

## **Franco Basaglia**

Direttore Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia

1967

### **CHE COS'E' LA PSICHIATRIA (\*)**

"Nessuno cerca di serbare per sé, ciascuno attende il fruttificare del dono di tutti, della "divisione" tra tutti. Ed effettivamente niente è ancora più fruttuoso. Quando vedo oggi degli spiriti, per altri aspetti notevoli, mostrarsi così gelosi della loro autonomia e così decisi, manifestamente, a portare nella loro tomba i loro piccoli segreti, mi dico che si è andati indietro e che, per quanto li riguarda, checché ne pensino, non sono sulla buona strada" (André Breton).

Nel 1948 J.P.Sartre, nel saggio "Che cos'è la letteratura? " (Situations II, Gallimard, Paris) scrive fra l'altro che le "ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte". Questa precisazione sul fissarsi in schemi prestabiliti di ciò che, nato come contestazione della realtà, nella realtà deve trovare il senso del suo continuo rinnovarsi per non tramutarsi in oppressione di sé, è la premessa su cui si basano le discussioni e i saggi qui presentati che formulano tutti un'unica domanda: che cos'è la psichiatria?

Questa domanda – di per sé provocatoria – vuole essere solo un invito ad una discussione. Essa nasce dallo stato di disagio reale in cui ci si trova, oppressi da un ideologia psichiatrica chiusa e definita nel suo ruolo di scienza dogmatica che, nei confronti dell'oggetto della sua ricerca, ha saputo solo definirne la diversità e incomprendibilità venute a tradursi concretamente nella sua stigmatizzazione sociale.

Le diagnosi psichiatriche hanno assunto infatti un valore ormai categoriale, nel senso che corrispondono ad un etichettamento, ad una stigmatizzazione del malato, oltre i quali non c'è più possibilità d'azione o di approccio. Nel momento in cui lo psichiatra si trova faccia a faccia con il suo interlocutore (il "malato mentale") sa di poter contare su un bagaglio di conoscenze tecniche con le quali – partendo dai sintomi – sarà in grado di ricostruire il fantasma di una malattia; avendo, tuttavia, la netta percezione che – non appena avrà formulata la sua diagnosi - l'uomo sfuggirà ai suoi occhi, perché definitivamente codificato in un ruolo che ne sancisce soprattutto un nuovo status sociale. Si entra cioè in una sorta di passività che lo "scienziato" viene ad assumere di fronte al fenomeno e che lo porta a risolverlo attraverso una routine tecnicamente perfetta - da lui nettamente separata - la cui finalità pare quella dello smistamento fra ciò che è normale e ciò che non lo è. La sua partecipazione in questa operazione è nulla, perché i parametri su cui la psichiatria ha costruito il suo sistema, lo mettono al riparo dalla problematicità della situazione, così che in questo rapporto a due non esiste né l'intervistatore (che non è "situato"), né l'intervistato (che viene cancellato nel momento in cui lo si codifica).

La necessità della partecipazione diretta alla situazione da parte del ricercatore, è analizzata da Sartre nella "Critique de la Raison Dialectique" (Gallimard, 1960) quando afferma che "la posizione dello sperimentatore desituato tende a mantenere la Ragione analitica come tipo di intelligibilità; la sua passività di scienziato rispetto al sistema gli rivelerebbe una passività del sistema rispetto a sé stesso. La dialettica si svela solo ad un osservatore situato all'interno, cioè ad un ricercatore che viva la propria indagine sia come un contributo possibile all'ideologia dell'epoca nella sua interezza, sia come praxis particolare di un individuo, definito dalla sua avventura storica e personale in seno ad una storia più vasta che la condizioni".

Questa distanza del ricercatore dal terreno della propria ricerca è particolarmente significativa nel caso della psichiatria, se si confronta la frattura in atto fra il rigoroso livello tecnico delle dissertazioni scientifiche (con l'enorme castello di classificazioni, sottoclassificazioni, precisazioni e bizantinismi nosografici) e la realtà cui tali dissertazioni si riferiscono: il malato mentale, così come si presenta - dopo anni di ospedalizzazione - nei nostri asili psichiatrici. Da un lato, dunque, una scienza ideologicamente impegnata alla ricerca della genesi di una malattia che riconosce "incomprensibile"; dall'altro un malato che, per la sua presunta "incomprensibilità", è stato oppresso, mortificato, distrutto da un'organizzazione asilare che, invece di agire su di lui con il ruolo protettivo di una struttura terapeutica, ha contribuito alla graduale - spesso irreversibile - disintegrazione della sua identità.

Di fronte ad una tale verifica della realtà non si può dunque esimersi dal domandare che cosa sia la psichiatria e quale sia il suo campo d'indagine. Se cioè si occupi del malato mentale o, limitando il suo contributo ad una elaborazione puramente ideologica, si interessi solo delle sindromi in cui lo rinchioda; e, qualora riconosca nel malato mentale l'oggetto della sua indagine, quale sia la sua giustificazione nel momento in cui se ne esaminino i risultati: l'istituzionalismo dei nostri ricoveri. Ci si domanda insomma se i fatti insignificanti che spesso fanno crollare interi sistemi teorici (nel nostro caso i malati che vegetano negli asili) non siano da troppo tempo entrati in conflitto con la teoria cui la psichiatria si appella, e se non sia il caso che la teoria ceda il passo, per lasciar parlare i fatti. È questo che si domanda un gruppo di malati mentali, medici, infermieri, psicologi e amministratori, impegnati tutti nel campo dell'istituzione psichiatrica. Domanda che nasce dalla disagio reale, vissuto a tutti i livelli, nel momento in cui si mette in discussione la validità e l'arbitrarietà insieme, del rapporto autoritario - gerarchico su cui l'intera vita asilare tradizionalmente si fonda. Nel momento in cui si esamini il significato globale di un tale tipo di organizzazione e le finalità dei diversi ruoli che in essa si trovano ad agire, non si può non concludere - alla luce delle attuali possibilità terapeutiche nei confronti del malato - di trovarci di fronte ad un insieme di fenomeni che ha in sé qualcosa di paradossale. Il complesso ospedaliero sembra avere in sé stesso le proprie finalità, nel senso che il lavoro che lo sottende pare servire a mantenerlo in vita, senza peraltro tendere verso qualcosa che ne giustifica la funzione. Se poi ci si avvicini, tanto da individuare i vari livelli che interagiscono all'interno del sistema, la prima impressione globale sarà confermata dall'assenza di evidenti ruoli reali. Quello che si rileva subito è che il malato non esiste (anche se sarebbe lui il soggetto della finalità dell'intera istituzione), fissato com'è in un ruolo passivo che lo codifica e insieme lo cancella. Ma ciò che, inoltre, non si riesce ad individuare è il ruolo dello psichiatra e dell'infermiere. Se si trascura quello dell'autorità e del potere di cui sono generalmente investiti - che fa parte di una catena di impostazioni perpetuatesi da un livello all'altro, fino a chiudersi con l'aggressività malata che richiede di essere contenuta - non si riesce a giustificare appieno la loro presenza.

Si arriva così a comprendere come al di là del livello della custodia - la loro azione necessiti di essere continuamente trascesa nell'autorità che li distanzia e che, insieme, maschera ai loro stessi occhi il niente che non possono riconoscere di essere.

Se infatti la finalità dell'istituto non è esplicitamente la figura del "malato", l'intera organizzazione viene svuotata di ogni significato: che può, però, immediatamente riassumere nel momento in cui venga riconosciuto al malato un ruolo. In questa prospettiva, il primo passo indispensabile è il raccorciamento della distanza che agisca su di lui come il simbolo del riconoscimento del proprio valore. Su questa base può essere instaurato con il malato un rapporto reale che parta da una reciprocità finora negatagli.

Tuttavia sarà questa reciprocità a mettere in discussione il ruolo autoritario dell'infermiere e del medico che, contestati da un malato che li fa uscire dai loro ruoli privilegiati, devono andare alla ricerca di una funzione reale che sostituisca quella - fittizia e spesso di malafede - che l'autorità e il prestigio della loro posizione gerarchica avevano loro conferito. Se la reciprocità dei ruoli tende a negare ogni gerarchia, allora avviare un tale tipo di rapporto con il malato, significa minare il principio autoritario - gerarchico su cui l'intera organizzazione ospedaliera si fonda, per tendere ad un organismo in cui ogni polo della realtà cerchi, attraverso l'altro il proprio significato. In questo senso se la liberazione del malato si attua attraverso l'azione dello psichiatra e dello staff ospedaliero, lo psichiatra e lo staff trovano la loro liberazione attraverso il malato che - solo - può dare loro il ruolo che non hanno ancora avuto.

