata, nonché iniziative culturali e didattiche alternative alla spaventosa medicalizzazione di un problema sociale, posta in atto in Campania dall'industria farmaceutica, dall'Università e dalla maggior parte delle Aassll.

6. *Un bilancio storico.* Quasi dovunque in Campania, relativamente alla maggior parte del territorio, della popolazione assistita e dei servizi,

nell'attuazione della riforma in campo di salute mentale secondo le leggi nazionali n. 180 e 833 e la legge regionale della Campania 1/83, le strutture sono state realizzate, mentre le attività rimangono (o sono ritornate) di tipo manicomiale. Più che ogni altra parte d'Italia, e con le dovute eccezioni, sembra doversi dire che, in assenza del rispetto dei diritti e dell'impegno alla cura, le strutture sono state realizzate e il trattamento alternativo dei pazienti no.

In assenza del rispetto dei diritti delle persone sofferenti, il servizio di diagnosi e cura riproduce perfettamente l'orrore segregato, la contenzione fisica, la sommersione farmacologica, la nullificazione esistenziale del reparto di osservazione del manicomio. Le residenze protette o strutture intermedie residenziali o comunità residenziali, fortemente istituzionalizzate, riproducono la prigione, il vuoto, l'alienazione e la sepoltura dei reparti di degenza ordinaria del manicomio. I servizi territoriali malamente ambulatorializzati continuano la finzione terapeutica e il sostanziale abbandono territoriale delle casse mutue di un tempo, con il servizio ospedaliero di diagnosi e cura come destinazione finale in luogo del manicomio. Di nuovo in questo processo vi è solo la somministrazione di massa degli psicofarmaci in quantità grandemente superiore a quella dell'era manicomiale. Come al tempo dei manicomi, l'assistenza dei malati mentali in Campania è oggi caratterizzata da violenza e abbandono.

Ma per offrire un respiro ampio a questa storia occorre ancora rivolgersi al Sergio Piro del 2004, alla relazione tenuta in occasione di una giornata che la sovrintendenza archivistica per la Campania e la Direttrice Maria Rosaria de Divitiis vollero organizzare su: *Gli archivi dei manicomi in Campania tra XIX e XX secolo*.

«Alcuni accadimenti generali nella storia del mondo e d'Italia e altri interni della psichiatria tracciano in Italia il limite fra questi periodi. Si sono distinti così:

1. Il periodo della prevalenza conservatrice (1945-1955)

Il manicomio è l'unica forma di pubblica assistenza. Le concezioni psichiatriche dell'epoca in Italia sono basate sul dominio di un organicismo (costituzionalistico o lesionalistico) presso a poco assoluto. Se si scorre la letteratura psichiatrica italiana dei primi anni del secondo dopoguerra, nei lavori pubblicati nelle riviste e nei libri, si noteranno subito persistenze concettuali e terminologiche, talora ad arco lungo. Si usa ancora correntemente da parte di diversi autori il termine "demenza precoce", si scrivono lavori di psichiatria morale (Cardona

F. 1947) o libri in cui viene considerata come una palese assurdità scientifica la parità dei sessi (Ceni C. 1947); non è ancora scomparsa la “degenerazione mentale” (Benvenuti M. 1950) ed è ancora in auge la tesi antropologico-criminale della delinquenza come espressione di anomalia biologica (Altavilla E. 1949, 1949b): un assetto in parte anacronistico anche per l’epoca, espressione di un positivismo arcaico.

La psicoanalisi, messa al bando dal fascismo, è un tenue filone ancora condannato dalla scienza accademica. La fenomenologia psichiatrica italiana è appena agli albori e non è nemmeno conosciuta dai centri accademici. Nelle università dominano tuttora i professori nominati durante il periodo fascistico e il clima filosofico, culturale ed epistemologico non è mutato rispetto a quello precedente la seconda guerra mondiale. Neurologia e psichiatria sono ancora del tutto unificate (“Clinica delle malattie nervose e mentali”) nell’insegnamento e nella prassi, così come il fascismo aveva voluto. L’introduzione dei primi psicofarmaci e la prima messa in discussione dei principi di un organicismo acritico e non corroborato da dati chiude questo periodo e segna il passaggio a una fase successiva molto diversa. Si tratta di una fase, quella del periodo post-bellico della psichiatria italiana, complessa e interessante, anche per la presenza aurorale di alternative possibili (l’antropofenomenologia psicopatologica in montagna con Danilo Cargnello), la psicoanalisi nuovamente in città e nelle librerie, l’analisi del linguaggio appena all’inizio, underground nel grande manicomio cittadino del 1950 (Piro 1958). Ma per questo non può che rinviarsi ad altri scritti (Piro 1988° pp. 31-70, P. 1989).

2. Il periodo della modernizzazione e della proliferazione paradigmatica (1955-1968)

In quegli anni di complesso mutamento, vi è in Italia un vigoroso fiorire, quasi tutto extra-universitario (gruppi spontanei, nuove associazioni, iniziative dell’industria editoriale, etc.), di correnti del tutto diverse da quelle della tradizione psichiatrico-medicale italiana precedente. Per questi gruppi fluenti, interconnessi e interregenti, si fanno qui sono alcuni nomi tutti italiani, tranne uno, belga, che stava sempre qui in Italia: Balduzzi E., Balestra V., Barison F., Basaglia F., Benedetti G., Bobon J., Borgna E., Bovi A., Boyer M., Callieri B., Calvi L.A., Cargnello D., Ceccato G., Frighi L., Galli P. F., Gamna G., Giberti F., Gregoretto L., Lai G.P., Maccagnani G., Montefoschi S., Morselli G.E., Napolitani D., Novello E., Palazzoli-Selvini M., Petrella F., Pirella Ag., Semerari A., Tranchina P., etc., (chiedendo scusa per tutte le omissioni di un elenco fatto sul ricordo).

La psicoanalisi si afferma dentro e fuori l’università. Rigoglioso è il movimento fenomenologico e antropo-fenomenologico italiano.

Fioriscono gli studi psichiatrici sul linguaggio, la comunicazione e la psicopatologia dell'espressione. Nascono anche in Italia la psicoterapia di gruppo, le terapie bifocali e polifocali, gli indirizzi relazionali, la psichiatria di comunità, la psicoanalisi istituzionale. La psichiatria in Italia è percorsa, come in tutto il mondo, da influenze tangenti che provengono da specificazioni adiacenti e diverse del sapere: dalle discipline psicologiche (generali e sperimentali), dalla teoria dell'informazione, dall'analisi del linguaggio, dalla linguistica, dalla semiotica, dalla semantica, dalla cibernetica, dalle discipline sociologiche, dall'antropologia culturale, da indirizzi pluridisciplinari (teoria dei sistemi; strutturalismo), dalla critica artistica, dalla semantica letteraria, dagli studi sul significato nelle arti visive, dalla filosofia (fenomenologia; filosofia della prassi; etc.), dall'epistemologia e dalla metodologia delle scienze. Gli anni sessanta sono, per la psichiatria italiana, il periodo della modernizzazione, della proliferazione paradigmatica, delle influenze tangenti, che s'inizia in ritardo sul resto del mondo occidentale, ma che si accelera in modo sempre più rapido e vorticoso, fino a condurre alla fine degli anni sessanta a un primato italiano nella vastità e complessità della proposta di trasformazione, così che la specificità italiana del periodo successivo divengono l'anticipazione e l'amplificazione di una trasformazione in atto in tutto il mondo occidentale e che non consiste solo – semplicisticamente – nel passaggio dall'assistenza intramuraria a quella extra-muraria, ma piuttosto in un vasto, difforme e confuso ampliamento di sistema di riferimento conoscitivo e in un mutamento operativo. Questo periodo corrisponde alla fine dell'isolamento culturale italiano, al miracolo economico con il conseguente mutamento della mentalità collettiva, alla fine dei regimi politici conservatori. Il periodo si chiude emblematicamente con la contestazione studentesca della psichiatria nel 1968, con la nascita delle psichiatrie alternative, con il rifiuto del manicomio e (in qualche caso) della psichiatrizzazione, con le prime proposte di riforma, etc.

3. Il periodo della crisi paradigmatica e del mutamento operativo (1968-1978)

Nella seconda metà degli anni sessanta due sono i filoni più evidenti del discorso nuovo che andava nascendo negli ospedali psichiatrici: da un lato l'interesse alla trasformazione e al rinnovamento, alla psicoterapia istituzionale (nel senso di Tosquelles), alla comunità terapeutica (nel senso di Maxwell Jones), alla liberalizzazione, alla democratizzazione, all'apertura delle porte e alla soppressione della contenzione fisica dei ricoverati, dall'altro lato l'analisi delle istituzioni (*totali*, come allora s'incominciava a dire), della loro distruttività e

dell'iterazione, dell'assurdità gerarchizzata, dei ruoli prefissati, del tempo vuoto, in risonanza con le analisi di Goffman, Cooper, Laing, Foucault, che divennero rapidamente gli autori più letti in Italia: sempre più il danneggiamento mentale dei ricoverati incominciava ad apparire come "reazione istituzionale". La clinica sembrava confermare i dati dell'analisi socio-politica e si trasformava così in una clinica nuova. Negli anni sessanta le esperienze psichiatriche alternative nei manicomi italiani sono due: quella di Gorizia condotta da Franco Basaglia che avrà ampia e meritata risonanza in tutto il mondo e quella di Materdomini di Nocera Superiore condotta dall'autore di questa relazione che dette la possibilità di estensione nazionale (da Nord a Sud) dell'esperienza di manicomio aperto e quindi la costituzione di un movimento psichiatrico alternativo su base nazionale.

L'uscita de *L'istituzione negata* segna la data «ufficiale» di nascita della psichiatria alternativa italiana e raccoglie tutto il fermento degli anni precedenti: ma costituisce anche il manifesto della «contestazione psichiatrica» e diviene, in qualche modo, il «libretto rosso» delle grandi manifestazioni popolari, studentesche, sindacali, artistiche che divampano sull'argomento dei manicomi, dell'oppressione dei diversi, dell'esclusione sociale, della repressione formativa e culturale e così via. L'occasione è stata commemorata in vario modo e non sono mancate certamente le occasioni per fare bilanci o tentare storiografie. Nei dieci anni che intercorrono fra l'uscita de *L'istituzione negata* e l'emanazione delle leggi di riforma v'è un percorso di estensione propulsiva e di riforma progressista dello Stato sociale, che il successivo andamento discendente della vicenda politica europea ed italiana renderà sempre più difficile e duro.

Negli anni successivi al 1968 vanno sperimentandosi i primi modelli di contemporaneità fra lavoro interno al manicomio e lavoro territoriale, modelli che fra mille contrasti e contraddizioni andranno poi organizzandosi in una complessiva proposta riformatrice. E' molto attiva in quel periodo Psichiatria Democratica, l'associazione raccolta intorno a Franco Basaglia, che contesta tutte le forme oppressive, distruttive, anti-umane della psichiatria tradizionale e propone con forza crescente forme nuove d'intervento per la tutela della salute mentale. In quel periodo l'indignazione popolare verso il "manicomio-lager", come allora si diceva, raggiunge il massimo. I mezzi di comunicazione di massa (giornali e televisione) partecipano attivamente al dibattito e in breve tempo si scrivono sulla psichiatria più articoli che non nei precedenti settanta anni. La fotografia d'arte, il cinema, l'arte figurativa si cimentano con forza su tale argomento e vengono prodotte opere di valore (come esempio: il lavoro fotografico di Luciano D'Alessandro, 1969). Nel Sud

d'Italia (e in particolare in Campania) vi è una partecipazione molto viva ed estesa. Napoli è la prima grande città italiana (oltre 1 milione di abitanti) in cui esperienze alternative anti-manicomiali e territoriali iniziano già dal 1974, cioè prima dell'emanazione della Legge 180.

4. Il periodo della difficile riforma: il progetto (1978-1989)

Il 13 maggio 1978, dopo oltre dieci anni di incessante dibattito e di continua denuncia dell'anacronismo e delle distorsioni gravi del sistema psichiatrico italiano, sotto la minaccia di un referendum popolare, fu emanata frettolosamente una legge, che – sia pur con una serie di ambiguità e di omissioni – regolava l'assistenza psichiatrica in un modo completamente diverso dal precedente. Questa Legge fu inserita nel dicembre dello stesso anno nella Legge n. 833 che istituiva in Italia il Servizio sanitario nazionale, superando finalmente il lungo periodo della medicina mutualistica. Con la Legge n. 180 del 13 maggio 1978 ("accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori") fu abrogata la vecchia Legge italiana n. 36 del 1904 ("sugli alienati e i manicomi"), che – con le sue contraddizioni e ambiguità – aveva contribuito notevolmente a fare dei manicomi italiani dei depositi d'infelici e di abbandonati.

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).

L'attuazione delle leggi di riforma del 1978 sulla psichiatria avrebbe dovuto determinare i seguenti mutamenti:

a. l'Ente pubblico che assiste i malati mentali non è più l'Amministrazione Provinciale bensì l'Unità sanitaria locale (decentramento amministrativo; possibilità di partecipazione democratica); si passa cioè da un grande bacino di utenza (talora di molte Province fra loro consorziate) a un bacino di utenza molto più piccolo (50.000/200.000 abitanti): le grandi concentrazioni manicomiali sono così amministrativamente smontate. Inoltre – come s'è già esplicitato nel paragrafo precedente – mentre l'Amministrazione Provinciale è una divisione politico-amministrativa dello Stato, l'Unità sanitaria locale è una struttura operativa della Sanità e ciò dovrebbe permettere una maggiore efficienza gestionale.

b. Il trattamento sanitario obbligatorio per le persone con disturbi psichici non è più effettuato in manicomio, come avveniva precedentemente, ma può essere effettuato:

- i. nei posti-letto a ciò destinati di un ospedale civile (servizio ospedaliero di diagnosi e cura);
- ii. presso il domicilio del paziente;
- iii. in qualunque altra struttura utile (es. centri-crisi nei centri di salute mentale, etc). Il trattamento sanitario obbligatorio non è più un'automatica dichiarazione di pericolosità sociale com'era nella vecchia Legge 1904, ma è posto in relazione con necessità e possibilità terapeutiche e d'intervento. Il ricovero diviene una parte integrante del ciclo diagnosi-terapia e la possibilità che la stessa équipe segua il paziente prima, dopo e durante il ricovero diviene così continuità terapeutica.

c. Il servizio psichiatrico territoriale ha piena presa in carico di tutta la sofferenza psichiatrica del territorio di una Unità sanitaria locale (qui le leggi n.180 e 833 non dicono con chiarezza, ma indicano e sottintendono ciò che è stato recepito da molte delle legislazioni regionali successive, vale a dire il fatto che il servizio psichiatrico territoriale deve essere aperto continuativamente; questa mancata esplicita indicazione determinerà un gran numero di mancate realizzazioni e costituirà uno dei punti più deboli del dispositivo della riforma). La presa in carico totale significa che il servizio territoriale svolge a ciclo continuo tutte le attività di prevenzione, cura, riabilitazione, pronto intervento, coordinamento fra momento sanitario e momento sociale, indagini epidemiologica e in genere ricognizione scientifica del territorio (Piro 1982a, 1982b, 1988a, 1988b, 1989, 1991a, 1991b).

d. Nell'ambito dell'Unità sanitaria locale è possibile disporre di tutte quelle strutture intermedie (alloggi, piccole comunità, centri diurni, centri sociali, etc.) per la sistemazione progressiva dei dimessi dai

manicomi o dei pazienti con difficoltà di lunga durata e molte legislazioni regionali contemplano esplicitamente queste possibilità operative.

e. Non viene più considerato, come nella vecchia Legge del 1904, solo il caso della sofferenza psichiatrica che crea problemi di ordine pubblico (la pericolosità per sé e per gli altri o il pubblico scandalo), ma viene presa in carico tutta la possibile utenza (ciclo completo prevenzione-cura-riabilitazione). Precedentemente in Italia la pubblica assistenza psichiatrica s'interessava solo degli ospedali psichiatrici: non esisteva nessuna pubblica assistenza psichiatrica per tutti gli altri cittadini in condizione di rischio, di disagio psichico, di malattia mentale. Una cifra che si calcola approssimativamente fra due e tre milioni di persone erano gettati in balia dell'assistenza psichiatrica privata e una parte discreta di essi lo sono ancora, a causa della parziale attuazione della riforma. Appare così anche chiaro uno dei motivi strutturali dell'opposizione alla riforma di molti ceti professionali e dell'imprenditoria privata della salute.

Il movimento anti-istituzionale italiano nasce 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 Maxwell 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.

Benchè 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 invaso 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 (Piro 1988).

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, giuglianesi, 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 (sensi strettissimi), 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. Cadono 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 psichiatrico italiano (Piro 2003c).

5. La pratica della riforma (1978-1989)

La riforma psichiatrica italiana del 1978 avrebbe dovuto determinare un vasto e profondo mutamento delle prassi sia nel senso della tipologia operazionale, sia nel senso della qualità complessiva dell'agire pratico (buona pratica, nel gergo semanticamente ricco del movimento, ripreso in questa relazione).

a) la tipologia operazionale

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:

- i. il servizio territoriale di salute mentale è multiordinale e pluri-qualitativo;
- ii. è capace di accogliere tutta l'utenza di un bacino di estensione limitata e ben determinata;
- iii. è attivo senza soluzioni temporali e non sottopone mai l'utenza ad alcun disagio evitabile;
- iv. ha come fondamento metodologico i criteri della reperibilità e disponibilità, della non-selettività, dell'adeguatezza e tempestività di ogni intervento;
- v. organizza il proprio lavoro con precisione e puntualità;
- vi. fa dell'invenzione pratica collettiva la base epistemologica del suo agire;
- vii. 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).

b) La qualità complessiva dell'agire pratico

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 fin dall'inizio al gergo di lavoro di alcuni gruppi fortemente impegnati di operatori della riforma (Del Giudice G. 2003, Dell'Acqua G. 2003, Mancini A. 2002) – 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 alternativa 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:

- i. Rispetto pieno della libertà e dei diritti dei cittadini (cfr., ad esempio, il Regolamento del DSM di Trieste);
- ii. Rifiuto della violenza e dell'oppressione nei rapporti interumani;
- iii. Arco vasto di attività, massimo sforzo per ridurre l'affittività degli interventi, conseguente rifiuto di tutte le pratiche violente e coattive, ereditate dell'era manicomiale o reinventate al presente;
- iv. Invenzione continua della «cura» come legame epocale a una collettività umana, come espansione vitale, come comprensione del mutamento prodotto dalla crisi e dalla sofferenza;
- v. Opposizione frontale alla mutilazione prodotta dalla soppressione meccanica o farmacologica della crisi e conseguente presenza continuativa e partecipante degli operatori anche nelle fasi acute;
- vi. 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»);
- vii. Coazione incondizionata, singolare e plurale, d'impegno, quale stile del servizio e quale pratica dell'accoglienza;
- viii. 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 il cui l'équipe è «gettata» ad operare;
- ix. Istigazione alla possibile autonomia territoriale degli psichiatristi (Mancini A. 2002);
- x. Etc. in tutte le varianti culturali, linguistiche, attuative dei progetti di «cura» che sono fra noi in quest'epoca.

c) *Le trasformazioni conoscitive (vale a dire la riforma come strumento di ricerca scientifica: 1978-1989)*

Ci si limiterà qui, per brevità a riportare semplicemente tratti precedenti della ricerca.

“Ogni servizio territoriale di salute mentale che sia multiordinale 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" (Piro 1988b).

"In contrasto con l'approssimazione e l'indefinitezza operativa dei precedenti strumenti della psichiatria (la triade classica: il manicomio con il suo bacino di utenza asistemato 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 innumerevoli 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. 1991°), «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" (Piro 1988)».

Capitolo IV

PSICHIATRIA A NAPOLI: FESTE FARINA E FORCA

A Napoli dal 1° giugno 2012 i servizi di salute mentale sono chiusi nelle ore notturne e festive. Questa data è importante perché segna ufficialmente la fine dell'assistenza territoriale in città.

Il declino dell'assistenza in salute mentale a Napoli inizia nella seconda parte degli anni 90' e si sovrappone con la definitiva chiusura, necessaria ma frettolosa, dei manicomi. Uno dei segni precoci del disastro annunciato fu la collocazione delle strutture intermedie residenziali, che dovevano ospitare coloro che erano in manicomio nella periferia ovest della città di Napoli, molto lontane dai centri di salute mentale e quindi fin da subito piccoli manicomi.

Ma lasciamo in sospeso questo discorso e veniamo agli anni della *razionalizzazione* della spesa in sanità.

La regione Campania aveva un deficit disastroso in campo sanitario e il rientro dallo spaventoso debito fu di fatto accollato sulle spalle dei cittadini mentre le case di cura convenzionate per la psichiatria si riempiono, allora come oggi, di nuovi e preziosi utenti.

In salute mentale ogni intervento fu modulato esclusivamente sulla falsariga di quello psichiatrico-ambulatoriale. Il personale si contrasse vistosamente di numero, quello medico fu assunto con l'etichetta di specialista ambulatoriale, tutto il carico dell'urgenza e dell'emergenza territoriale fu spostato sul 118.

I centri di salute mentale oggi non possono più neanche prescrivere terapie presso i loro locali (in gergo sanitario *day hospital*) e anche le terapie domiciliari si devono interrompere sempre il sabato sera fino al lunedì mattina e talvolta anche nei giorni feriali quando è assente l'autista.

Le organizzazioni sindacali insorsero negli anni tra il 2010 e 2012 a difesa dei diritti dei cittadini sofferenti e a difesa del salario degli operatori non medici dei centri di salute mentale. Lo scontro si fece duro tra sindacati e direzione generale dell'Asl. Nel 2013 cambiò il vertice dell'azienda sanitaria locale Napoli 1 centro. Molti (compresa la CGIL) guardavano fiduciosi al nuovo direttore generale e ci si attendeva che egli si impegnasse nel rispetto della legge 1/83 e che si tornasse quindi all'assistenza territoriale H24 come punto di partenza per la difesa dei diritti dei sofferenti psichici alla cura e all'inclusione sociale e lavorativa.

Così non fu.

E circa un anno fa, in l'accordo con le organizzazioni sindacali, nell'immobilismo programmatico nell'area della salute mentale, furono inventati i tre *poli territoriali* per l'emergenza ed urgenza in salute mentale, ovvero dei centri di emergenza ed urgenza che raggruppano in tre poli l'utenza dei dieci servizi territoriali urbani: non essendo il numero dieci divisibile per tre ci si ingegnò a far sì che in uno dei tre poli afferissero ben quattro territori. Tutto il resto rimase come era: spreco di risorse, abbandono, incuria, violazione dei diritti elementari alla cura. Tutto rimase immutato tranne il modello nuovo per l'emergenza ed urgenza.

Il precedente modello organizzativo centrato esclusivamente sul 118 e sul reparto ospedaliero aveva il grande pregio della chiarezza. Muovendo da un'impetosa e falsa enumerazione degli interventi nelle ore notturne

e festive (la scarsità di richieste di soccorso nelle ore notturne e nei giorni festivi, allorché tanti sofferenti trascorrono da soli giornate interminabili, avrebbe dovuto far nascere mille interrogativi su quello strano deserto chiamato pace), l'assistenza nelle ore notturne e festive veniva di fatto ospedalizzata e così era sancito in modo simbolico la fine dell'opzione territoriale alla cura, che, come abbiamo cercato di illustrare, non era mai nata nella pratica strutturale dei servizi.

La neonata (e ancora in atto al momento in cui il presente lavoro va in stampa) organizzazione territoriale del dipartimento di salute mentale dell'ASL Napoli 1 centro, foglia di fico di una esausta e non credibile svolta democratica in psichiatria, che prevede la presenza di tre poli territoriali nelle ore notturne e festive, sconta una grave carenza culturale, metodologica e di politica sanitaria in senso vasto.

I neo-territori, che nascono magicamente nelle ore notturne e nei giorni festivi, e che altrettanto magicamente svaniscono al mattino dei giorni feriali, sono entità vuote e surreali.

Questa neoterritorializzazione pulsante, legata all'annosa questione della risposta istituzionale alla crisi psichica (che la vulgata corrente traduce nei termini di *urgenza ed emergenza*), di cui i cittadini napoletani non sono stati informati in alcun modo, è divenuta di fatto una burocratica modifica di un protocollo di intesa tra il 118 e il dipartimento di salute mentale.

Certo il cittadino napoletano in preda a scompenso psichico, che dal 1° giugno 2012 aveva dovuto rassegnarsi all'ambulanza e al trasporto presso il pronto soccorso dell'ospedale *S. Giovanni Bosco* per ottenere un qualche forma di cura psichiatrica, ora si può giovare di uno psichiatra che può visitarlo a casa. Eppure non lo sa. Comunque egli chiamerà il 118 e attonito, dopo essere

stato visitato da un medico di ambulanza in tuta arancione, stavolta vedrà comparire uno psichiatra a casa in compagnia di due infermieri. Se poi il nostro paziente ha tentato di aggredire o ha minacciato qualcuno dovrà aprire la porta anche alle forze dell'ordine.

Il senso della nuova organizzazione avrebbe dovuto essere nella restituzione della psichiatria della crisi al suo ruolo di salute mentale territoriale, che può certo giovare di 118 ed ospedali, come ha sempre fatto, ma che non colloca più la malattia mentale nel coacervo indiscriminato della malattia di interesse medico, ma che fa della sofferenza psichica un caso particolare dell'umana sofferenza.

L'attuale organizzazione è in bilico tra una psichiatria manicomiale e medicalizzante tramontata e una salute mentale territoriale mai nata. Molti i punti critici che inesorabilmente debordano nella comicità grottesca quanto involontaria. Raggruppiamoli in tre aree:

1. Erronea impostazione del problema urgenza-emergenza: la paura della crisi

In assenza di un'adeguata informazione dell'utenza e di un mutamento radicale di mentalità assistenziale l'attuale organizzazione rinvia ad una gestione interamente medicalizzante della crisi, per nulla dissimile dalla precedente formula ospedalocentrica; il ritorno al territorio ha un senso solo nella ricerca attiva del paziente, nella prossimità alla sua condizione di sofferenza e quindi nella prevenzione di ricadute critiche. Essere sul territorio di sera, notte e nei giorni festivi è prevenzione attiva della crisi, anticipazione delle conseguenze di crisi che portano al ricovero e allo stigma accentuato, offerta di incontri e colloqui nelle fasi pre-emergenziali. Confondere psichiatria e salute mentale, e quindi il trattamento medicale delle urgenze ed emergenze con

la presa in carico sofferenza psichica nelle 24 ore, è un grave errore concettuale, culturale e metodologico. I poli territoriali notturni e festivi per come sono ora non sono né ambulatori né pronto soccorso ospedalieri: una sorta di territorio senza territorio, un compromesso delirante, un non senso dal punto di vista operativo.