La nostra realtà è dunque il degente degli Ospedali Psichiatrici, per il quale la psichiatria non ha trovato finora che soluzioni negative, vivendone l'incomprensibile psicopatologico come una mostruosità socio - biologica da allontanare e da escludere. Ma se lo studioso di psicopatologia può trovare legittimo continuare a cercare ideologicamente la soluzione per una tale mostruosità, mantenendosi staccato dalla realtà che non gli sta sotto gli occhi, lo psichiatra che faccia parte di un'organizzazione ospedaliera, si trova inevitabilmente costretto ad una scelta immediata. O accetta i parametri della psichiatria tradizionale e, quindi, fa ad essi aderire il malato ed i sintomi con i quali è stato etichettato, sanando il conflitto fra teoria e pratica a solo favore della teoria, (e allora instaura con lui l'ovvio rapporto gerarchico - autoritario che il suo ruolo gli richiede). O si avvicina al malato così com'è, cercando di comprendere che cosa è diventato a causa di quei parametri che ne hanno sancito - come con un marchio - la diversità, dando la precedenza questa volta alla realtà, come unica fonte di verifica. L'alternativa oscilla dunque fra un'interpretazione ideologica della malattia che

consiste nella formulazione di una diagnosi esatta, ottenuta attraverso l'incasellamento dei diversi sintomi in uno schema sindromico preconstituito; o l'approccio al "malato mentale" su di una dimensione reale in cui la classificazione della malattia ha e non ha peso, dato che il livello di regressione che lo accomuna agli altri ricoverati, è legato ad una serie di comuni circostanze istituzionali - quelle che Goffman chiama "contingenze di carriera" - più che alla sindrome in sé: non si tratta dunque tanto di regressione malata, quanto di regressione istituzionale.

L. Binswanger (La Conception de l'homme chez Freud a la lumiere de l'anthropologie philosophique - Ev. Psych. f. - 1, 3, 1938) aveva già puntualizzato il pericolo cui va incontro un metodo di approccio scientifico che "allontanandosi da noi stessi, porta ad una concezione teorica, alla osservazione, all'esame, allo smembramento dell'uomo reale allo scopo di costruirne scientificamente un'immagine". Pure, è solo corredato di una serie di immagini e di categorie precostituite di tal natura, che lo psichiatra si trova ad affrontare il malato mentale; costretto quindi a mettere fra parentesi la malattia, la diagnosi, la sindrome in cui è stato etichettato, se vuole riuscire a comprenderlo e soprattutto ad agire su di lui, dato che risulta distrutto, più che dalla malattia, da ciò che la malattia è stata ritenuta e dalle misure di sicurezza che una tale interpretazione ha imposto.

Tuttavia, nel momento in cui si mette in discussione la psichiatria tradizionale che - nell'aver assunto a valore metafisico i parametri su cui fonda il suo sistema - si è rivelata inadeguata al suo compito, si corre il rischio di cadere in un analogo impasse, qualora ci si immerga nella prassi, senza mantenere un livello critico all'interno della prassi stessa; il che porterebbe lo psichiatra stesso a de-"situarsi", seppure in modo diverso.

Ciò significa che, volendo partire dal "malato mentale", dal ricoverato dei nostri istituti come unica realtà, c'è il pericolo di avvicinare il problema in modo puramente emotivo.

Capovolgendo, un'immagine positiva, il negativo del sistema coercitivo - autoritario del vecchio manicomio, si rischia di saturare il nostro senso di colpa nei confronti dei malati in un impulso umanitario, capace soltanto di confondere nuovamente i termini del problema. Liberato dalla sua promiscuità con il delinquente; rinchiuso in un carcere non meno duro del precedente; etichettato in un ruolo non molto diverso da quello del colpevole punito; allontanato e isolato in quanto riconosciuto dalla scienza psicologicamente e biologicamente incomprensibile; il malato rischia di diventare il "povero malato" che ha pagato per tutti, per il quale necessita progettare nuove strutture a carattere prevalentemente riparatorio. Il "cattivo" malato la cui tutela doveva essere affidata ad un sistema carcerario, rischia di diventare il "buon" malato che si tenta di reintegrare - attraverso nuove strutture terapeutiche - alla società, conservando però intatto il sistema di privilegi, prevaricazioni, paure e pregiudizi che la caratterizzano. Ciò, mediante un complesso di istituzioni che continui a preservarla e a garantirla dalla diversità che la malattia mentale tuttora rappresenta. Del resto, in un mondo manicheo, la figura del "malato mentale" non può essere vissuta come un problema che lo metta in crisi: tutt'al più potrà mutare il ruolo all'interno del sistema stesso, la cui tranquillità deve essere prima di tutto, salvaguardata. La risposta che, in una recentissima intervista (J.P. Sartre répond - L'arc. n. 30, 1966) J.P. Sartre dà, riprendendo il tema da lui affrontato nel saggio del '47 prima citato, sembra calzare perfettamente al discorso finora impostato, tanto da ritenersi qui opportuno trascriverne uno stralcio. All'intervistatore che gli contesta una sua affermazione secondo cui "nessun libro resiste davanti ad un bambino che muore di fame", J.P. Sartre risponde che "fra la fame del bambino ed il libro la distanza è incommensurabile. Ma se è l'emozione che io provo davanti alla fame che mi spinge a scrivere - continua Sartre - non è possibile riempire il vuoto. Per lottare contro la fame bisogna cambiare il sistema politico ed economico e la letteratura non può giocare in questa lotta che un ruolo secondario. Un ruolo secondario che però non è nullo. C'è un'ambiguità nelle parole: - da un lato non sono che parole - "letteratura"; dall'altro designano qualcosa e a loro volta agiscono su ciò che designano: modificano. La letteratura deve giocare su queste ambiguità. Se si pone l'accento più sull'uno che sull'altro aspetto o si fa della letteratura di propaganda o la si riduce a quel nulla che non vuol essere... Ma se si mantiene fermamente l'ambiguità, se non si sacrifica né l'uno né l'altro aspetto delle parole, si sarà già a buon punto per fare la vera letteratura: una contestazione che contesta sé stessa"(1).

Il discorso di Sartre è ancora una volta direttamente trasferibile al nostro. Il "malato mentale" che incontriamo negli asili psichiatrici è, infatti, la realtà che contesta la psichiatria così come il bambino che muore di fame contesta la "letteratura". Ma se è solo l'emozione che io provo davanti al malato che mi spinge ad agire nei suoi confronti, non è possibile riempire il vuoto che lo separa dalla scienza che dovrebbe occuparsi di lui. Quindi, o la parola

conserva la sua ambiguità di essere "parola" che contemporaneamente modifica ciò che disegna (e allora la psichiatria deve essere una scienza che agisce direttamente sul malato come ciò che il discorso psichiatrico deve designare per modificare); o si prende un solo polo di ambiguità e si fa, da un lato, della "letteratura" (discutendo sulle classificazioni e sottoclassificazioni delle sindromi); e dall'altro una analisi emotiva del "malato" e della deprecabile situazione in cui si trova. Rifiutando invece e la sterile "letteratura" psichiatrica e lo sterile rapporto puramente umanitario, si sente l'esigenza di una psichiatria che voglia costantemente trovare la sua verifica nella realtà e che nella realtà trovi gli elementi di contestazione per contestare sé stessa.

La psichiatria asilare riconosca dunque di aver fallito il suo incontro con il reale, sfuggendo alla verifica che - attraverso quella realtà - avrebbe potuto attuare. Una volta sfuggitale la realtà, non ha che continuato a fare della "letteratura", elaborando le sue teorie ideologiche, mentre il "malato" si trova a pagare le conseguenze di questa frattura - rinchiuso nell'unica dimensione ritenuta adatta a lui: la segregazione.

Ma, come Sartre il ruolo della letteratura nella lotta contro la fame è secondario, perché "per lottare contro la fame bisogna cambiare il sistema politico ed economico", così nel nostro campo, per lottare contro i risultati di una scelta ideologica, bisogna anche lottare per cambiare il sistema che lo sostiene. Se, infatti, la psichiatria - attraverso la conferma scientifica dell'incomprensibilità dei sintomi - ha giocato la sua parte nel processo di esclusione del "malato mentale", essa è da considerarsi, insieme, l'espressione del sistema che finora ha creduto di negare ed annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé, rifiutandone la dialettica nel tentativo di riconoscersi ideologicamente come una società senza contraddizioni; così come proverà ora ad ammorbidarne le asperità, cercando di riassorbirle nel suo stesso seno attraverso una psichiatria di propaganda (che è appunto la letteratura di propaganda di cui parlava Sartre nella sua intervista) che viene proposta come alternativa.