2. Meccanica e burocratica costituzione dei nuovi poli territoriali per l'emergenza ed urgenza: antichi vizi, assenza di virtù

I centri territoriali polidistrettuali sono chiusi talora con sbarre e cancelli. Essi diventano luogo di sosta per medici, infermieri e autisti. Diviene incomprensibile, ad esempio, perché mai operatori facciano due interventi in 12 ore di una domenica di maggio (il terzo è stato evitato per erronea attribuzione distrettuale da parte del 118) in un territorio con circa 400.000 abitanti, dove è verosimile che le condizioni di sofferenza in un giorno festivo non siano così poche. Negli interventi domiciliari gestiti tramite 118 si affollano a casa del paziente figure professionali, talora ridondanti: infermieri, medici, autisti. Negli interventi presso gli ospedali non è chiaro cosa debba fare l'infermiere territoriale e cosa quello ospedaliero. La presenza dell'infermiere territoriale, uno per ciascun servizio di origine avrebbe dovuto avere il senso della restituzione all'intervento psichiatrico di un minimo di rapporto di conoscenza tra operatori infermieri e utenza: così non è stato in quanto in un polo che raggruppa quattro territori per ogni turno lavorano solo tre infermieri. I tre centri territoriali per l'urgenza ed emergenza avrebbero dovuto essere realmente luoghi aperti alla popolazione, ben visibili, collocati in luoghi centrali: lì avrebbe dovuto accogliersi l'utenza che non ha ricevuto risposte durante le ore diurne, lì si sarebbe dovuto smistare l'utenza presso i dieci servizi

di salute mentale. Ed invece i poli territoriali sono luoghi dove si attende la telefonata del 118, ben rinchiusi e ben attenti a non generare aspettative nella popolazione

3. I luoghi della crisi e la metodologia clinica come giustapposizione di funzioni

Non esiste al momento alcun coordinamento tra i vari servizi territoriali, alcun nesso metodologico tra servizi feriali e multidistrettualità notturna e festiva. Qualcuno si sarebbe atteso un coordinamento operante tra i servizi che si collegano al medesimo polo territoriale, una gestione attenta dell'informazione tra quanto accade di notte e nei festivi e il servizio di salute mentale che ha preso in carico il paziente. Nulla di tutto questo è stato programmato, tutto è stato affidato alla compilazione di una scheda dell'intervento in urgenza. Questo comporta un cattivo servizio all'utenza, uno spreco di risorse umane, un aggravio di spesa. La crisi psichica non gestibile a domicilio avrebbe necessità di luoghi adeguati dove trovare il suo momento di oltrepassamento della condizione di acuzie. Una pletera di operatori a casa del paziente e assenza di luoghi adeguati per far trascorrere alcune ore con il paziente. Lo psichiatra stanco e sfiduciato chiede posti letto nei servizi di diagnosi e cura, si sente solo ed impotente, si rifugia nel ricovero in clinica convenzionata come unica risorsa per allontanare il problema. Per concludere, il dispositivo attuale sembra studiato per rispondere ad esigenze incompatibili e spesso contraddittorie: il paradigma biologista in psichiatria da un lato e le buone pratiche sociali di cura della sofferenza psichica. La gestione della crisi diviene così il terreno dove è possibile al contempo essere bravi tecnici e buoni operatori. Per essere bravi tecnici occorre ribadire l'assetto psichiatrico nella risposta al paziente con tutto lo spiegamento dei mezzi per la cura

dell'urgenza medica (ambulanza, 118, ospedale), per essere buoni operatori (dopo la chiusura dei manicomi tutti devono pagare il dazio alle buone pratiche) occorre che l'intervento sia anche territoriale, che al letto del paziente si rechi lo psichiatra, che lo visiti (ma solo se in carico, come si usa dire) con tutte le premure del caso, che valuti con solerzia e attenzione la possibilità di rispedirlo a casa, luogo per eccellenza di tutte le buone pratiche.

In questo confuso agire e innanzi a questa giustapposizione di prassi lo sciagurato cittadino muto e angosciato si ritira e attende nel silenzio risposte e gesti che gli restituiscano dignità e diritti.

La legge 180 del 1978 e la legge 1/83 in Campania insieme con la valanga di progetti obiettivi e atti aziendali successivi hanno ben chiarito che la cura della malattia mentale (in tutte le sue accezioni, dalle forme gravi e gravose a quelle minori e meno invalidanti) deve essere territoriale e deve svilupparsi in un'ottica di prevenzione delle ricadute e di seguimento della persona sofferente presso il luogo in cui vive e lavora. Il territorio è quindi non una espressione geografica, né una espressione geopolitica, ma uno strumento di intervento.

La vera rottura del paradigma territoriale rispetto al paradigma manicomiale consiste proprio nel rovesciamento del piano d'intervento tradizionale in medicina: l'internamento (breve per le malattie somatiche, lungo e lunghissimo per le malattie mentali), la cura e la restituzione dell'individuo risanato alla società. Non più internamento, ma *seguimento*, non più cura di una supposta disfunzione con l'esclusione e l'assemblamento, ma *trasformazione* della sofferenza in opportunità di vita, cambiamento da una condizione di passività, rassegnazione e appiattimento affettivo ad una di maggiore partecipazione alla vita collettiva, di maggiore impegno sociale, di maggiore godimento gioioso dell'esistenza.

La cura territoriale, del territorio attraverso il territorio, naturalmente necessita di risorse e di mezzi, ma anche di modifiche culturali, umane in senso lato. Occorre quindi che accanto alla creazione di strumenti di intervento (leggi, progetti obiettivi e linee guide regionali) si creino anche strumenti di approccio (culturali, umani in senso lato) al sofferente psichico profondamente diversi da quelli attuali per quanto attiene allo stile relazionale, alla capacità immedesimativa, alla prossimità concreta alle persone con disagio.

La struttura dipartimentale e la successiva dislocazione sul territorio cittadino delle unità operative di salute mentale sono l'architrave del modello territoriale.

Per chiudere questo capitolo una tabella riassuntiva ed esemplificativa:

<p><i>Modello iniziale (anni 80') conforme alla legge 1/83: territorialità prevalente, con limitata presenza ospedaliera</i></p>	<p><i>Modello attuale: ambiguo e pseudoterritoriale, a crescente ospedalocentrismo pubblico e privato (metà anni 90' e poi dal primo lustro del III millennio)</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Il dipartimento di salute mentale si articola in dieci unità operative complesse a cui sono assegnati tutti i compiti di prevenzione e cura di un determinato territorio 2. Il territorio è riconosciuto nella sua unitarietà, come luogo di relazioni e di correlazioni tra struttura sanitaria e struttura di cittadinanza attiva. 3. L'unità operativa di salute mentale è complessa, richiede un suo organico, riconosce nella sua organizzazione l'utilità della presa in carico globale della sofferenza, dal suo primo manifestarsi alla cura successiva. 4. Il direttore dell'unità operativa rappresenta questa unità funzionale, ne garantisce lo sviluppo adeguato alle esigenze dei cittadini di quel distretto 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La creazione dei poli territoriali per emergenza ed urgenza distrugge i dieci territori. Invenzione della territorialità pulsante 2. I reparti ospedalieri sono centralizzati, cin personale proprio. Le Sir sono localizzate fuori dal contesto territoriale 3. L'unità operativa di salute mentale di fatto perde una sua funzione: non ha centri crisi (tranne alcune dove la funzione centro crisi è utilizzata poco e male), non è collegata stabilmente al reparto ospedaliero, non fanno programmi di prevenzione territoriale. I programmi di incentivazione sono centralizzati 4. Scompare la figura del direttore dell'unità operativa, invenzione della figura del responsabile
<ol style="list-style-type: none"> 1. Centri di salute mentale accoglienti e aperti per tutti con presa in carico del paziente continua e completa nelle 24 ore. 2. Erogazione nelle 24 ore di tutti gli interventi necessari, da quello sanitario in senso stretto (diagnosi differenziale con altre patologie anche con l'ausilio di altre agenzie territoriali o con l'intervento del 118) a quello specifico del campo con risposta pronta ad ogni forma di emergenza ed urgenza. 3. Intervento domiciliare e ambulatoriale da parte di personale esperto e qualificato che conosce il paziente o che lo seguirà in futuro. Questo fatto è della massima importanza in quanto serve a collegare l'intervento in emergenza con il seguimiento successivo: i contenuti della crisi "psicotica" sono di grande importanza nella cura successiva e si ripresenteranno in modalità diverse e con diversa espressività della sofferenza medesima. Una crisi psicotica non è un mal di pancia che quando scompare non lascia alcun segno o ricordo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. I centri di salute mentale divengono ambulatori dove è erogata prestazione sanitaria. Essi chiudono alle 20 dei giorni feriali e sono chiusi nei giorni festivi. Ogni accoglienza e interpretazione del disagio e della domanda a tale disagio correlata è possibile solo nelle ore diurne feriali. 2. Assistenza notturna e festiva: Ogni condizione di sofferenza psichica è demandata di fatto al 118. Ogni paziente, anche quello ben conosciuto ai servizi, è visitato in ospedale, nell'unico ospedale preposto, distante anche decine di chilometri dalla casa del paziente. Il polo territoriale risponde solo alle chiamate del 118. Nessun cittadino conosce il numero dell'emergenza notturna e festiva. Il raggruppamento in poli recide ogni legame del cittadino con il suo servizio. 3. La crisi del paziente è riconosciuta bisognevole solo dell'apparato farmacoterapico: le condizioni ospedaliere attuali sono mortificanti per il paziente e per il medico che fa l'intervento. L'interruzione della continuità terapeutica è sancita come irrimediabile e la continuità terapeutica tra primi momenti e successivi è bandita dai compiti del dipartimento di salute mentale

<ol style="list-style-type: none"> 1. Trattamento domiciliare per tutti i pazienti con ridotta compliance, o per pazienti che necessitano di rapporto continuo con il personale per impossibilità a sviluppare forme di socialità. Il numero di sofferenti che ricevono le cure al loro domicilio va quantificato: a tutt'oggi possiamo affermare che non meno di 300 pazienti gravi ricevevano più volte al giorno le cure necessarie al loro domicilio. 2. Trattamento di molte condizioni critiche in regime di day hospital, funzionante sette giorni su sette. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interruzione del trattamento di prossimità territoriale nelle ore notturne e festive. Terapia farmacologica interrotta immotivatamente di notte e nei festivi con grave danno e pericolo per il paziente. Trattamento domiciliare del paziente sostituito progressivamente dall'utilizzo di farmaci long acting senza che il paziente sia informato dei rischi a cui va incontro con tali medicine 2. Abolizione del regime di day hospital con incremento necessario dei ricoveri ospedalieri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Processi riabilitativi continui e prolungati nell'arco dell'intera giornata. 2. Connessione operante tra progetti individuali per il singolo paziente e progetti residenziali riabilitativi di gruppo. 3. "Riabilitazione" intesa come momento della cura e del rapporto tra équipe curante e singolo o gruppi di pazienti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riabilitazione intesa come intrattenimento, area di parcheggio, intesa come funzione ortopedica mentale, con a capo un medico psichiatra 2. Riabilitazione intesa come attività ben definita alla stregua di quella per malattie somatiche. 3. Forte rischio di stigmatizzazione del paziente da riabilitare, con netta separazione tra centri diurni e territorio. Prevalenza della riabilitazione intramuraria
<ol style="list-style-type: none"> 1. Forte legame tra prevenzione e cura nel singolo distretto territoriale. 2. Possibilità di connessione tra reti territoriali, agenzie, associazioni. 3. Prevenzione come messa in rete delle agenzie per la salute e per la formazione individuale (prima fra tutte la scuola) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenzione intesa come programma generico sovradistrettuale nell'organizzazione. 2. Assenza di collegamento operativo tra cura e prevenzione nel singolo paziente inserito in un determinato territorio. 3. Prevenzione intesa in senso medico

Capitolo V

SALUTE MENTALE OGGI A NAPOLI: IL COMITATO DI LOTTA PER LA SALUTE MENTALE

«Ma la chiusura dei manicomi ha segnato per sempre un punto di non ritorno: per quanti vi erano inutilmente imprigionati e per quanti ritenevano di poter controllare e curare ogni forma di peculiarità comportamentale, ogni modalità esistenziale deviante dalla norma. La “cura” della sofferenza non può pretendere per sé un’autonomia di prassi e di tecniche, non può tenersi alla larga dai tumultuosi cambiamenti epocali, non può essere solo una professione sanitaria. Essa si dà, nel campo antropico continuo, come spinta antagonizzatrice di ogni forma di esclusione e di guerra, di ogni celebrazione identitaria, di ogni rinuncia alla trasformazione del mondo.

Il paradosso della “cura” viene così svelandosi: la comunità, nel suo divenire storico, esprime sia spinte forti verso la distruzione di se stessa e del mondo, sia spinte altrettanto forti verso condizioni di vita più egualitarie, più sostenibili per l’intero eco sistema, meno intrise di disperazione, di odio e di morte. L’empowerment dei “malati mentali”, l’istigazione a processi autotrasformativi (self help) dei “sani” e dei “malati”, il ritiro di una delega assoluta e immotivata al “tecnico” per quanto attiene alla “cura” della sofferenza, potrebbero divenire orizzonti nuovi di prassi sociale e di autentica democrazia popolare. In questo senso l’esperienza di “cura” territoriale è un programma collettivo e corale di ricerca e di trasformazione della sofferenza antropica: i servizi di salute mentale, paradossalmente utili nella loro provvisorietà, potrebbero, spingendosi oltre se stessi, esserne uno strumento» (Mancini A. 2002).