Per questo, il gruppo di malati, medici, psicologi, infermieri e amministratori, qui presenti con le loro discussioni e saggi sulla realtà asilare, hanno intrapreso - partendo da una verifica della realtà - una lotta che deve muoversi ad un livello scientifico e politico insieme. Se, infatti, il malato è l'unica realtà cui ci si debba riferire, si devono affrontare le due facce di cui tale realtà è appunto costituita: quella del suo essere un malato, con una problematica psicopatologica (dialettica e non ideologica) e quella del suo essere un escluso, uno stigmatizzato sociale. Una comunità che vuol essere terapeutica deve tener conto di questa duplice realtà - la malattia e la stigmatizzazione - per poter ricostruire gradualmente il volto del malato così come doveva essere prima che la società, con i suoi numerosi atti di esclusione, e l'istituto da lei inventato, agissero su di lui con la loro forza negativa.

Tuttavia, soltanto tenendo presente l'estrema ambiguità della situazione che stiamo vivendo, si riuscirà ad evitare l'edificazione di una nuova ideologia: quella dell'ospedale aperto, delle comunità terapeutiche, proposte come soluzione al problema del malato mentale. La nostra realtà è affondata in un terreno profondamente contraddittorio e la conquista della libertà del malato deve coincidere con la conquista della libertà dell' "intera comunità". Si tende, infatti, verso una nuova psichiatria basata sull'approccio psicoterapico con il malato, e si è invece ancora invischiati in una realtà psichiatrica legata ai vecchi schemi positivisti; ci si orienta verso la costituzione di nuclei ospedalieri che tengano conto del gioco delle dinamiche interne ai gruppi e dell'apporto delle relazioni interpersonali, non avendo altri modelli cui riferirsi che quelli di un sistema autoritario e gerarchico; ci si sforza di trasformare l'Ospedale Psichiatrico in un centro retto - per quanto possibile - comunitariamente si è invece nostro malgrado inseriti in una realtà sociale ad alto livello repressivo e competitivo; si tende ad affrontare comunitariamente il malato mentale per farlo uscire dallo stato di regressione in cui è stato indotto, e si rischia di provocare in lui un nuovo tipo di disadattamento al clima istituzionalizzato della società.

Se quello della comunità terapeutica può essere, dunque, considerato un passo necessario nell'evoluzione dell'Ospedale Psichiatrico (necessario soprattutto nella funzione che ha avuto e che tuttora ha di smascheramento di ciò che il malato mentale era ritenuto e non è e per l'individuazione dei ruoli prima inesistenti al di fuori di un livello autoritario) non può però considerarsi la meta finale verso cui tendere, quanto piuttosto una fase transitoria in attesa che la situazione stessa si evolva in modo da fornirci nuovi elementi di chiarificazione. Ciò che risulta importante, per il momento, è riuscire a mantenere, affrontare ed accettare le nostre contraddizioni, senza essere tentati di allontanarle per negarle. Per questo il compito della psichiatria attuale potrebbe essere quello di rifiutarsi di ricercare una soluzione della malattia mentale come malattia, ma di voler avvicinare questo tipo particolare di malato

come un problema che - solo in quanto presente nella nostra realtà - potrà rappresentarne uno degli aspetti contraddittori per la cui soluzione si dovranno impostare ed inventare nuovi tipi di approccio e nuove strutture terapeutiche.

Ciò si è evidenziato chiaramente nelle organizzazioni ospedaliere aperte: il malato - non più isolato e allontanato dalla vista del medico - si impone come problema sempre presente, quindi come uno dei poli della realtà che non si può negare. Ma è possibile che soltanto lo psichiatra lo viva come un problema, mentre la società continua a volerlo rinchiodare nel ruolo di malato, per non doversi impegnare ad affrontarlo nella sua presenza quotidiana? Lo psichiatra non può affrontare una tale esperienza se la società non si allinea nella stessa direzione e l'unica possibilità - che non è e non vuole essere una soluzione - è quella di accettare come parte della nostra realtà la problematica del malato mentale. Solo nel momento in cui il problema sia vissuto da tutti noi, la società dovrà imporsi soluzioni reali attraverso l'organizzazione di strutture terapeutiche, come l'unico modo di far fronte alla sua incresciosa presenza nella nostra realtà. Fintantoché - altrove - altri si cureranno di lui, continueremo a negare il problema nel timore di riconoscerci ed identificarci in esso.

Ciò che si va evidenziando nelle nuove strutture psichiatriche, tuttora ristrette entro i limiti del capovolgimento del sistema tradizionale, è che l'Ospedale Psichiatrico non è un istituzione che guarisce, ma una comunità che si guarisce affrontando le proprie contraddizioni, dato che si tratta di comunità reali, ricche di tutte le contraddizioni che caratterizzano appunto la realtà. Per questo, dal momento in cui il mondo istituzionale non sarà più rinchiodato entro i confini di una realtà artificiosa, verrà a trovarsi faccia a faccia con il mondo esterno che, a sua volta, dovrà imparare ad accettare le proprie contraddizioni non avendo più un luogo in cui negarle. In questo senso si può parlare di un incontro delle due comunità (quella esterna e quella interna), già fisicamente concretatosi nell'espandersi della città fino alla periferia dove, un tempo, era relegata soltanto la casa della follia, e nell'evolversi della comunità chiusa che - nel suo manifestarsi una comunità viva, reale e contraddittoria - si troverà a scontrarsi dialetticamente con la realtà da cui è stata partorita. Si potrà così minare contemporaneamente e l'ideologia dell'Ospedale come macchina che cura, come fantasma terapeutico, come luogo senza contraddizioni; e l'ideologia di una società che, negando le proprie contraddizioni, vuole riconoscersi come una società sana.

### **Conferenza sul tema:**

La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale e dibattito con interventi di: Giuseppe Righi, Marcello Urbani, Salvatore Siggia, Bruno Popoli, Mario Tommasini, Bruno Bernazzoli, Carlo Vetere.

### **Dr. GIUSEPPE RIGHI - Presidente della Amministrazione Provinciale di Parma**

Porto il saluto dell'Amministrazione Provinciale a tutti gli intervenuti ai sanitari, infermieri dell'Ospedale Psichiatrico.

Il mio saluto, il mio ringraziamento per essere qui intervenuti al Prof. Vetere, Direttore di Divisione del Ministero della Sanità, al prof. Basaglia, Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia che sarà il relatore del tema: "La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale".

Ringrazio per la loro presenza pure il Medico Prov.le, Prof. Siggia, il Rappresentante della Prefettura Dr. Guacci, il Prof. Tomasi, Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno, l'Assessore Provinciale qui presente.

L'Amministrazione Prov.le ha voluto questo incontro credendo veramente che questa iniziativa, tendente a porre le basi di un interscambio di opinioni, di esperienze fra i vari ospedali psichiatrici, possa essere eccezionalmente utile. Siamo convinti che soltanto nella comunione degli sforzi e degli studi si possa, nel campo della scienza in generale e nel campo psichiatrico in particolare, procedere, affinché numerosi problemi possano essere risolti. Il nostro convincimento è che soltanto attraverso il rapporto più stretto fra gli uomini di scienza si possano ottenere per il futuro risultati produttivi, efficaci per la risoluzione degli enormi problemi che oggi si pongono.

Il campo delle malattie mentali è vastissimo. Lo studio di queste malattie è certo tra i più difficili e affascinanti, ma non si può restare isolati.

Se noi prendiamo ad esempio un altro settore altrettanto importante, il settore del cancro, noi ci rendiamo conto che gli studi portati avanti da diversi scienziati non potrebbero

approdare a nulla, nemmeno come speranza, se ad un certo punto questi scienziati non comunicassero tra di loro, se fra di loro non si consegnassero le esperienze acquisite. Ed è proprio con quella umiltà, necessaria nell'uomo di scienza, che ognuno deve dare e portare agli altri colleghi il proprio contributo, se si vuole che il mosaico delle piccole e delle grandi scoperte possa essere composto in un quadro unitario che riesca ad un risultato effettivo. Ed è per questo, ripeto, che l'Amministrazione Prov.le di Parma ha voluto questo incontro perché qui sia portata, dal Direttore di un altro Ospedale Psichiatrico, l'esperienza che in quell'Ospedale può essere stata compiuta.