Nel dicembre 1999 si apre a Seattle una stagione nuova nella storia. 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 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», Marx K.).

Onde mutanti di lotta, frammentaria e contraddittoria al suo interno si fanno avanti e inspiegabilmente durano nel tempo, nonostante la confusione e globalizzazione planetaria della protesta, l'assopirsi delle spinte *no-global* e l'improvviso e breve infiammarsi delle primavere arabe, e il pieno affermarsi della dittatura finanziaria dell'euro e il contemporaneo risveglio di una coscienza antagonista che trova persino nelle parole del primo papa cattolico latinoamericano accenni di risonanza.

E in una Italia in cui tramontano i grandi partiti di massa per far posto a *lobby* professionali ed economico-finanziarie che appoggiano indifferentemente candidati di destra o di sinistra.

L'Associazione Sergio Piro, nata subito dopo la sua scomparsa, ha prodotto dal 2009 ad oggi molti documenti e convegni non solo per ricordare la figura dello psichiatra, antropologo, musicista ma per lottare contro la tortura e i suoi impliciti in campo psicologico-psichiatrico, per il rinnovamento culturale e la profonda trasformazione delle prassi di cura.

L'associazione ha incontrato nel 2012 presso il Centro Sociale occupato *Banchi Nuovi* un collettivo che si occupava di depressione ontica e di correlazioni

tra la condizione di disoccupazione e la depressione. Nacque un comitato di lotta di cui si vuole riportare in questa sede il volantino con cui il comitato stesso oggi si presenta

COMITATO DI LOTTA PER LA SALUTE MENTALE

Chi siamo?

Il comitato è composto dai disoccupati di Banchi Nuovi, sofferenti psichici e familiari, studenti, specializzandi in psichiatria, operatori che lavorano nell'ambito della salute mentale, persone impegnate da Da circa tre anni ci riuniamo per affrontare il tema della sofferenza psichica, che troppo spesso è intesa come male individuale, come un'etichetta, come una vergogna da nascondere e dissimulare. Pensiamo che ogni storia di malessere personale possa essere espressione di un problema sociale, materiale, derivante da condizioni di vita che di giorno in giorno diventano sempre peggiori e difficili da affrontare per tutti. Tre anni di attività...

Abbiamo fatto base presso il Centro Sociale Banchi Nuovi a Forcella e da qui abbiamo iniziato a lavorare nel quartiere e per il quartiere, mettendo in campo attività sociali e percorsi di lotta che trasformassero ogni esperienza di malessere individuale in una spinta alla discussione e alla partecipazione collettiva, verso un orizzonte di cambiamento concreto dei nostri motivi di sofferenza, sul piano politico e sociale.

E oggi?

L'occupazione dell'Ex OPG di Materdei ci ha spinti a rilanciare con entusiasmo le nostre attività e ripartire da qui: questo posto è il simbolo più concreto di cosa significhi scendere in campo e rimboccarsi le maniche per trasformare un luogo di sofferenza e di abbandono in un crocevia di attività sociali varie, in uno spazio di partecipazione attiva e di lotta politica.

Da qui ripartiamo col nostro impegno quotidiano, per conservare la memoria di tutto ciò che questo luogo è stato e di tutte le terribili storie che lo hanno attraversato, ma soprattutto per rilanciare in avanti la nostra lotta, contro tutte le istituzioni che ancora oggi e anche dopo la chiusura degli OPG in Italia sono e saranno luoghi di esclusione sociale

e normalizzazione delle devianze; contro tutto ciò che è espressione di pratiche psichiatriche e dinamiche sociali volte a soffocare il disagio attraverso un uso massiccio e sempre più diffuso di psicofarmaci e una stigmatizzazione della sofferenza, contro tutto ciò che ci ostacola nel nostro percorso di trasformazione in meglio della realtà!

IL COMITATO DI LOTTA PER LA SALUTE MENTALE SI RIUNISCE OGNI VENERDI' ALLE 18:00 ALL' EX OPG - "JE SO' PAZZO". VUOI SAPERNE DI PIU'? VUOI PARTECIPARE? LASCIACI IL TUO CONTATTO O SCRIVICI SU nuovamente@anche.no

E le azioni congiunte di comitato di lotta e associazione ottennero che il comune di Napoli deliberasse nel dicembre 2102 un osservatorio a tutt'oggi non ancora nato. Di questo osservatorio si riporta la delibera:



COMUNE DI NAPOLI

DIREZIONE CENTRALE WELFARE E SERVIZI EDUCATIVI
SERVIZIO POLITICHE DI INCLUSIONE SOCIALE - CITTA' SOLIDALE
ASSESSORATO AL WELFARE E POLITICHE DELL'IMMIGRAZIONE

Proposta di delibera prot. n° 45 del 27 DIC. 2012

Categoria Classe Fascicolo

Annotazioni

REGISTRO DELLE DELIBERAZIONI DI GIUNTA COMUNALE - DELIB. N° 45

OGGETTO: Istituzione della Funzione di Osservatorio sulla Salute mentale all'interno del Comitato comunale sulla salute e sanità

Il giorno 17/1/2013, nella residenza comunale convocata nei modi di legge, si è riunita la Giunta comunale. Si dà atto che sono presenti i seguenti n° Amministratori in carica:

SINDACO:

Luigi de MAGISTRIS

ASSESSORI:

Tommaso SODANO

Sergio D'ANGELO

Luigi DE FALCO

Antonella DI NOCERA

Anna DONATI

Marco ESPOSITO

Alberto LUCARELLI

Enrico PANINI

Annamaria PALMIERI

Salvatore PALMA

Giuseppina TOMMASIELLI

Bernardino TUCCILLO

(Nota bene: Per gli assenti viene apposto, a fianco del nominativo, il timbro "ASSENTE"; per i presenti viene apposta la lettera "P")

Assume la Presidenza:

Assiste il Segretario del Comune:

IL PRESIDENTE

constatata la legalità della riunione, invita la Giunta a trattare l'argomento segnato in oggetto.

LA GIUNTA, su proposta dell'Assessore al Welfare e Politiche dell'Immigrazione, Sergio D'Angelo

Premesso

- che la Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività;
- che una concezione multidimensionale del concetto di salute include la complessa interazione di problematiche che attengono a stati organici, fisici, psichici con la presenza di carenze sociali, culturali e relazionali nella rete primaria e secondaria
- che in quest'ottica la salute dei cittadini non è intesa solo "Positive Health" nella definizione dell'OMS, ma anche come presupposto indispensabile del benessere sociale della collettività;
- che la città, come struttura materiali e tessuto di relazioni, è il luogo in cui si determina la qualità della vita dei cittadini;
- che la salute della popolazione rappresenta un bene e una risorsa collettiva della comunità che va tutelata adeguatamente anche con strumenti di programmazione a livello locale.
- Che il Comune di Napoli, nell'interesse della collettività amministrata e in funzione del miglioramento della qualità della vita assume la tutela della salute come valore prioritario e lo sviluppo di livelli complessivi di sanità come obiettivo di primaria importanza;
- Che il Comune, in questo senso, deve contribuire, nel rispetto delle competenze attribuite ai diversi livelli istituzionali in ambito sanitario, a sviluppare iniziative tese al miglioramento delle prestazioni sanitarie finalizzate all'innalzamento complessivo della salute dei cittadini residenti sul proprio territorio;

Considerato

- che, a tal fine, il Sindaco con D.S. n.71 del 14/02/12 ha inteso fornire alla Città un'appropriata sede istituzionale che preveda la partecipazione attiva di tutti i soggetti che si occupano a vari livelli della tutela della salute, provvedendo ad istituire il Comitato Comunale sulla salute e sanità quale organo ausiliario dell'azione politico istituzionale in materia;
- che al Comitato è demandato il compito di approfondire il tema della salute in ambito cittadino in tutte le sue articolazioni, qualificandosi come interfattore attivo e propositivo in relazione ai bisogni, ai progetti e alle priorità presenti sul territorio e sui quali concentrare le attenzioni, gli investimenti e le progettualità locali, per sostenere una politica sanitaria di qualità, a misura dei cittadini e con il concorso degli stessi;
- che il Comitato provvede ad elaborare e monitorare strategie e proposte in materia di salute e sanità finalizzate a tutelare, in tutte le forme possibili, la salute e la qualità della vita di tutti i cittadini;
- che al fine di rendere operativo il Comitato, il Sindaco con D.S. n.337 del 10/7/12 ha provveduto alla nomina degli esperti che, titolo non oneroso, mettono a disposizione la proprie competenza ed esperienza all'interno del Comitato

Rilevato

- che la condizione dell'assistenza ai sofferenti psichici nella città di Napoli, dopo una luminosa stagione di innovazioni terapeutiche e pratiche democratiche di trasformazione e cura del disagio che precedettero e seguirono l'emanazione della legge n.1/83 della Regione Campania, da molti anni non può essere considerata al passo con i tempi;
- che legge 180 del 1978 ancor prima che ridisegnare modalità diverse di cura e modalità diverse di intendere la malattia mentale, poneva sul tappeto la necessità di non guardare al malato mentale come elemento da custodire in un luogo separato dalla comunità, bensì al malato in quanto soggetto portatore di diritti, soggetto storico, soggetto vivente immerso nel suo territorio di provenienza, linguisticamente, emotivamente e cognitivamente collegato alla storia del suo gruppo familiare e sociale;
- che con sempre maggior frequenza gli interventi nel campo della salute mentale non collocano il malato mentale al centro della sua storia e della sua vita vissuta, ma lo smembrano nelle prestazioni a cui in quanto malato può accedere.

Atteso

- che la tutela e la promozione della salute mentale nella città di Napoli è un interesse primario da conseguire sia perché la salute mentale è parte rilevante della salute complessiva di tutti coloro che vivono in città sia perché la salute mentale è condizione necessaria per l'espressione e la partecipazione di ogni forma di cittadinanza attiva;
- che la salute mentale e il benessere psicofisico che ne consegue è, come ormai ampiamente dimostrato, il frutto di una forte interazione tra politiche di sviluppo e promozione della cittadinanza attiva della popolazione da una parte e forte presa in carico, da parte delle istituzioni sanitarie preposte, dei soggetti con patologie psicologiche e psichiatriche
- che la tutela della salute mentale è affidata alla legge regionale 1/83 che dispone la forte azione territoriale del dipartimento di salute mentale e la necessità di connettere operazioni tecniche di cura con azioni di inclusione sociale dei soggetti svantaggiati e con prassi attive di prevenzione della sofferenza psichica
- che la stessa condizione di sofferente psichico coinvolge molteplici piani della vita individuale e di interi gruppi familiari, producendo conseguenze multiple sui piani dell'aggregazione, della vita collettiva, del lavoro, del godimento pieno dei diritti civili
- che ogni azione di cura dei malati mentali deve avvenire nel completo rispetto della persona sofferente, ricorrendo per quanto possibile a prassi e tipologie di intervento che prediligano la cura territoriale e domiciliare, evitando l'internamento anche breve in strutture ospedaliere

Ritenuto

in questo senso necessario attivare all'interno del Comitato comunale sulla salute e sanità una specifica Funzione di Osservatorio sulla Salute mentale, quale strumento di monitoraggio, trasformazione e critica delle basi teorico-pratiche delle prassi operative con i seguenti obiettivi:

- Monitoraggio del rispetto integrale dei diritti delle persone sofferenti (visibilità dei presidi territoriali del dipartimento di salute mentale, accesso rapido e non selettivo alle cure, rapidità della presa in carico, efficacia del seguimiento sociosanitario, sostegno pieno e convinto a politiche di sostegno della famiglia delle persone sofferenti)
- Monitoraggio dei trattamenti sanitari obbligatori con esame accurato delle condizioni e circostanze che hanno impedito il ricorso a cure domiciliari o in luoghi altri che evitino il ricorso a cure ospedaliere
- Monitoraggio delle azioni di collegamento in rete tra agenzie sanitarie, agenzie sociali, mondo del lavoro, mondo della scuola per la lotta contro lo stigma, per la prevenzione delle malattie mentali, per l'inclusione lavorativa non assistenziale dei sofferenti psichici
- Monitoraggio del grado di soddisfacimento dei sofferenti psichici per il funzionamento dei servizi integrati e per il grado di coinvolgimento attivo negli interventi che li riguardano;

Preso atto

- che al fine di rendere operativa tale Funzione occorre individuare una adeguato numero di "esperti" intesi come portatori di saperi e conoscenze specifiche relative sia al funzionamento dei servizi sia ai bisogni dei territori, e portatori di interessi specifici relativi alla tutela della categoria rappresentata;
- che, in tal senso, nell'osservatorio dovranno essere presenti i sofferenti psichici, i loro familiari, gli operatori di base dei servizi psichiatrici, i rappresentanti di comitati ed associazioni;

La parte narrativa, i fatti, gli atti citati, le dichiarazioni ivi comprese sono vere e, quindi, redatte dal Dirigente del Servizio sotto la propria responsabilità tecnica, per cui sotto tale profilo lo stesso Dirigente qui di seguito sottoscrive:

27 DIC. 2012

Il Dirigente del Servizio
Politiche di Inclusione Sociale - Città Solidale
dott.ssa Giulietta Chieffo

DELIBERA

- Istituire all'interno del Comitato comunale sulla salute e sanità una specifica Funzione di Osservatorio sulla Salute mentale, quale strumento di monitoraggio, trasformazione e critica delle basi teorico-pratiche delle prassi operative con i seguenti obiettivi:
 1. Monitoraggio del rispetto integrale dei diritti delle persone sofferenti (visibilità dei presidi territoriali del dipartimento di salute mentale, accesso rapido e non selettivo alle cure, rapidità della presa in carico, efficacia del seguimiento sociosanitario, sostegno pieno e convinto a politiche di sostegno della famiglia delle persone sofferenti)
 2. Monitoraggio dei trattamenti sanitari obbligatori con esame accurato delle condizioni e circostanze che hanno impedito il ricorso a cure domiciliari o in luoghi altri che evitino il ricorso a cure ospedaliere
 3. Monitoraggio delle azioni di collegamento in rete tra agenzie sanitarie, agenzie sociali, mondo del lavoro, mondo della scuola per la lotta contro lo stigma, per la prevenzione delle malattie mentali, per l'inclusione lavorativa non assistenziale dei sofferenti psichici
 4. Monitoraggio del grado di soddisfacimento dei sofferenti psichici per il funzionamento dei servizi integrati e per il grado di coinvolgimento attivo negli interventi che li riguardano;
- Demandare a successivo decreto Sindacale la nomina degli esperti che, titolo non oneroso, metteranno a disposizione la propria competenza ed esperienza e presteranno la propria collaborazione per tutte le attività del nominato Osservatorio;
- Stabilire che tali esperti, intesi come portatori di saperi e conoscenze specifiche relative sia al funzionamento dei servizi sia ai bisogni dei territori, e portatori di interessi specifici relativi alla tutela della categoria rappresentata dovranno essere individuati tra sofferenti psichici, loro familiari, operatori di base dei servizi psichiatrici e sociali, rappresentanti di comitati ed associazioni;

Dal presente atto non deriva né può derivare una spesa o una diminuzione di entrata anche con riferimento ad esercizi successivi.

Il Dirigente del Servizio
Politiche di Inclusione Sociale - Città Solidale
dott.ssa Giulietta Chieffo

L'Assessore al Welfare e Politiche
dell'immigrazione
Sergio D'Angelo

17 DIC. 2012

Visto
Il Direttore centrale Politiche Sociali ed Educative
dott.ssa Giulietta Chieffo



COMUNE DI NAPOLI

PROPOSTA DI DELIBERAZIONE PROT. N.DEL.....^{27 DIC. 2012} AVENTE AD
OGGETTO: **Istituzione della Funzione di Osservatorio sulla Salute mentale all'interno del
Comitato comunale sulla salute e sanità**

Il Dirigente del Servizio Politiche di inclusione Sociale, esprime, ai sensi dell'art. 49, comma 1, del D.Lgs. 267/2000, il
seguente parere di regolarità tecnica in ordine alla suddetta proposta: FAVOREVOLE
Dal presente atto non deriva né può derivare una spesa o una diminuzione di entrata anche con riferimento ad
esercizi successivi.

Addi.....^{27 DIC. 2012}.....

Il Dirigente
d.ssa *Giulietta Chieffo*

Pervenuta in Ragioneria Generale il Prot.....
Il Dirigente del Servizio di Ragioneria, esprime, ai sensi dell'art. 49, comma 1, del D. Lgs. 267/2000, il
seguente parere di regolarità contabile in ordine alla suddetta proposta:

Addi..... **IL RAGIONIERE GENERALE**

ATTESTATO DI COPERTURA FINANZIARIA ED IMPEGNO CONTABILE

La somma di L.....viene prelevata dal Titolo.....Sez.....
Rubrica.....Cap.....() del Bilancio 200....., che presenta
la seguente disponibilità:

Dotazione	L.....	L.....
Impegno precedente	L.....	
Impegno presente	L.....	L.....
Disponibile		L.....

Al sensi e per quanto disposto dall'art. 151, comma 4, del D.Lgs. 267/2000, si attesta la copertura finanziaria
della spesa di cui alla suddetta proposta.

Addi..... **IL RAGIONIERE GENERALE**

Deliberazione di G.C. n. del composta da n. pagine progressivamente numerate, nonché da allegati, costituenti parte integrante, di complessive pagine separatamente numerate.

SI ATTESTA:

- Che la presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio il e vi rimarrà per quindici giorni (art.124, comma 1, del D.Lgs. 267/2000).
- Che con nota in pari data è stata comunicata in elenco ai Capi Gruppo Consiliari (art.125 del D.Lgs.267/2000).

Il Funzionario Responsabile

DICHIARAZIONE DI ESECUTIVITA'

Constatato che sono decorsi dieci giorni dalla pubblicazione e che si è provveduto alla prescritta comunicazione ai Capi Gruppo consiliari, si dà atto che la presente deliberazione è divenuta da oggi esecutiva ai sensi dell'art.134, comma 3, del D.Lgs.267/2000

Addi.....

IL SEGRETARIO GENERALE

Il presente provvedimento viene assegnato a:

Data e firma per ricevuta di copia del presente atto da parte dell'addetto al ritiro

per le procedure attuative.

Addi.....

IL SEGRETARIO GENERALE

Attestazione di conformità

(da utilizzare e compilare, con le diciture, solo per le copie conformi della presente deliberazione)

La presente copia, composta da n.....pagine, progressivamente numerate, è conforme all'originale della deliberazione di Giunta comunale n..... del.....

divenuta esecutiva in data..... (1);

Gli allegati, costituenti parte integrante, composti da n.pagine separatamente numerate.

sono rilasciati in copia conforme unitamente alla presente (1);

sono visionabili in originale presso l'archivio in cui sono depositati (1), (2);

Il Funzionario responsabile

(1) Barrare solo le caselle delle ipotesi ricorrenti

(2) La Segreteria della Giunta indicherà l'archivio presso cui gli atti sono depositati al momento della richiesta di visione

Abbiamo riportato il volantino del comitato di lotta e la delibera del comune di Napoli per sottolineare che un osservatorio sulla salute mentale è necessario in ogni città e comune. Il comitato di lotta non limita la sua azione alla denuncia e allo smascheramento della psichiatria clinica ma sta proponendo attività espressive che possano restituire ai sofferenti psichici il ruolo da protagonisti nella sperimentazione in questo campo. Non è ancora tempo di trarre bilanci per le azioni del comitato, anche se è in preparazione un volume collettivo che ne narri ragioni, percorso, contraddizioni e aperture. Va segnalato che mentre questo scritto va in stampa il comitato di lotta collabora fortemente con un collettivo di studenti e cittadini che ha occupato gli spazi abbandonati dell'ex manicomio criminale di S. Eframo nel tentativo di restituire alla città e al quartiere luoghi per la ricerca collettiva, per l'approfondimento, per la discussione.

Capitolo VI PROPOSTE

Riassumiamo in questa sorta di piccolo manifesto sulla salute mentale le nostre convinzioni.

La salute mentale dei cittadini è un bene e una risorsa collettiva; essa va preservata al fine di rendere possibile che ogni singolo cittadino possa esprimersi e contribuire alla crescita e allo sviluppo della comunità.

La cura della salute mentale è territoriale. Il concetto di territorio definisce un campo di intervento omogeneo, riconoscibile, identificabile, descrivibile. Esso è il luogo dell'articolazione tra funzione pubblica di governo territoriale della sanità, rete di istituzioni pubbliche, associazioni volontarie che si adoperano per il bene comune. La scientificità dell'intervento territoriale, rispetto all'intervento medicalizzante e pseudoscientista pre e postmanicomiale, consiste nella possibilità che un territorio ben definito sia oggetto di studio e pratica di innovazioni sia sul versante tecnico della cura che su quello amministrativo e di governo delle istituzioni.

Nel territorio operano a livello istituzionale il dipartimento di salute mentale e le unità operative di salute mentale che, nate dalla legge 1/83, nel solco della suddivisione territoriale delle vecchie unità sanitarie locali, assolvono alla funzione istituzionale di *cura* territoriale, attuando tutti i programmi di prevenzione e trattamento.

La natura territoriale dell'assistenza ai sofferenti psichici, cioè la cura del paziente nello spazio vitale in cui si muove

ed esprime e la permeabilità dell'unità operativa di salute mentale a tutte le risorse del territorio in cui essa insiste, deve essere salvaguardata come unica forma di cura possibile per il disagio psichico, come la risorsa principale della collettività per includere coloro che sono svantaggiati e per promuovere forme alte di partecipazione alla vita pubblica.

La cura della salute mentale territoriale è soprattutto cooperazione, nella distinzione necessaria dei ruoli, di figure diverse nel progetto di trasformazione della sofferenza irraggiata e ripetitiva di individui e gruppi, invenzione di pratiche di allargamento di orizzonti conoscitivi ed emozionali, seguimiento intensivo dei pazienti con sofferenza acuta, connessione tra mondo della cura e vita attiva.

La cura territoriale è presa in carico della persona sofferente, del suo disturbo, della sua sofferenza. La presa in carico è cura multidisciplinare, dove possano emergere le competenze di rapporto di coloro che da anni lavorano e si adoperano in quel quartiere e conoscono i vissuti e le trasformazioni dei singoli sofferenti.

La gestione e la cura della crisi acuta prevede strumenti che non siano oggettivanti e inutilmente medicalizzanti. In questo senso l'ospedalizzazione del sofferente in crisi e il contenimento fisico e farmacologico è, ancor prima che disumano, una anticaglia del passato, un supremo tentativo di rendere oggetto ciò che non lo può essere per definizione: la presenza umana.

La *riabilitazione* e la *prevenzione* del disagio psichico significa, nel panorama culturale e prassico della presa in carico territoriale, istigazione del paziente e del cittadino al riconoscimento dei propri talenti o alla scoperta di quelli non posseduti finì a quel momento, recupero di abilità a torto ritenute perse, incitazione attiva alla socialità e alla partecipazione attiva alla vita democratica nelle forme e nei modi in cui il singolo o i gruppi vorranno, senza

pregiudizi religiosi, senza distinzioni etniche, con il pieno riconoscimento della parità tra donne e uomini.

La cura territoriale si declina come cura locale per quanto attiene ai programmi di cura, come cura globale nello slancio connessionale dei programmi stessi. La funzione importante del dipartimento di salute mentale consiste nel fungere da raccordo tra il proliferare di iniziative delle singole unità operative, di associazioni territoriali, di comitati di cittadini e lo schiudersi dell'orizzonte di senso della vita comunitaria in movimento.

Il disagio psichico va affrontato nella sua complessità e nella immersione del singolo nella comunità di riferimento. Va evitata ogni indebita ospedalizzazione e medicalizzazione della sofferenza psichica. La funzione dipartimentale consiste e deve consistere nella necessaria armonizzazione delle singole realtà distrettuali, nel controllo della spesa e nel monitoraggio delle forme di cura, nella programmazione di attività formative, giammai nella pianificazione degli interventi terapeutici (dalla prevenzione al seguimiento intensivo) che sono compito ineludibile della singola unità operativa di salute mentale.

Da queste convinzioni traiamo una proposta.

Ogni proposta organizzativa in tema di salute mentale deve considerare l'insieme delle distinte e confluenti pratiche che tendono alla prevenzione e cura della salute mentale dei cittadini. Altresì è importante che ogni distinto segmento sia analizzato in rapporto con gli altri e tutti in vista del raggiungimento di un miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei cittadini. La cura della sofferenza psichica non può e non deve prescindere dalla promozione della salute mentale di un intero territorio e dalla attiva prevenzione dell'isolamento di ogni sofferente psichico.

Lo strumento dipartimentale è ancora oggi lo strumento principe per dar voce a quei principi di cura della

persona, di superamento dello stigma, di promozione della salute nel suo complesso, di istigazione all'autoaiuto e di sviluppo di tutte le forme di partecipazione alla vita sociale, culturale, politica della comunità.

Questa proposta si muove su due piani distinti e ambisce a collocare una proposta organizzativa nel quadro di una visione d'insieme del dipartimento stesso. Quindi tre voci distinte: il dipartimento di salute mentale, l'area di intervento psicologico-psichiatrico, l'area detta di salute mentale.

1. Il Dipartimento di Salute Mentale

Il dipartimento di salute mentale dovrebbe funzionare come un gruppo di gruppi e quindi favorire la partecipazione collettiva nella definizione degli obiettivi, delle strategie e degli strumenti da adottare.

Le prassi di cura non dovrebbero essere applicazioni di tecniche ma invenzione e creazione di metodologie locali, certo nel rispetto della tradizione scientifica, ma senza impedire o ostacolare l'iniziativa di ciascun operatore. Un dipartimento che sia anche un centro di ricerca pratica territoriale, aperto al contributo di tutti. Un dipartimento di salute mentale dovrebbe sia tenere insieme le differenti unità operative, ciascuna con il proprio stile lavorativo legato alle specificità territoriali, sia occuparsi del livello formativo collettivo, non separandolo dai contesti prassici locali e dalle attività di formazione e ricerca su ciascun territorio.

Formazione, ricerca pratica territoriale, prevenzione e seguimento clinico formano il *quadrilatero* della cura che dovrebbe essere presente sia a livello locale sia centrale.

Il dipartimento di salute mentale è al tempo stesso struttura di governo e coordinamento dell'operatività in campo di salute mentale e struttura funzionale di rappresentazione e organizzazione, ad un livello diverso da

quello prassico di primo livello delle unità operative, di tutte le attività di cui si è detto e che abbiamo chiamato il quadrilatero della cura. Tornando al compito specifico di questo scritto e quindi alla parte organizzativa del dipartimento dovremmo distinguere, a scopo esemplificativo e procedurale, due aree di intervento, precisando che è appunto una distinzione operativa e non essenzialistica.