Io, come del resto tutta l'Amministrazione, sarei ben felice che i nostri medici venissero chiamati a far riconoscere altrove le loro esperienze ed i loro studi, frutto delle opere che essi vanno svolgendo qui nell'Ospedale Psichiatrico di Colorno.

Il tema si inserisce anche in un contesto più vasto; noi tutti abbiamo necessità di tenere aperto e vivo un dibattito sul problema psichiatrico che debba essere di sostegno al Governo e in particolare al Ministero che oggi regge il Ministero della Sanità, affinché il problema degli Ospedali Psichiatrici possa essere affrontato e risolto. E sarebbe ipocrisia nascondersi che oggi le cose nel campo degli Ospedali Psichiatrici non sono fra le migliori. Perciò vi è anche l'aspetto di denunciare su un piano generale i difetti dell'assistenza ospedaliera psichiatrica. Non i difetti di questo o di quell'Ospedale, perché tutto ciò può avere una importanza relativa, ma i difetti generali derivanti da una legislazione superata, da una carenza istituzionale che oggi noi sentiamo profondissima e deprimente. E questo dibattito deve essere vivo affinché l'opinione pubblica, il paese e coloro che sono preposti al Governo del Paese abbiano al sollecitazione necessaria perché le cose possano essere affrontate. La riforma degli Ospedali Psichiatrici, che sarà quanto prima portata al Consiglio dei Ministri e quindi al Parlamento, si inserisce nel più vasto contesto dell'assistenza ospedaliera generale e dell'assistenza in genere. Non posso qui non ricordare, perché appartenente ad una formazione politica, che grande merito del progresso che si va oggi compiendo nel Paese in questo settore è proprio dovuto ad un Ministro Socialista, il Ministro Mariotti. È su questa strada che l'Amministrazione Prov.le cerca di camminare con i mezzi, purtroppo limitati, che le sono consentiti.

Debbo riconoscere e dare atto e ringraziare della fattiva opera l'Assessore Tommasini, che dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno, oserei dire, ha fatto una sua seconda vita.

Quanto l'Amministrazione Prov.le sta facendo qui è da tutti voi conosciuto: attrezzature nuove, riforme di locali, di settori, costi di milioni; 60 milioni durante la gestione passata sono stati impegnati per il rinnovo di attrezzature, 180 milioni sono in corso di contrazione come mutuo per altri rinnovi; si sta attuando il reparto aperto; sono iniziative che costano e che noi cerchiamo di attuare nei limiti del possibile.

Abbiamo anche impostato il problema di un nuovo Ospedale Psichiatrico e questo non deve far timore a nessuno.

Esso è assolutamente necessario anche perché la legge di riforma ospedaliera psichiatrica prevederà ospedali non superiori a 500 posti letto. È in tutto questo cammino che si deve compiere, un cammino che deve tenere presente, non gli interessi di noi che siamo fuori degli Ospedali Psichiatrici anche se tra di noi vi sono coloro che vi lavorano, ma di coloro che soprattutto vi sono dentro, avvinti da un male che oggi l'uomo non è ancora in grado di guarire e che può soltanto cercare di affrontare, che può soltanto cercare di lenire attraverso quelle più nuove tecniche mediche che sono oggi alla portata della terapia psichiatrica. Per tutto questo noi amministratori, sanitari, dipendenti, funzionari, ministri dobbiamo cercare la coesione affinché anche questa parte dell'assistenza sociale nel Paese possa essere portata, come risoluzione a buon fine.

Lascio la parola al Prof. Vetere, Direttore di Divisione del Ministero della Sanità.

### **Prof. CARLO VETERE - Direttore di Divisione del Ministero della Sanità.**

Generalmente chi viene a portare il saluto del Ministero reca sempre con sé un aspetto formalistico, di cerimonia. Ora credo che, nella discussione di questa sera, nessuno possa pensare che, sia il pensiero del Ministero Mariotti che l'impostazione generale del Ministero della Sanità, siano nei riguardi del problema dell'assistenza psichiatrica, delle impostazioni, dei pensieri "di rito".

Voi tutti avrete letto sui giornali, avete sentito come il Ministro Mariotti e come l'Amministrazione Sanitaria abbiano cercato di portare di fronte all'opinione pubblica la grave situazione degli Ospedali Psichiatrici e, soprattutto, abbiano proposto una riforma

dell'assistenza psichiatrica.

Quindi credo che tutti voi possiate comprendere l'interesse che il Ministro Mariotti, che vi saluta per nome mio, e l'Amministrazione Sanitaria hanno di questo Vostro Convegno, soprattutto perché, attraverso la discussione che seguirà, si potranno comprendere determinati interessi, determinati problemi, specifiche aspirazioni del personale che potranno avere la loro giusta soluzione nell'ambito della riforma psichiatrica ospedaliera.

Come ha detto il vostro Presidente, la riforma dovrà essere approvata dal Consiglio dei Ministri, la via non è facile; non è stata facile e non sarà agevole.

Consentitemi di dire che da 15 anni noi Funzionari della Sanità speriamo che si possa, finalmente anche in Italia, raggiungere il livello di impostazione giuridica e di funzionalità che molti altri paesi europei hanno già raggiunto da decenni. Purtroppo le difficoltà che si sono incontrate non sono di natura economica o strutturale, perché già in Italia abbiamo una struttura, un'organizzazione psichiatrica; sono state difficoltà ideologiche, cioè difficoltà di comprensione dei problemi dell'assistenza psichiatrica, ancoramento a concezioni giuridiche napoleoniche. Queste difficoltà ideologiche persistono e rendono difficile la soluzione legislativa di una legge moderna di assistenza psichiatrica.

Quindi il Ministero della Sanità è quanto mai lieto che questi problemi vengano popolarizzati perché noi riteniamo che attraverso l'adesione dell'opinione pubblica si riuscirà ad affermare alcuni concetti fondamentali, come quello che la malattia mentale è una malattia come tutte le altre, che va affrontata con gli stessi mezzi, profilattici e terapeutici. Il malato di mente è un malato che ha bisogno soprattutto di assistenza, di recupero e di riammissione nella società, non è una persona da isolarsi dalla società.

Questi concetti fondamentali che a prima vista sembrano ovvii, incontrano invece resistenze profonde, e non tanto per una forma di difesa istintiva della società, quanto piuttosto per un atteggiamento culturale; atteggiamento che non è solo della classe dirigente ma che è diffuso in tutti gli strati sociali. Il problema grosso non sarà soltanto quello di fare una nuova legislazione psichiatrica, il problema grosso sarà quello di convincere l'opinione pubblica che i malati di mente vanno trattati come tutti gli altri ammalati. Io quindi vi invito ad ascoltare quanto vi dirà un collega che in un'altra provincia italiana ha impostato una organizzazione ospedaliera interna quanto mai di avanguardia, quanto mai moderna che è meta di visitatori anche stranieri. Vi invito ad ascoltare e successivamente ad intervenire perché dalla vostra discussione noi aspettiamo indicazioni.

Sono naturalmente a vostra completa disposizione per tutto quanto possa riguardare le notizie sulla impostazione del progetto di riforma che verrà presentato quanto prima al Consiglio dei Ministri. E con questo vi auguro buon ascolto e buona discussione. Grazie.

### **Prof. FRANCO BASAGLIA. - Direttore dell'ospedale Psichiatrico di Gorizia**

Il Presidente della Provincia di Parma che mi ha preceduto ed il prof. Vetere hanno iniziato un discorso che io cercherò di allargare rifacendomi all'esperienza del gruppo che qui rappresento.

Apprendo il Convegno, il dott. Righi ha toccato alcuni punti che mi sembrano particolarmente significativi; ha precisato cioè che questo convegno ha lo scopo di unire tutti quelli che si occupano del problema del malato di mente, perché ciascuno possa portare il contributo della sua esperienza e possa verificarla nel confronto con le esperienze altrui, iniziando a tessere - su questo terreno comune di interessi - la trama, per così dire dialettica, indispensabile alla presa di coscienza di un problema.

Egli ha puntualizzato inoltre un altro fatto molto importante e cioè che il problema del malato di mente non è soltanto un problema che riguardi i medici ed i metodi che intendono adottare per curarlo; ma è un problema che coinvolge l'intera società dove accade che l'uomo si "ammali" e dove deve ritornare quando "guarisce". In questo senso si tratta di un problema sociale che ogni paese affronta o ignora e nasconde a seconda delle strutture su cui si edifica, strutture che tendono cioè alla riabilitazione di tutti i componenti la società, o che vivano nella necessità di eliminare i più deboli a favore dei più forti.