2. Area Psicologico-psichiatrica

Occorre distinguere nettamente le situazioni di urgenza e i trattamenti ambulatoriali. *Gli interventi in urgenza ed emergenza* non possono essere analizzati sotto il profilo quantitativo. Appare subito evidente che non essendo del tutto oggettivo l'intervento medesimo in salute mentale (in medicina è relativamente possibile quantificare la salute di un organo, la sua patologia, l'intervento terapeutico che modifica parametri misurabili) ogni misura ha senso solo all'interno del pregiudizio ideologico e culturale che guida la misura. Ad esempio un numero alto di interventi notturni o festivi può essere segno di un dipartimento di salute mentale che è molto disponibile e che accoglie la domanda di soccorso e cura, o il segno di un abbandono dei pazienti nelle ore diurne. Viceversa un basso numero di interventi notturni e festivi può essere segno di una buona assistenza nel suo complesso o un allontanamento sempre più decisivo dei cittadini sofferenti dai centri di salute mentale: in questa prospettiva una riduzione degli interventi significherebbe un rifiuto del 118 come strumento di cura e una rassegnazione grave dei pazienti e dei loro familiari.

Per tali ovvie considerazioni ogni misurazione del livello di efficienza ed efficacia dell'intervento non potrà mai essere soltanto la conta degli interventi effettuati.

La legge 1/83 è esplicitamente contro ogni forma di ospedalizzazione della sofferenza psichica perché,

ritenevano gli estensori di quella legge, il ricorso alle cure ospedaliere non è da preferirsi mai, in quanto la sofferenza psichica deve essere curata laddove essa si manifesta, nelle relazioni, nelle famiglie, nel territorio.

Quindi occorre:

a. Ripristinare immediatamente l'apertura dei centri di salute mentale nelle 24 ore. I centri devono poter ospitare per brevi periodi (ore notturne e festivi) i pazienti e devono quindi disporre di aree di accoglienza (non all'interno di ospedali) per il superamento della crisi, strettamente legate (le aree) al territorio o a territori contigui (non superiori a due distretti, ma sarebbe preferibile un'area per ciascun distretto): un numero minore di aree per la crisi configura un piccolo SPDC e rende inutile ogni discorso territoriale.

b. Che la presenza del sanitario sia attiva e non in reperibilità: questo per far sì che tutta l'attività territoriale sia appannaggio di quante più figure professionali che concorrano nei progetti individualizzati di cura, che non si perda tempo nella risposta e che la decodifica della domanda d'intervento sia subitanea. La reperibilità psichiatrica notturna e festiva, di fronte alla presenza nelle 12 ore dello psichiatra addetto alle urgenze ed emergenze, ha creato malintesi e confusioni, difformità di trattamento, ambiguità tra primo e secondo livello di intervento.

c. Riformulare il protocollo di intesa con il 118 per tutti gli aspetti medici che riguardano l'emergenza

d. Che gli S.P.D.C., che già da tempo hanno perso la loro caratterizzazione di essere parte dei servizi territoriali devono svolgere la sola funzione di diagnosi e cura di tutte le patologie mentali che richiedono per motivi somatici ricoveri lunghi e/o lunghi itinerari di approfondimento diagnostico. Ogni cura deve evitare il contenimento del paziente. Non esiste salute mentale con contenimento fisico.

Per quanto attiene ai *trattamenti ambulatoriali*, occorre sottolineare che la visita psichiatrica è una attività complessa e molto varia: dalla consulenza, all'approfondimento diagnostico, dalla presa in carico iniziale alla collaborazione con altri enti e associazioni. Gli ambulatori per la visita psichiatrica non necessariamente devono essere collocati nel CSM; anzi ambulatori diffusi sul territorio, nei poliambulatori ad esempio, possono favorire il primo rapporto tra servizio di salute mentale e cittadino, possono permettere il reperimento di spazi, possono migliorare il rapporto tra salute mentale e utenza. Il *day hospital* per la cura farmacologica dovrebbe invece sempre essere allocato nel CSM in quanto la conoscenza del paziente da parte degli operatori è parte integrante della cura. La consultazione psicologica e la psicoterapia individuale e di gruppo divengano un asse portante dei trattamenti ambulatoriali.

3. *Area di salute mentale complessiva.*

Questa area, di salute mentale in senso vasto, va completamente ridisegnata sotto il profilo culturale e organizzativo. Attualmente gli operatori dei servizi territoriali non medici né psicologi erogano moltissime prestazioni non conosciute o derubricate ad una funzione di *holding* non meglio precisata e comunque secondaria rispetto all'intervento *clinico*. Occorre quindi un'acuta e moderna separazione tra attività tecniche per cui è richiesto un diploma specifico, come la laurea in medicina per l'indicazione farmacoterapica e attività di cura non meno importanti e decisive per cui è richiesta una competenza antropica di rapporto. Queste attività di cura territoriali riconoscono la loro forza culturale ed epistemologica proprio nel non essere "tecniche" in senso stretto. Esse spesso sono rivolte al paziente ma anche al contesto familiare e relazionale, sono determinanti anche nella

progettazione di interventi tecnici specifici. Le attività territoriali di cura di fatto rompono la separazione tra paziente e sano e sono al momento un ponte operativo tra il concetto di terapia del singolo paziente e quello di prevenzione dell'intera comunità. Nell'area della salute mentale individuiamo le seguenti specificazioni:

a. *“Riabilitazione” intramuraria*: ponte tra la psichiatria e la salute mentale, affidata alla gestione di operatori della ASL e di personale delle cooperative. Obiettivo della riabilitazione intramuraria sono l'individuazione di attività gruppali per quei pazienti che non sono inseriti o inseribili in un contesto sociale e lavorativo e che quindi hanno necessità della creazione di un luogo separato. Tale forma di intervento dovrebbe tendere a creare ponti tra il centro di salute mentale e il centro diurno. Anche in tale condizione occorre evitare che si creino separazioni tra figure professionali, che la connessione sia fatta gradualmente e che l'intera attività sia anche un contributo specifico alla formazione degli operatori, alla loro crescita e allo sviluppo di forme diverse di attività. Un centro di riabilitazione non solo diurno ma anche pomeridiano e serale può avere una sua funzione solo se progetta di continuo il suo superamento in forme di vita collettive fluenti del quartiere e della città.

b. *Riabilitazione diffusa territoriale*: affidata a progetti individualizzati, tesi ad evitare quanto più possibile la segregazione e l'allontanamento del paziente dal suo contesto. Affidata ad operatori territoriali con attività tese a creare connessioni tra territorio e salute mentale: in questa specificazione va collocata la terapia domiciliare, funzione importante e decisiva di contatto tra il servizio territoriale e quei pazienti e nuclei familiari che necessitano per breve o lungo periodo di intervento domiciliare. Il centro di salute

mentale deve poter disporre di locali aperti al territorio nelle ore serali. Il centro deve poter offrire una sua presenza e visibilità anche nei giorni festivi: attività di prevenzione e informazione territoriale, attività ludiche, etc... Il centro di salute mentale dovrebbe divenire in questa ottica un luogo territoriale aperto a tutti i cittadini, dovrebbe favorire la contaminazione non solo tra utenti e non utenti ma anche tra gruppi linguistici diversi, tra giovani e vecchi, tra donne e uomini, etc...

c. Inserimento lavorativo

Va riconsiderato in questo campo il rapporto tra operatori del servizio, attività di cooperativismo esterno al servizio, risorse finanziarie disponibili, compresi i sussidi dello stato erogati come assegni di invalidità. L'erogazione dell'assegno senza utilizzo dello stesso per potenziare le capacità lavorative e di partecipazione alla vita democratica del singolo è una delle cause maggiori di cronicizzazione e di stigma.

Anche in questo campo la partecipazione corale di operatori, pazienti e territorio potrebbe favorire la nascita di attività imprenditoriali che vedano come protagonisti cittadini, pazienti, operatori. La prevenzione del disagio psichico è anche riconsiderazione degli scopi delle attività lavorative, del loro essere strumento di arricchimento culturale e umano e non fine da perseguire per lo sfruttamento delle risorse. In tal senso sarebbe altamente utile considerare tutte le attività ad alto contenuto simbolico di rispetto della legalità, ad alto contenuto innovativo per quanto attiene al rispetto del pianeta e delle sue risorse. Futuri collegamenti con altre agenzie territoriali sarebbero naturali e fortemente antidiscriminanti.

In chiusura si propone una bella tabella riassuntiva, tanto per appesantire ulteriormente la trattazione, aperta al contributo e alla discussione degli sfaccendati:

Organizzazione e metodologia

<i>Antecedente</i>	<i>Attuale</i>	<i>Proposta</i>
Modello territoriale prevalente. Dipartimento presente ma con poca condivisione delle scelte e degli orientamenti. Unità operative complesse a forte impregnazione psichiatrico-psicologica ma con presenza di altre figure (sociologi ad esempio) Farmacoterapia presente e prevalente ma non esclusiva. Presenza eclettica delle psicoterapie. Tentativi di cura politropica e polifocale (Schizofrenia 90'). Raro il contenimento fisico. SPDC gestiti da due unità operative	Modello pseudoterritoriale escludente Dipartimento fortemente verticistico strutturato in guisa di ospedale. Unità operative di nome complesse ma di fatto assemblaggio di ambulatori territoriali, centri riabilitativi e piccoli manicomi. Assoluta signoria della psichiatria biologista. Psicoterapie di supporto, ancillari al modello biologista della salute. Forte ricorso ai farmaci long acting e contenzione fisica negli SPDC. Morti nei reparti psichiatrici. Tortura con contenzione per giorni	Modello esclusivamente territoriale. Dipartimento inteso come "gruppo di gruppi" a forte partecipazione dal basso. Unità di salute mentale complesse con cooperazione paritaria tra operatori diversi. Trattamento multidisciplinare e politropico della sofferenza psichica. Ripristino del trattamento polifocale (molti operatori sul singolo caso). Netta riduzione dell'importanza del farmaco. Abolizione di ogni forma di contenzione strutturale e ricorso solo in pochissimi casi al SPDC
Gestione dell'urgenza a partenza territoriale ma declinata quasi esclusivamente come ospedaliera. Assenza di ponti connessionali tra circuito dell'emergenza e quello del seguimiento e della riabilitazione	Gestione dell'emergenza unicamente ospedaliera con ricorso al 118, falsamente e ipocritamente aggiornata con i tre poli notturni e festivi. Assoluto paradigma medico con scarico dei costi della sofferenza sul sociale. Il territorio come espressione geografica e anagrafica	L'urgenza ed emergenza interamente nel circuito territoriale, non separata da altre attività territoriali, in fluente connessione con la presa in carico e la riabilitazione. Rivalutazione complessiva delle modalità operative in senso non strettamente medicale
Continuità assistenziale nelle 24 ore con squilibrio tra le risorse nelle ore diurne e notturne.	Assente la continuità territoriale. Utilizzo delle risorse solo per il contenimento della sofferenza.	Continuità territoriale piena con utilizzo delle risorse equilibrato e promozione attiva del reinserimento precoce nel tessuto sociale. Territorio da promuovere nelle 24 ore.
Presenza medica nelle 12 ore, reperibilità di notte e festivi	Presenza medica territoriale ambulatoriale nelle 12 ore. Presenza di medici ed infermieri di notte e nei festivi in attesa di chiamate dal 118	Presenza medica continua territoriale per una pronta decodifica della domanda di cura, per un precoce intervento territoriale
Presente ma fortemente carente la presenza di figure non mediche	Assistenza incentrata sulla figura medica	Riequilibrio attraverso l'individuazione e separazione operativa dell'area psichiatrica e salute mentale tra l'intervento medico psicologico e quello riabilitativo fatto da altri operatori
Prevenzione presente ma non agita sul piano territoriale	Presente solo a livello centralizzato	Presente sul piano territoriale attraverso l'utilizzo delle risorse (infermieri) per l'intera giornata fino alle 23 e con attività riabilitative territoriali
Riabilitazione modellata sulle strutture centro diurno di riabilitazione, centri inseriti nelle unità operative complesse	Riabilitazione fortemente tecnicizzata. I centri locali come aree di contenimento della sofferenza	Riabilitazione fluente e diffusa con momenti individuali anche nelle ore serali e con momenti centralizzati
Etc...	Etc...	Etc...

CONCLUSIONI

Nunquam nomina sunt
consequentia rerum
(Blasi F., Mancini A. 2015)

«Fra tante modificazioni, ne coglierò una: la sparizione dei supplizi. Oggi siamo un po' portati a trascurarla: forse ai suoi tempi aveva dato luogo a troppa retorica; forse era stata, troppo facilmente e con troppa enfasi, attribuita ad una «umanizzazione» che autorizzava a non esaminarla. [...] Punizioni meno immediatamente fisiche, una certa discrezione nell'arte di far soffrire, un gioco di dolori più sottili, più felpati, spogliati del loro fasto visibile, merita tutto questo un'attenzione particolare, quando senza dubbio non è niente di più che l'effetto di rivolgimenti più profondi? Tuttavia un fatto esiste: in pochi decenni il corpo suppliziato, squartato, amputato, simbolicamente marchiato sul viso o sulla spalla, esposto vivo o morto, dato in spettacolo, è scomparso. È scomparso il corpo come principale bersaglio della repressione penale» (Foucault M. 1976)

Anche in psichiatria ci si avvia ad un processo analogo. Le torture spettacolari, lobotomia prefrontale e psicotomie varie, elettroshock, contenzione, coma insulinico, isolamento, deprivazione sensoriale, docce gelate, pestaggi programmati o estemporanei, con tutto l'armamentario che mira platealmente al corpo, vengono edulcorate, il cerimoniale, semplificato e nascosto, è trasferito progressivamente dai manicomi monumentali civili e criminali in strutture mimetizzate nascoste nel territorio, con l'avallo della corporazione degli psichiatri pseudobiologisti e, con qualche patetica agitazione, anche di quella degli psichiatri pseudodemocratici appartenenti alle più svariate congregazioni.