In Italia il problema incomincia a farsi sentire con un certo ritardo rispetto ad altri paesi. In Inghilterra - con l'appoggio di un'organizzazione sanitaria a carattere nazionale - il problema istituzionale è stato affrontato ed in parte risolto, attraverso l'organizzazione di strutture aperte in cui il malato mentale è considerato alla stessa stregua di qualsiasi altro tipo di malato e dove, comunque, l'impostazione terapeutica è di carattere eminentemente sociologico. In Francia - anche se legati come in Italia ad una vecchia legislazione, di fatto

del tutto superata - un gruppo di psichiatri ha iniziato, fin dal 1952, un'azione di denuncia della situazione istituzionale da cui dovevano muoversi i primi passi verso una nuova organizzazione psichiatrica, oggi attuata in alcuni fra i più importanti centri psichiatrici d'avanguardia. Se, dunque, l'esperimento inglese risulta avvantaggiato dalla nazionalizzazione dell'organizzazione sanitaria, in Francia un contesto sociale ed ostacoli legislativi analoghi ai nostri, non hanno però impedito l'affermarsi di movimenti di denuncia e di rinnovamento a livello psichiatrico e sociale insieme

Sono stato invitato a parlare qui di un'esperienza italiana che - pur collegandosi originariamente a modelli stranieri - si mantiene strettamente legata alla nostra realtà sociale ed istituzionale. Il tema della mia conversazione sarà centrato sulla libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale, per analizzare il ruolo del malato mentale nella Comunità Terapeutica. Anche se la Comunità Terapeutica sarà qui presentata come un valore da raggiungere, devo premettere che è essa stessa da considerarsi soltanto una tappa nella radicale trasformazione dell'istituzione asilare, che verrà superata non appena la maturità della comunità la rimetterà in discussione.

### **La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale - Il malato mentale e la Comunità Terapeutica.**

Nel 1952, un numero speciale dell'ESPRIT, fu dedicato al tema "La miseria della psichiatria" e vi collaborarono gli psichiatri francesi che, fin da allora, erano impiegati alla ricerca di un nuovo modo di approccio istituzionale al malato mentale. In un articolo sulla "Condizione del malato nell'Ospedale Psichiatrico" di L. Le Guillant e L. Bonnafè si legge: "La condizione dei malati nell'Ospedale Psichiatrico non sembra sia effetto di qualche 'maledizione'..... Se questi malati sono più duramente trattati degli altri..... è in definitiva perché si tratta di malati senza difesa, senza voce e senza diritti. Gli alienati sono (agli occhi della classe dominante) i negri, gli indigeni, gli ebrei, i proletari degli altri malati. Come loro, sono vittime di un certo numero di pregiudizi e di ingiustizie. Pregiudizi e ingiustizie che comunque non concernono affatto la natura della follia".

In Italia, a tutt'oggi, una legge antica, incerta fra l'assistenza e la sicurezza, la pietà e la paura, continua a stabilire i limiti oltre i quali si passa la frontiera fra il cittadino che ha - di fronte alla società - il diritto di essere difeso, e il malato che, solo in quanto tale, perde questo diritto, perché fa ormai parte della schiera di coloro da cui la società vuole difendersi.

"Pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo". Questa è la motivazione con la quale il malato mentale entra in manicomio; in un luogo la cui funzione è - in questa motivazione stessa - già precisata come azione di tutela, di difesa del sano di fronte alla follia e dove il malato assume un ruolo puramente negativo, come se il suo rapporto con l'istituzione si svolgesse al solo livello della sua eventuale pericolosità. Da ciò deriva che se il malato - prima di essere considerato tale - è da ritenersi soprattutto pericoloso, le regole su cui l'istituzione che dovrebbe occuparsi della sua cura, si edifica, non possono essere istituite che in funzione di questa pericolosità e non della malattia di cui soffre. Per questo la figura del malato mentale, così come appare abitualmente nei nostri ospedali, è quella dell'uomo oggettivato in un istituto, la cui organizzazione ed efficienza sono sempre risultate più importanti della sua riabilitazione.

E' qui superfluo dilungarci in descrizioni - ormai ovvie - dello stato di passività, di apatia, di disinteresse in cui vivono i malati nei nostri ricoveri. Esso è stato riconosciuto come una forma di regressione, venuta a sovrapporsi alla malattia originaria, a causa del processo di annientamento e di distruzione cui i malati sono sottoposti dalla vita dell'asilo. Basti dire che il perfetto ricoverato, all'apice di questa carriera, sarà quello che si presenta completamente ammansito, docile all'autorità degli infermieri e del medico; quello che, in definitiva, non complica le cose con reazioni personali, ma si adegua supinamente all'autorità che lo tutela; autorità che solo attraverso la negazione di ogni impulso e bisogno personale di chi gli viene affidato, si garantisce l'efficienza ed il buon andamento dell'istituto.

Questa la situazione fallimentare della psichiatria istituzionale tradizionale. Di chi sia stata la colpa, è a questo punto inutile indagare. Ogni società, le cui strutture siano basate soltanto su una differenziazione economica, culturale e su un sistema competitivo, crea in sé delle aree di compenso che servono come valvole di scarico dell'intero sistema. Il malato mentale ha assolto questo compito per molto tempo, anche perché era un "escluso" che non poteva conoscere da sé i limiti della sua malattia e quindi ha creduto - come la società e la



psichiatria gli hanno fatto credere - che ogni suo atto di contestazione alla realtà che è costretto a vivere, sia un atto malato, espressione appunto della sindrome di cui soffre. Se dunque da un lato è il sistema sociale a determinare una simile situazione, dall'altro la psichiatria stessa l'ha avvalorata scientificamente, riconoscendo l'incomprensibile del fenomeno psicopatologico come una mostruosità biologica che poteva solo essere isolata. Ora è però la psichiatria, come esigenza di verità scientifica, a riproporre il problema, non già alla ricerca di un capro espiatorio su cui scaricare le aggressività accumulate (il che ci manterrebbe ancora ristretti nei limiti di un mondo manicheo dove si separi nettamente il Male dal Bene), ma in un tentativo di trovare, nel vivo, una soluzione ai problemi che urgono.

Di fronte al volto, mutato dall'era dei farmaci, del malato mentale, è infatti la psichiatria che rifiuta di continuare a trattarlo come un escluso da cui la società vuole ancora difendersi. E rifiuta di continuare a tenerlo prigioniero di formule, etichettamenti, qualifiche che corrispondono più ad un'immagine che la psichiatria stessa si era costruita dell'uomo malato, che ad una realtà. L'agitato, il pericoloso, lo scandaloso non corrispondono a modalità umane di cui si vogliono conoscere le più intime motivazioni, ma sono ormai categorie il cui significato risulta "consumato" ed assorbito in un'unica realtà: l'uomo da escludere. Il piano in cui la psichiatria attuale si pone è, dunque, prima di tutto un piano umano e sociale. Esso richiede un tipo di approccio al malato che, sempre tenendo conto dell'efficacia dei trattamenti biologici, non dimentichi di trovarsi di fronte un uomo e non una malattia cui farne aderire i sintomi, una categoria in cui rinchiuderlo, o una mostruosità da allontanare. Nel 1838, quando non c'erano i ganglioplegici, nè la psicanalisi aveva ancora attuato l'approccio psicodinamico, un coraggioso psichiatra inglese, il dott. Conolly con l'aiuto di 30 infermieri, apriva le porte ed eliminava le contenzioni in un Ospedale Psichiatrico di 500 malati. Aveva impostato intuitivamente quella che più di cento anni dopo Maxwell Jones - sempre in Inghilterra - avrebbe chiamato la "Comunità terapeutica". "Ciò che più colpisce gli uomini, anche i più lontani dalla medicina - scrive nel 1858 Morel dopo aver visitato l'impresa Conolly - è l'ordine e la disciplina di questi asili, la calma dei malati e i sentimenti di umanità che animano i sorveglianti e gli infermieri dell'uno e dell'altro sesso. Ho visto malati passeggiare in lunghi corridoi dove circolava liberamente aria e luce; questi corridoi sui quali si aprono le stanze dei ricoverati, sono ornati di tavoli e di fiori e portano a sale di riunioni dove si incontrano i pensionati di diverse classi e dove trovano libri, giornali ed altre distrazioni."

### **Tutto questo accadeva in Inghilterra nel 1838.(1)**

Da allora c'è stata la psicanalisi; l'antropologia esistenziale ha ulteriormente umanizzato l'approccio psicoterapico; sono stati scoperti farmaci tali da mutare il volto del malato mentale; sono in atto esperienze già collaudate in paesi stranieri come l'Inghilterra e la Francia (seppure su basi diverse le une dalle altre). In Italia, tuttavia siamo ancora legati ad uno scetticismo e ad una pigrizia che non hanno giustificazioni.

L'unica spiegazione può essere data in chiave socio-economica: il nostro sistema sociale - ben lontano dall'essere un regime economico di pieno impiego - non può essere interessato alla riabilitazione del malato mentale che non potrebbe essere recepito da una società, dove non è risolto appieno il problema del lavoro dei suoi membri sani.

In questo senso ogni esigenza di carattere scientifico da parte della psichiatria, rischia di perdere il suo significato più importante - il suo aggancio appunto sociale - se alla sua azione all'interno di un sistema ospedaliero ormai in sfacelo, non si unisce un movimento strutturale di base che abbia a tener conto di tutti i problemi di carattere sociale che sono legati all'assistenza psichiatrica.

Per questo, anche l'esperienza attuata dalla comunità che io qui rappresento, pur avendo ottenuto innegabili risultati in questo campo, continua a correre il rischio di perdersi se non riesce a trovare una risposta nel contesto sociale su cui agisce.

Mi scuso, fin dall'inizio, se - per quanto riguarda l'impostazione del problema psichiatrico relativo alla Comunità Terapeutica - mi troverò costretto a fare riferimenti ad esperienze personali, senza le quali, d'altra parte, il discorso rischierebbe di rimanere astratto ed inutile. Comunque parlare di un'esperienza i cui risultati ci consentano di esporre brevemente le basi teoriche su cui la nostra impostazione si fonda, penso possa avere il valore di una smentita al senso comune, e possa servire come dimostrazione che mutamenti, anche radicali, sono possibili se solo si incominci ad attuarli.

---

La Comunità Terapeutica si presenta come una comunità e non un agglomerato di malati. Come una comunità organizzata in modo da consentire il movimento di dinamiche interpersonali fra i gruppi che la costituiscono e che presenta le caratteristiche di qualsiasi altra comunità di uomini liberi. Questo è l'assunto di base.

Ciò che è più difficile illustrare è il concetto di terapeuticità legato alla Comunità. Non tutte le comunità risultano, infatti, terapeutiche. Le caserme, i collegi sono organizzazioni di uomini liberi che devono, tuttavia, essere subordinati alle regole della comunità cui appartengono; regole basate sull'efficienza necessaria al buon andamento dell'organizzazione. Tuttavia, seppure una tale efficienza si ottenga solo attraverso la mortificazione individuale, essa non mina che parzialmente la libertà dei suoi membri cui, all'esterno dell'organizzazione stessa, è consentita una vita personale.

Una Comunità Terapeutica psichiatrica non potrebbe però partire da questi presupposti. Se accettasse, come l'organizzazione psichiatrica tradizionale aveva accettato, la mortificazione individuale dei malati in nome dell'efficienza dell'istituto, dell'ordine, della sicurezza generale, ricreerebbe il clima istituzionale che vuole distruggere. Deve quindi partire dalle esigenze del malato e da lì cercare di adattare attorno a lui lo spazio vitale di cui abbisogna per espandersi ed attuare quello che è l'assunto primo della Comunità Terapeutica: cioè la potenza terapeutica che ognuno dei componenti la Comunità sprigiona nei confronti dell'altro. Malato, medico, infermiere, personale amministrativo, chiunque sia presente nell'istituto si trova coinvolto ad assolvere questo compito. Tutto è quindi orientato verso un unico fine: creare un clima nel quale sia possibile avvicinarsi reciprocamente in un rapporto umano che, proprio in quanto spontaneo, immediato e reciproco, diventa terapeutico.

La scoperta della Comunità Terapeutica - attuata da Maxwell Jones nel 1952 - sembra quindi la soluzione più ovvia per un tipo di malato che risulta disturbato soprattutto nel rapporto con l'altro. Ma se sembra tanto ovvia nella sua enunciazione, essa si rivela molto più difficile nella sua applicazione pratica. Ciò significa, infatti l'apertura delle porte dell'Ospedale Psichiatrico - chiuso finora in un mondo senza contraddizioni perché ogni contestazione era impedita - al mondo della dialettica, dell'opposizione, dell'accordo ottenuto mediante il reciproco convincimento e non con la prevaricazione e la forza.

E' dunque facile farsi un'immagine falsa della Comunità Terapeutica come di un mondo ideale dove tutti sono buoni, dove i rapporti sono improntati al più profondo umanesimo, dove il lavoro risulti altamente gratificante. Un po' come viene presentata addolcita e con una sola faccia, la realtà della pubblicità televisiva, dove siamo invitati a partecipare di una vita irrealistica, ideologica, senza contraddizioni.

La Comunità Terapeutica vuole essere appunto la negazione di questo mondo ideale. Essa è un luogo nel quale tutti i componenti (e ciò è importante) - malati, infermieri, medici - sono uniti in un impegno totale dove le contraddizioni della realtà rappresentano l'humus dal quale scaturisce l'azione terapeutica reciproca. E' il gioco delle contraddizioni - anche a livello dei medici fra loro, medici e infermieri, infermieri e malati, malati e medici - che continua a rompere una situazione che, altrimenti, potrebbe facilmente portare ad una cristallizzazione dei ruoli.

E' ovvio tuttavia, che la contestazione si può muovere solo in un clima di libertà. E la libertà ha i suoi rischi. Impostare un'organizzazione psichiatrica sullo sviluppo della capacità di opporsi del malato (capacità attraverso la quale il suo io indebolito riesca a prender forza), significa dover distruggere ogni riferimento al metro con cui la psichiatria tradizionale lo aveva misurato: la pericolosità, la necessità di misure di sicurezza, considerate terapeutiche.

La situazione viene necessariamente capovolta: se prima l'architettura stessa dell'Ospedale doveva tener conto della necessità del sorvegliante di spaziare col suo occhio vigile il più lontano possibile, ora si deve tener conto della necessità del mantenimento del mondo privato di ognuno, che deve poter sussistere anche in opposizione alla comunità stessa.

Ciò presuppone però il mutamento radicale del rapporto che non può essere improntato che all'autentico rispetto reciproco. Vivere dialetticamente le contraddizioni del reale è dunque l'aspetto terapeutico del nostro lavoro. Se tali contraddizioni - anziché essere ignorate o programmaticamente allontanate nel tentativo di creare un mondo ideale - vengono affrontate dialetticamente; se le prevaricazioni degli uni sugli altri e la tecnica del capro espiatorio - anziché essere accettate come inevitabili - vengono dialetticamente discusse, così da permettere di comprenderne le dinamiche interne, allora la comunità diventa

terapeutica. Ma la dialettica esiste solo quando ci sia più di una possibilità cioè un'alternativa. Se il malato non ha alternative, se la sua vita gli si presenta già prestabilita, organizzata e la sua partecipazione personale consiste nell'adesione all'ordine, senza possibilità di scampo; si troverà imprigionato nel terreno psichiatrico, così come si sentiva imprigionato nel mondo esterno di cui non riusciva ad affrontare dialetticamente le contraddizioni. Come la realtà che non riusciva a contestare, l'istituto cui non può opporsi non gli lascia che un unico scampo: la fuga nella produzione psicotica, il rifugio nel delirio dove non c'è né contraddizione né dialettica.

In che cosa consiste, dunque, praticamente la differenza fra un istituto che si regge in senso tradizionale ed una comunità che vuole essere "terapeutica"?