La pseudocura psichiatrica deve cessare di essere esibita e diventa sempre più simile, sotto un profilo estetico, alle normali pratiche mediche: l'elettroshock deve sembrare un elettroencefalogramma, la somministrazione dei *long acting* (vedi l'antipsicotico paliperidone, che si può inoculare nel deltoide) un *vaccino* antipsicotico innovativo, la camicia di forza un corsetto ortopedico.

Queste pratiche di amputazione del sintomo sono i corrispettivi edulcorati dei vari strumenti di tortura medievali: palo, culla di Giuda, gabbia, cremagliera, straziatoio del seno, pera dell'angoscia, ruota, sega, spaccatesta, spaccaginocchio e via torturando.

Beccaria, parlando del rito dell'esecuzione che risolveva il delitto, sospettato di eguagliarlo, se non sorpassarlo in ferocia, ricordava che

«l'assassinio, che ci viene presentato come un crimine orribile, noi lo vediamo commettere freddamente, senza rimorsi» (Beccaria C., 1764).

Lo stesso avviene con le cerimonie torturanti psichiatriche. La giustizia si vergogna della pena, la psichiatria della cura. La loro esecuzione tende a staccarsi sempre più radicalmente dai loro decisori, medici e magistrati, i cui stomaci sono forti e delicati insieme.

«Per effetto di questo nuovo ritegno, tutto un esercito di tecnici ha dato il cambio al boia, anatomista immediato della sofferenza: sorveglianti, medici, cappellani, psichiatri, psicologi, educatori. Con la loro sola presenza presso il condannato, essi cantano alla giustizia le lodi di cui ha bisogno: le garantiscono che il corpo e il dolore non sono gli oggetti finali della sua azione punitiva [...] Di questo doppio processo – scomparsa dello spettacolo, annullamento del dolore – testimoniano i moderni rituali dell'esecuzione capitale». (Foucault M. 1976).

Come non si volle più di far rassomigliare il boia a un criminale e i giudici ad assassini, così, molto più lentamente, perché un folle è più destabilizzante di un assassino, è desiderabile allontanare l'immagine dello

psichiatra da quella di un folle anaffettivo o perverso. La sua immagine deve essere coerente con la sparizione della follia, rassicurante prescrittore di esami ematochimici e strumentali. Ma soprattutto di psicofarmaci in salsa psicoterapeutico-riabilitativa, occultando il più possibile la *psichiatria nera* che mira non più a distruggere, ma a mantenere in vita il più possibile estesi allevamenti di psicotici, consumatori chimici senza pari, in condizioni di gravità ma di elevata gestibilità. Alla certezza di essere puniti bisogna affiancare la sicurezza di essere curati. La follia non viene scoraggiata, ma al contrario incentivata. Le cure psicofarmacologiche generano molto P.I.L..

La comunicazione perversa delle istituzioni psichiatriche rivolta a pazienti, operatori e cittadini non è che una forma occulta di tortura. Ovvero una istigazione alla follia, mediante dei sofismi dissociativi che stimolano una progressiva indecidibilità psicologica riguardante lo statuto della propria posizione etica. La dissociazione che esita dalla tortura spinge la vittima verso un dileguamento del senso della sua presenza nel mondo, indebolisce i vissuti primevi di unicità ed unitarietà, disarticola le coordinate spazio-temporali. Mai potrà più sentirsi realmente viva, e sperimenterà un vissuto di incertezza tale da preoccuparsi costantemente per la propria integrità, elaborando una strategia delirante per sentirsi vivo.

L'operaio, per il Marx dei *Manoscritti economico filosofici del 1844*, «decade a merce, alla più misera delle merci», perché si trova in un «rapporto inverso con la potenza e la quantità della sua produzione», poiché egli produce con il suo lavoro quelli che diventano i mezzi della ricchezza altrui. Con il paziente psichiatrizzato si rileva l'ennesima analogia: la sua sofferenza genera la ricchezza altrui a spese della progressiva alienazione del suo pensiero e del suo linguaggio, perché sta in un rapporto inverso con l'enorme ricchezza prodotta dal suo consumo di psicofarmaci.

Si rileva allora una ovvietà: quanto più produce, quanta più ricchezza genera, quanto più il lavoratore soggetto si impoverisce. Così come l'alienato psichiatrico, che deve rimanere in vita il più possibile in condizioni di alta gravità clinica e scarsa molestia sociale (o *gravosità*, come si dice ora).

Infatti

«la svalorizzazione del mondo umano cresce in rapporto diretto con lavalorizzazione del mondo delle cose. Il lavoro non produce soltanto merci; produce se stesso e l'operaio (e l'alienato mentale, diciamo noi) come merce, e proprio nella stessa proporzione in cui produce in generale le merci. Questo fatto non esprime altro che questo: l'oggetto che il lavoro produce, il prodotto del lavoro, si contrappone ad esso come essere estraneo come una potenza indipendente da colui che la produce. Il prodotto del lavoro è il lavoro che si è fissato in un oggetto, è diventato una cosa, è l'oggettivazione del lavoro. La realizzazione del lavoro è la sua oggettivazione» (Marx K. 1844).

Pertanto l'alienazione ulteriore dell'alienato mentale, la sua *alienazione seconda*, se vogliamo, significa non solo che la sua follia si è trasformata in una macchina che produce denaro che alimenta il sistema torturante globale. Ma che essa oramai esiste autonomamente da lui, autonomizzata e aliena all'alienato. Mutandosi in una forza sconvolgente a se stante; la vita che il folle ha dato alla sua follia gli si contrappone nemica e invincibile.

Vivere è faticoso e difficile. I nostri sventurati pazienti, soggiogati dal sistema torturante psichiatrico, elaborano spesso complesse teorie fondate su comprensioni e spiegazioni spesso plausibili, istituendo una sorta di *Iatrogenologia Comparata*, ovvero l'arte, o meglio l'amara scienza sperimentale di diagnosticare a scopo di difesa una multiforme e bizzarra popolazione medico-psichiatrica.

Un folle pluritorturato, esperto di malinconie e manicomi, così distingueva i medici che lo avevano curato nella sua carriera di alienato:

1. *medici oculisti*, che guardano le malattie, guariscono con gli occhi e ipnotizzano la gente;
2. *medici ferristi*, che aprono le persone con le lame e aggiustano le ossa col metallo;
3. *medici linguisti*, che parlano e parlano;
4. *medici analisti*, che rilasciano al loro passaggio una scia di muco escrementizio dall'orifizio anale, come le lumache;
5. *medici auricolari*, con grandi aerofoni che captano qualsiasi suono intellegibile;
6. *medici cazzimmosi*, con agili falli retraibili pronti ad allocarsi in qualsiasi cavità del paziente rimasta disponibile.

Un'ingegnosa semeiotica psicotica – con oggetto gli psichiatri – a volte utile per evitare reclusioni, terapie e torture in buona e cattiva fede, per salvarsi da moralismi e lezioncine, e per educare terapeuti surreali a cui assurdamente vogliono anche bene. E molto più spesso di quanto si creda.

E l'invarianza di scala non molla la presa, esprimendosi con la *ridondanza*, espressione massima dell'esclusione, della sofferenza e della guerra:

«Credo che per l'Europa ormai si aggiri uno spettro: lo spettro della ridondanza. Veniamo classificati, condannati con verdetto di "colpevolezza", e la sentenza prevede l'esclusione sociale e la vita in povertà. Il fantasma dell'esclusione proietta un'ombra lunga, diffondendo le sue minacce, mentre quanti tra noi sono abbastanza fortunati da restare aggrappati a un posto di lavoro sono comunque destinati a essere perseguitati dal veleno incurabile della precarietà. Oltre al danno, poi, c'è la beffa. Perché lo stato di ridondanza – che non molto tempo fa chiamavamo "disoccupazione" e di cui pochi possono ignorare la minaccia – è stato anche privatizzato. È stato dichiarato come crimine. Si presume che ne sia colpevole la persona ridondante, lui o lei, soltanto quella, e la si tiene sul banco degli imputati fino a quando non dimostra di essere innocente. La ridondanza, così come la flessibilità, ci spoglia di un posto nella società e troppo spesso perfino dei mezzi di sostentamento;

allo stesso tempo distrugge l'autostima e la fiducia in se stessi, estirpando la dignità dalla nostra vita» (Bauman 2015).

La pretesa di curare l'umana sofferenza psichica è di per sé paradossale. Essa si dovrebbe fondare su una presunta elementare certezza su cosa sia la normalità, su cosa sia preferibile per l'altro che reputo non normale, su cosa si debba fare per raggiungere tale traguardo, su una attenta valutazione degli esiti oggettivi dello sforzo e su un programma di generalizzazione dei risultati attendibile ed esportabile in tutte le comunità.

Di fatto oggi la psichiatria e la psicologia clinica sono un raffazzonato insieme di pratiche intuitive, legate al buon senso e alla morale corrente, di prassi legate alla parola modellate sulle esigenze di una comunità professionale, di somministrazioni di farmaci dall'effetto grossolano e non misurabile.

La collettività dovrebbe avere in sé le potenzialità di danno e di riparazione dallo stesso. Pochi ambulatori di neurologia dovrebbero essere sufficienti per le necessarie consultazioni specialistiche, per la somministrazione di un farmaco.

In sé la svolta ambulatoriale della moderna psichiatria non è un male. Il processo razionale che colloca lo psichiatra nella dimensione di un neurologo applicato non ha nulla di scandaloso. Scandaloso è tutto il resto.

Scandaloso è stato chiudere i manicomi e relegare i matti in strutture manicomiali lontane dal quartiere e spesso con poco spazio a disposizione dei singoli. Il manicomio doveva cadere come monumento alla protervia della cura e le concentrazioni di innocenti non potevano essere tollerate dopo la fine dei campi di sterminio.

Il paradosso della cura doveva essere affrontato e non rimosso.

Mentre lo sterminio nazista dei malati di mente aveva una sua giustificazione economica e scientifica ed era la logica conseguenza di idee ben preesistenti al

nazional-socialismo, la chiusura dei manicomi, necessaria e irrinunciabile, un terribile e meraviglioso azzardo, è divenuta una opportunità ghiotta per lucrare guadagni e per affermare e costituire clientele.

Scandaloso è stato immaginare che occorresse solo un po' di buona volontà per trasformare la psichiatria da *manicomiale* in *territoriale*, che fosse semplice connettere il lavoro di cura basato sulle parole con la somministrazione di farmaci, che fosse scontato parlare di continuità territoriale perché questa accadesse.

Scandaloso è stato pensare al disturbo mentale come a qualcosa che riguardasse il tecnico, un aspetto del sociale, una fetta di popolazione e non tutto intero il sistema di credenze, opinioni, ideologie che attraversano il campo sociale.

Scandaloso è stato rinunciare alla lotta.

Ma ogni rinuncia implica una ripresa, ogni interruzione apre al futuro. La questione salute mentale riguarda il grande inespresso fluente di cui siamo fatti. L'inganno necessario dell'autocoscienza, modulato dalla costante reificazione del linguaggio e della scrittura alfabetica, avvolge tutte le operazioni di cura e tutte le certezze dei progetti. Eppure nel fragore di guerre sempre più vicine, con gli occhi aperti su un mare mediterraneo divenuto cimitero per moltitudini di migranti, rimane la necessità di un orizzonte di liberazione, lo schiudersi di un mondo nuovo, l'impellenza della lotta per la salvezza del pianeta.

BIBLIOGRAFIA

ALTAVILLA E.

1949a: *Il delinquente. Trattato di psicologia criminale*, Morano, Napoli.

1949b: *I germi criminali dei minorenni normali*, "Oratoria", 6, 243.

BASAGLIA F.

1966: *La communauté thérapeutique, base d'un service psychiatrique*, "Inferm. psychiatrique", 5, 413.

1967: *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, in *Che cosa è la psichiatria*, Parma, riprodotto in *Scritti. Vol. I°: 1953-1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino, 1981, pp. 294-409.

1968: (a cura di) *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino.

1981: *Scritti. I: (1953-1968) Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*, Einaudi, Torino.

1982: *Scritti. II: (1968-1981) Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*, Einaudi, Torino.

BASAGLIA F., BASAGLIA-ONGARO F., CASAGRANDE D., JERVIS G., JERVIS COMBA L., PIRELLA A., RISSO M., SCHITTAR L. e SLAVICH A.

1967: *Che cos'è la psichiatria*, Amministrazione Provinciale Parma, Parma (riedizione Einaudi, Torino, 1973).

BAUMAN Z.

2015: *Intervista di Giuliano Battiston* 20 febbraio 2015 <http://espresso.repubblica.it/plus/articoli/2015/02/20/news/zgymunt-bauman-il-divorzio-tra-potere-e-politica-e-la-malattia-del-mondo-globalizzato-1.200424>

BECCARIA C.:

1764: *Dei delitti e delle pene*, edizione online Einaudi, http://www.letteraturaitaliana.net/pdf/Volume_7/t157.pdf

BENVENUTI M.