In entrambe le situazioni il malato segue l'iter ospedaliero, nel senso che la sua giornata si svolge all'interno di una comunità che deve assolvere particolari funzioni essenziali: mangiare, dormire, far passare il tempo. Nell'istituto tradizionale, però, il far passare la giornata è un atto puramente passivo, vissuto come tale dall'intera organizzazione: i malati aspettano il succedersi dei pasti, interrotti da qualche attività definita "passatempo"; gli infermieri lasciano correre le ore sorvegliando. In una comunità che si dice terapeutica, invece, ogni atto di ognuno acquista un significato attivo di reciproca stimolazione, appunto terapeutica. Ciò significa che ogni momento della giornata, ogni movimento dei componenti la comunità è teso a formulare un clima il cui scopo primo sia la ricostituzione dell'iniziativa personale, della spontaneità e della capacità creativa compromesse, in un primo tempo dalla malattia e, successivamente, distrutte dall'istituto. La Comunità Terapeutica tende dunque alla creazione di una struttura - più psicologica che materiale - nella quale ogni suo componente sia impegnato alla stimolazione dell'altro attraverso la creazione di possibilità di rapporti interpersonali che, contemporaneamente, assolvano alla necessità di protezione e tutela reciproca. In questo senso il ruolo protettivo rappresentato nell'Ospedale tradizionale da sbarre, grate, reti che, anche agli occhi del malato acquistano il valore di protezione contro se stesso; o nell'Ospedale paternalistico dall'enorme figura del medico alla cui bontà e comprensione il malato può abbandonarsi e distruggersi - nella Comunità terapeutica viene assolto dalla comunità stessa in cui si trovano a giocare, in un movimento di tensioni e controtensioni, i ruoli dei malati, degli infermieri e dei medici, continuamente messi in discussione, ricostruiti e nuovamente distrutti.

Ciò si evidenzia particolarmente nella riunione di Comunità che si attua ogni mattina nel nostro Ospedale e che rappresenta il banco di prova dove ogni componente la comunità stessa si espone di fronte all'altro e ne accetta la contestazione. Questo incontro plenario giornaliero viene, dunque, vissuto come un riferimento psicologico che assolve un'enorme funzione protettiva. Se, di fronte alle contraddizioni, ai contrasti, alle difficoltà personali di ogni componente la comunità, si crea uno spazio reale in cui le difficoltà e i contrasti possono essere discussi, a volte risolti, a volte chiariti, a volte compresi nella loro impossibilità di soluzione - assieme agli altri - contraddizioni e contrasti vengono sdrammatizzati e privati della carica emotiva di cui abitualmente sono pregni, proprio perché il malato - e non solo lui - trova subito un'apertura, uno sbocco in cui incanalarli, prima di incapsularli definitivamente in se stesso.

Questa la funzione principale della riunione di Comunità che serve da perno attorno al quale tutta la vita ospedaliera ruota.

Altro elemento in cui un'organizzazione psichiatrica di tal tipo si differenzia dall'Ospedale tradizionale è la cosiddetta "ergoterapia". Quella del lavoro, delle attività verso cui stimolare malati apatici, indifferenti, abulici, è un grosso problema. Ma, mentre nell'Ospedale tradizionale il lavoro ha il solo significato di un riempitivo, nella Comunità Terapeutica esso deve assumere nuovamente un valore terapeutico, come occasione di incontri, di rapporti interpersonali spontanei e come stimolo all'attuazione di una spontaneità creativa distrutta. Ma oltre a questo, il lavoro può avere una funzione importantissima se si riveli un'occasione capace di stimolare in malati "cronici" che da anni hanno perso il senso del proprio valore personale - una nuova coscienza lavorativa, tale da far rifiutare il compenso come espressione di beneficenza gratuita. Solo nell'esigere la retribuzione quale logica contropartita di ciò che il lavoratore dà alla comunità, il malato riesce a farsi riconoscere nel proprio valore di scambio. È quindi evidente come l'elemento su cui si tende a far leva non sia tanto la rivendicazione salariale in sé, quanto piuttosto il fatto che, attraverso un tale tipo di rivendicazione immediata, il malato trova un riconoscimento, una conferma al proprio valore personale.

Si pensi, ad esempio, alla situazione di un malato cronico in un Ospedale Psichiatrico tradizionale. L'alternativa che gli viene offerta è la scelta fra far parte dello "zoccolo umano",

unico arredo degli enormi androni chiusi; o rivelarsi collaborativo (che significa obbediente, rispettoso, servile, succube) per essere ammesso nella squadra dei lavoratori addetti ai servizi generali. Si trova, quindi, a dover preferire una condizione sub-umana, quale quella della rassegnazione completa alla perdita della propria individualità e personalità, per poter sussistere. Questo tipo di lavoro, oltre ad essere alienante per il malato, poiché si trova a contribuire con le sue stesse mani a mantenere in vita l'istituto che lo segrega, aumenta in lui la convinzione di far parte di una categoria di sub-uomini per i quali la retribuzione al lavoro non corrisponde ad un diritto in stretto rapporto con la prestazione reale: la stessa partecipazione al lavoro gli viene concessa come un "dono", in cambio o in premio della sua buona condotta e docilità.

Per il malato che viva in una Comunità Terapeutica, il lavoro, inteso in questo senso, non dovrebbe aver significato e lo dichiaro anche se nella nostra esso è tuttora presente.

L'Ospedale non è un'industria ed il lavoro - se è riconosciuto un elemento necessario per il malato, come lo è ritenuto in ogni organizzazione ospedaliera tradizionale - deve però avere un fine soltanto terapeutico e solo in funzione di questa finalità deve essere svolto. La funzione significativa di queste attività lavorative non può, dunque, limitarsi a quella di un passatempo, ma deve agire, soprattutto, come stimolo ai rapporti interpersonali fra malati e rivelarsi come l'occasione di discussioni capaci di alimentare nel malato le capacità di opporsi, per prendere coscienza di sé, dei propri e degli altrui limiti. (2)

Ciò richiede, ovviamente, una collaborazione strettissima con un personale preparato al suo compito. Per questo la Comunità Terapeutica è un'organizzazione che tende ad essere orizzontale, in confronto all'organizzazione verticale degli Ospedali Psichiatrici tradizionali. Perché ogni componente la Comunità è indispensabile all'andamento della comunità stessa e deve poter, sua volta, contare sulla sicura collaborazione di tutti.

Primo passo - causa e nello stesso tempo effetto del passaggio dalla ideologia custodialistica a quella più propriamente terapeutica - risulta quindi il mutamento dei rapporti interpersonali fra coloro che agiscono nel campo. Mutamento che, con il variare o il costituirsi di motivazioni valide, tende a formare nuovi ruoli che non presentano più alcuna analogia con quelli della precedente situazione tradizionale. E' questo terreno ancora informe, dove ogni personaggio va alla ricerca del suo ruolo, che costituisce la base da cui prende l'avvio la nuova vita terapeutica istituzionale.

Nella situazione comunitaria il medico, quotidianamente controllato e contestato da un paziente che non si può allontanare né ignorare, perché costantemente presente a testimoniare i suoi bisogni, non può arroccarsi in uno spazio che potremmo definire asettico, dove poter ignorare la problematica che la malattia stessa gli ripropone. Né può risolversi in un dono generoso di sé che, attraverso il suo inevitabile trascendersi nel ruolo di apostolo munito di una missione, stabilirebbe un altro tipo di distanza e di differenziazione non meno grave e distruttivo del precedente. La sua unica posizione possibile risulterebbe un nuovo ruolo, costruito e distrutto dal bisogno che il malato ha di fantasmaticizzarlo (di renderlo cioè forte e protettivo) e di negarlo (per sentirsi forte a sua volta); ruolo in cui la preparazione tecnica gli consenta - oltre il rapporto strettamente medico con il paziente che resta inalterato - di seguire e comprendere le dinamiche che vengono a determinarsi, così da poter rappresentare in questa relazione il polo dialettico che controlla e contesta come viene controllato e contestato. L'ambiguità del suo ruolo sussiste, comunque fintantoché la società non chiarirà il suo mandato, nel senso che il medico ha un ruolo preciso che la società stessa gli fissa: controllare un'organizzazione ospedaliera nella quale il malato mentale sia tutelato e curato. Si è visto, tuttavia, come il concetto di tutela (nel senso delle misure di sicurezza necessarie per prevenire e contenere la pericolosità del malato) sia in netto contrasto con il concetto di cura che dovrebbe invece tendere al suo espandersi spontaneo e personale; e come l'uno neghi l'altro. In che modo il medico può conciliare queste due esigenze, in sé contraddittorie, finché la società non chiarirà verso quale dei due poli (la custodia o la cura) vuole orientare l'assistenza psichiatrica?