1950: *L'ipersessualità come fattore degenerogeno*, Omnia Medica, Pisa.

BLASI F.

2005: *La coscienza inutile*, in Blasi F. e Petrella C. (a cura di), in *Il lavoro perverso*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli.

2007a: *La crisi dei servizi psichiatrici*, in la Repubblica Napoli 30/08/2007

2007b: *L'importanza dell'etica*, in atti del convegno I Forum del gruppo consiliare regionale del Partito della Rifondazione Comunista, Azienda ospedaliera V. Monaldi 3 aprile 2007

2008a: *Giornali muti su 2300 pazienti sfrattati*, in "Iustitia" settimanale on line 14/01/2008, n.2 anno XIV, <www.iustitia.it>

2008b: *Un paziente psichiatrico rifiutato a Gragnano*, in "la Repubblica Napoli" 26/11/2008

2011: *Scissioni parallele. L'estinzione della schizofrenia*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli.

BLASI F. MANCINI A.

2015: *Nominalismo e rasoio di Occam nella psichiatria alternativa italiana: breve storia del concetto di cura territoriale, ovvero dalla presa in carico alla presa in giro*. In corso di pubblicazione.

CARDONA F.

1947: *Considerazione sui deliri e sul problema morale in psichiatria*, "Rivista patologia nervosa e mentale", 68, 1.

CARGNELLO D.

1947: *La schizofrenia come turba della personalità*, "Archivio psicologia neurologia psichiatria", 8, 333.

1956: *La "Daseinanalyse" di Ludwig Binswanger*, "Archivio psicologia neurologia psichiatria", 17, 93.

1961: *Dal naturalismo psicoanalitico alla fenomenologia antropologica della Daseinanalyse: da Freud a Binswanger*, in *Filosofia dell'alienazione e analisi esistenziale*, "Archivio di filosofia", Cedam, Padova, pp. 127-189.

1966: *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano.

- CARGNELLO D., CALLIERI B. e BOVI A.
 1965: *La psicopatologia è davvero in crisi?*, "Archivio psicologia neurologia psichiatria", 26, 492.
- CASTEL R.
 1973: *Le psychanalisme*, Maspero, Paris (trad. ital. di F. e F. Basaglia: *Lo psicanalismo. Psicoanalisi e potere*, Einaudi, Torino, 1975).
 1976: *Lordre psychiatrique*, Minuit, Paris.
 1980: *Verso una società relazionale*, Feltrinelli, Milano, 1982 (traduz. ital. di G. G. Procacci di articoli comparsi in *Le débat*, n. 1/2/3, aprile-maggio-giugno 198°, Gallimard, Paris).
 1981: *La gestion des risques*, Minuit, Paris.
- CALEF V., WEINSHEL E.
 1981: *Some Clinical Consequences of Introjection: Gaslighting*, "Psychoanal. Q.", 50, pp. 44-66.
- CATAPANO V. D.
 1977: *Movimenti psichiatrici in Campania*, Sez. reg. Campana Società italiana di psichiatria, Napoli, 2 marzo.
 1986: *Le reali Case dei Matti nel Regno di Napoli*, Liguori, Napoli (questo libro riporta anche le quindici note dell'autore pubblicate sul "Giornale storico di psicologia dinamica" su vari aspetti della storia del Manicomio di Aversa).
- CENI C.
 1947: *L'anima delle donne e le leggi naturali*, Rosemberg & Sellier, Torino.
- COOPER D.
 1967: *Psychiatrie et antipsychiatrie*, trad. fr. Éd. Du Seuil, Paris, 1970.
 1977: *Le langage de la folie*, Éd. Du Seuil, Paris.
- CROCE B.
 1923: Conferenza letta alla Società napoletana di storia patria il 12/06/1923, (in *Un paradiso abitato da diavoli*, a cura di G. Galasso, Adelphi Edizioni, Milano, 2006).
- CURCIO R. (a cura di)
 2002: *L'azienda totale. Dispositivi totalizzanti e risorse di sopravvivenza nelle grandi aziende della distribuzione*, Sensibili alle foglie, Dogliani(CN).

D'ALESSANDRO L.

1960: *Gli esclusi (fotoreportage da un'istituzione totale)*, Il Diaframma, Milano.

DE ANGELIS P.

2006: *Politica e giurisdizione nel pensiero di Francesco Mario Pagano*, Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, Napoli.

DELEUSE G. et GUATTARI F.

1972: *Capitalisme et schizophrénie. L'anti-OEdipe*, Minuit, Paris (trad. ital. di A. Fontana: *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia*, Einaudi, Torino, 1975).

1980: *Capitalisme et schizophrénie. II: Mille plateaux*, Minuit, Paris.

DEL GIUDICE G.

2003: *Documento programmatico del Forum salute mentale*, Relazione alla Prima Assemblea Nazionale del Forum Salute Mentale, Roma, 16 ottobre 2003.

2015: *... e tu slegalo subito, sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni Alphabeta Verlag, Merano.

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.

DEVEREUX G.

1965: *Les origines sociales de la schizophrénie*, "Information psychiatrique", 41, pp.783-799.

1972: *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Flammarion, Paris.

1980: *Schizophrenia: an ethnic psychosis or schizophrenia without tears*. In: *Basic Problems of Ethnopsychiatry*, Devereux G, ed. Chicago: University of Chicago Press.

DINUCCI M.

2004: *Ecco i manuali dei torturatori USA*, Il Manifesto, Roma, 12 maggio 2004.

DÖRNER K.

1969: *Bürger und Irre. Zur Socialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische Velagsanstalt, Frankfurt am Main (trad. ital. di F. Giacanelli: *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Laterza, Bari, 1975).

FOUCAULT M.

- 1959: *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris (trad. ital. di F. Ferrucci: *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1963; Biblioteca Universale Rizzoli, Milano, 1976).
- 1963: *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires France, Paris (trad. ital. di A. Fontana: *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino, 1969).
- 1975: *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris (trad. ital. di A. Tarchetti: *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 1976).
- 1977: *Microfisica del potere. Interventi politici*, Einaudi, Torino.

GALEANO E.

- 1993: *Las palabras andantes*, Siglo veintiuno de Espana, Madrid (consultata la trad. ital. *Parole in cammino*, traduzione di M. Trambaioli, Sperling & Kupfer, Milano, 2006).

GALLI P. F.

- 1996: *Dove vanno gli psichiatri?* in Catapano F. (a cura di), *Modelli operativi e identità dello psichiatra*, Guida, Napoli, pp. 29-37.

GARRABÉ J.

- 1992: *Histoire de la schizophrénie*, Seghers, Paris (Trad. ital. di M. Alessandrini: *Storia della schizofrenia*, Edizioni Scientifiche Ma. Gi., Roma).

GIACANELLI F.

- 1975: *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, Introduzione all'ediz. ital. di Dörner K., *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari (trad. ital. di F. Giacanelli da *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main, 1969).
- 1978: *Per una storia sociale della psichiatria italiana*, in AA.VV., *Storia della sanità in Italia*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- 1985: *Lecture del 24 e 26 ottobre nella Settimana inaugurale "Storia della psichiatria italiana dal 1945 al 1985"* del IX° Seminario annuale del Centro Ricerche sulla psichiatria e le scienze umane, Napoli.
- 1986: *Psichiatria e storiografia*, "Psicoterapia e scienze umane", 20, 80 (n.3, speciale per la ricorrenza del XX anno della rivista).

GIACANELLI F. e CAMPOLI G.

1973: *La costituzione positivista della psichiatria italiana*, "Psicoterapia e scienze umane", 3, 7.

GOFFMAN E.

1961: *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books; 1990, Doubleday, New York City.

1967: *Mental Illness and social processes*, Harper and Row, New York.

HUMAN RESOURCE EXPLOITATION TRAINING MANUAL

1983: <http://americanempireproject.com/empiresworkshop/chapter3/DODHumanResourceExploitationTrainingManual1983.pdf>

LAING R.

1967: *The politics of experience*, Penguin Books, Harmondsworth (trad. ital. di A. Tagliaferri: *La politica dell'esperienza*, Feltrinelli, Milano, 1968).

1969: *The Politics of the Family and Other Essays*, Tavistock Publications Ltd (trad. ital. di L. Bulgheroni-Spallino: *La politica della famiglia*, Einaudi, Torino, 1973).

1970: *Knots*, Tavistock Publications Ltd (trad. ital. di C. Pennati: *Nodi*, Einaudi, Torino, 1974).

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.

2006: *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica (a cura di)*, La città del sole, Napoli.

2007: *Aspetto umano e formazione*, in *Il diritto alla cura, alla gioia e alla vita, la salute mentale in Campania*, atti del convegno I Forum del gruppo consiliare regionale del Partito della Rifondazione Comunista, Azienda ospedaliera V. Monaldi 3 aprile 2007.

MANDELBROT B.

1975: *Les objects fractals*, (trad. ital. di R. Pignoni: *Gli oggetti frattali, forma, caso e dimensione*, Einaudi, Torino 1987).

MARX K.

1844: *Manoscritti economico-filosofici del 1844* (cura e traduzione di N. Bobbio, Einaudi Torino 2004).

PIRO S.

1958: *Semantica del linguaggio schizofrenico*, Acta Neurologica Ed., Napoli.

1967: *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano (trad. spagn. di C. Martinez Moreno: *El lenguaje esquizofrénico*, Fondo de Cultura Económica, México D.F., 1987).

1971: *Le tecniche della liberazione. Una dialettica del disagio umano*, Feltrinelli, Milano.

1979: *Morte e resurrezione della psichiatria alternativa italiana*, in Onnis L. e Lo Russo G. (a cura di), *La ragione degli altri: la psichiatria alternativa in Italia e nel mondo*, Savelli, Roma, pp. 161-167.

1981: *Psichiatria democratica: crisi e ricerca d'identità*, "Fogli d'informazione", 75/76, 137.

1982a: *La riforma della follia*, "The Practitioner", 48, 22.

1982b: *Leggi sulla psichiatria e mezzogiorno d'Italia*, in De Salvia D. e Crepet P., *Psichiatria senza manicomio: epidemiologia critica della riforma*, Feltrinelli, Milano, pp. 360-370.

1988a: *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Ed. Scientifiche Italiane, 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.

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.

1990: *Discorso parziale sui fondamenti metodologici delle scienze umane applicate e della psichiatria in particolare*, in Di Munzio W., *La valutazione in psichiatria*, Liguori, Napoli, pp. 247-270.

1991a: *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer Versorgung in Italien*, in Thom J. u. Wulf E., *Psychiatrie im Wandel*, Psychiatrie Verlag, Bonn, Ss. 490-509.

- 1991b: *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, pp. 21-80.
- 1992: *Parole di follia. Storie di linguaggi e persone in cerca del significato e del senso*, Franco Angeli, Milano.
- 1993: *Antropologia trasformazionale. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*, Angeli, Milano.
- 1995: *Critica della vita personale*, La Città del Sole, Napoli.
- 1996: *Un bilancio possibile*, in Tranchina P. (a cura di), *Manicomio ultimo atto*, Centro Documentazione Pistoia, Pistoia, pp. 224-227.
- 1997: *Introduzione alle antropologie trasformazionali*, La Città del Sole, Napoli.
- 1998: *La psichiatria alternativa italiana. Un successo apparente, un fallimento frontale o una strana vittoria trasversale?*, "Contro tempo", 3, 8.
- 1999: *Morte e trasfigurazione delle antropologie trasformazionali (Discorso sulla sorte delle genti del pianeta e della Scuola sperimentale antropologico-trasformazionale di Napoli)*, Vittorio Pironti, Napoli.
- 2001: *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*, Idelson, Napoli.
- 2002: *Esclusione Sofferenza Guerra. Tesi provvisorie approvate dall'OperativoEsclusio-neSofferenza*, La Città del Sole, Napoli.
- 2003a: *Il mutamento pauroso del mondo*, "L'Ippogrifo. La Terra vista dalla Luna", p. 83.
- 2003b: *Mutamenti istituzionali e trasformazione delle prassi in campo di salute mentale (Italia 1978-2003)*, Relazione alla Prima Assemblea Nazionale del Forum Salute Mentale, Roma, 16-17 ottobre 2003.
- 2003c: *Contributo allo studio del revisionismo psichiatrico italiano dopo il 1981*, "L'Ippogrifo. Venticinque anni dopo, ancora", p. 15.
- 2005: *Trattato della ricerca diadromico trasformazionale*, La città del Sole, Napoli
- 2006: *Note e appunti della ricerca* in Mancini A, Piro S. e altri AA. *Prassi trasformazionali in campo di esclusione antropica*, La città del Sole, Napoli.

- 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.
- PIRO S. e DI MUNZIO W.
1987: *Sopra la panca. Storia senza conclusione di follia, manicomi e riforme in Campania*, Cinqueprint, Napoli.
- PIRO S., VALENT I. e VITALE S.
2004: *Come un fotoromanzo. Follia, cura, pratica della possibilità*
(a cura di Valent G.). Moretti & Vitali, Bergamo.
- TOSQUELLES F.
1967: *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Éd. du Scarabée, Paris.
1970: *Structure et rééducation thérapeutique*, Éd. Universitaires, Paris.
1984: *Éducation et psychothérapie institutionnelle*, Matrice, Vigneux.
- VISALLI A.
2015: <http://tempofertile.blogspot.it/2015/04/zygmun-bauman-potere-e-politica-nella-tragedia-greca-ed-europea>

Finito di stampare nel mese di giugno 2015
per conto delle *Edizioni La Città del Sole*