La posizione dell'infermiere è, in un certo senso, meno ambigua. Nella situazione comunitaria egli si trova di fronte a delle motivazioni al suo lavoro che mutano il loro significato più intrinseco: esse infatti passano dal puro custodialismo (quindi da un rapporto con oggetti la cui unica motivazione risiede nel compenso economico), ad una finalità terapeutica cui ogni atto e ogni gesto verrebbe ad uniformarsi. In un Ospedale che si va facendo comunitaria, è la situazione stessa a richiedere all'infermiere una capacità di rapporto terapeutico cui spesso non è preparato. Il problema sorge, infatti, quando non sia possibile immettere nell'organizzazione che va mutando, nuovi elementi tecnicamente responsabili, ma si debba contare solo sulla graduale presa di coscienza da parte dell'infermiere del mutare delle

motivazioni al suo lavoro e, quindi, sull'accettazione o il rifiuto dell'impegno terapeutico che un tale tipo di motivazione necessariamente implica. Questa è la "crisi" del suo ruolo e la maggior difficoltà in cui si imbatte la Comunità Terapeutica: essa si trova, infatti, necessariamente basata sull'opera essenziale degli infermieri il cui ruolo viene completamente capovolto dalle nuove strutture che si fondano sulla loro partecipazione totale. D'altra parte, la graduale presa di coscienza da parte degli infermieri del mutare delle loro motivazioni al lavoro, diventa essa stessa fonte di terapeuticità all'interno dell'organizzazione, poiché l'opposizione, la contestazione non sono che elementi positivi di chiarificazione, di controllo reciproco, che ci salvano dal pericolo di cadere in un'ideologia. Quello di cui si è finora parlato solo marginalmente resta, comunque, ancora il ruolo del malato e ciò perché nella struttura tradizionale egli è presente come un oggetto accessorio. Il suo ruolo, cioè, nei confronti del medico è essenzialmente passivo, in un rapporto di assoluta dipendenza da chi rappresenta il ruolo tecnico competente. Paradossalmente il medico risulta in stretto rapporto con la malattia del malato, in una sorta di relazione in cui il malato recita un ruolo, appunto accessorio.

Infatti, se per ruolo si intende il complesso di funzioni attraverso le quali l'individuo giustifica la sua presenza nel mondo, il malato mentale - e in particolare il ricoverato di un istituto tradizionale - ne sarebbe completamente privo essendo stato, fin dall'inizio, escluso dalla vita sociale ed essendosi gradualmente ridotto - per poter meglio aderire alle regole dell'istituto e, quindi sopravvivere - ad affidarsi nelle mani di chi dovrebbe curarsi di lui, come chi non ha alcun potere sulla propria vita, né alcun ruolo nel mondo. Nello spazio, psicologicamente oltre che materialmente ridotto che l'istituto gli consente, il malato riesce a sopravvivere alla sua mancanza di individualità soltanto attraverso un processo di fantasmizzazione del medico che la giustifichi ma che, proprio per questo, lo continua a mantenere legato al suo ruolo di passività.

E' solo passando nella prospettiva comunitaria che il malato si trova ad agire, contemporaneamente, come causa e come effetto della crisi generale dei ruoli all'interno dell'istituzione: cioè la partecipazione attiva alla vita terapeutica istituzionale da parte del malato, attraverso lo "sfruttamento" della forte componente terapeutica che da lui si sprigiona, ha messo in crisi i ruoli dello staff. Ma lo ha anche fatto uscire dal ruolo tradizionalmente passivo che gli era abituale, immettendolo in una sfera in cui le sue competenze non sono ancora del tutto chiarificate.

Si potrebbe incominciare a dire - dall'esperienza che andiamo facendo - che il ruolo del malato, all'interno di una istituzione tendenzialmente comunitaria, sta mutando qualitativamente. Ciò significa che il malato non viene acquistando più libertà, più autonomia, più responsabilità come una somma di possibilità quantitative che gli si aprono. Ma che sta imparando a tradurre queste possibilità in un modo personale di approccio, appunto qualitativamente più evoluto e più maturo, con il gruppo in cui vive. Si è assistito, infatti, nel caso del lungodegenti istituzionalizzati, ad una graduale conquista o assimilazione personale dei vari stadi di liberalizzazione che - all'inizio dell'apertura dell'ospedale - non potevano essere vissuti che come estranei. La libertà donata resta, evidentemente, di proprietà di chi la dona e si presenta come una categoria di cui si conosce l'uso, senza poter appropriarsene, se non attraverso un atto di conquista. Nel caso del lungodegente istituzionalizzato è proprio la conquista del proprio ruolo nella comunità cui appartiene che gli rende la libertà, troppo facilmente ottenuta il momento dell'apertura dell'Ospedale.

Il problema del malato mentale che si pone ora in contatto con una situazione terapeutica istituzionale è, naturalmente, del tutto diverso. Egli si presenta, infatti, con un ruolo ben preciso verso la malattia di cui soffre, ruolo che consiste nel suo impegno a vincere l'ansia attraverso la produttività psicotica. Un tale ruolo attivo (benché si tratti di attività psicotica) diminuisce o cessa all'ingresso nell'istituto dove, abitualmente, o il livello di iperprotezione (leggi misure di sicurezza più idonee a garantire l'assoluta impossibilità di agire del ricoverato); o il rapporto individuale con il medico sul piano paternalistico, fuori della realtà; o la mancanza di protezioni evidenti del clima comunitario, provocano un ulteriore stato di regressione, immediatamente successivo all'ingresso.

Ora, di questo livello regressivo l'istituto tradizionale su base custodialistica si serve per legare maggiormente a sé e alle sue regole il nuovo affiliato, il quale sarà - appunto dalla coercizione della vita asilare - confermato nel suo sentimento di esclusione e sollecitato nelle sue difese psicotiche. L'istituto tradizionale su base paternalistica riuscirà - attraverso il rapporto individuale con il medico "buono" - a colpevolizzare maggiormente il malato, così

da non consentirgli altre possibilità di vita che le sue fantasie psicotiche, esaltate appunto dal clima di falsa tolleranza che lo circonda.

Che cosa accade, invece, al momento dello stadio regressivo iniziale di un malato, entrato in una situazione comunitaria? Immesso in uno spazio dove la figura del medico non si presenta nè protettiva, nè incumbente o coercitiva, il malato si trova solo in mezzo ad altri malati. Lo stato di regressione si annuncia subito: nell'ospedale non ci sono coercizioni, nè mortificazioni, ma non c'è neppure la figura paterna cui abbandonarsi per dimenticarsi e distruggersi. Il malato si trova solo davanti alla possibilità di costruirsi un ruolo o di rifiutarlo ed avverte che - nonostante egli tenda a costruirsi il fantasma del medico che tutto accoglie ed assorbe in sé - ciò che conta è la presenza degli altri attorno a lui; presenza reale, vera, concreta. Attraverso una tale presenza avverte sì di essere un escluso, ma un escluso in mezzo ad altri esclusi con cui può unirsi e costruire quello che al malato tradizionale non sarebbe mai stato possibile: l'unione in gruppo per opporsi.

E' qui che entrano in gioco i ruoli del medico e dell'infermiere che devono essere pronti ad accettare e stimolare il gruppo che viene costituendosi come altamente terapeutico, anche se (e soprattutto se) mette in discussione la loro autorità, la loro competenza tecnica, la loro sicurezza umana.

In questo senso il dividere, da parte del medico, il rischio della libertà del malato poteva essere il primo passo per porsi sullo stesso piano, restando tuttavia un atto volontaristico in cui era sempre il medico a decidere se accettare o rifiutare un tale rischio, mantenendosi egli alla distanza del signore che si fa volontariamente democratico. Ma ora, di fronte a dei malati che prendono gradualmente coscienza del proprio ruolo e della propria forza come un gruppo che ha la possibilità di controllo reciproco, di interazione e quindi di azione terapeutica, il medico è messo in discussione e lo sarà, su un piano sempre più reale e meno fantasmatico, man mano che il ruolo del malato si avvierà, attraverso il senso di appartenenza alla comunità, ad uscire dalla serializzazione istituzionale, verso la costituzione di un gruppo in cui possa definire ed affermare la legittimità della sua esistenza.

---

Restano ancora alcune precisazioni di carattere pratico.

L'organizzazione ospedaliera cui mi riferisco comprende 550 malati, suddivisi in 8 reparti di cui 6 completamente aperti. Due – uno maschile ed uno femminile per un totale di circa 170 persone – sono ancora chiusi ed accolgono malati organici, dementi, schizofrenici gravemente deteriorati, frenastenici, per i quali si sta elaborando un progetto di graduale apertura nei prossimi mesi. Questi due reparti ancora chiusi segnano, comunque, il limite della nostra esperienza i cui risultati attuali ci autorizzano però a procedere nella direzione ormai tracciata. Problemi pratici, quali il personale insufficiente, reparti troppo affollati che dovrebbero poter essere sfoltiti, ci hanno impedito finora l'attuazione dell'apertura completa di tutto l'Ospedale.

Questa presenza del vecchio "manicomio" all'interno della nostra struttura ospedaliera è, dunque, la dimostrazione del punto cui siamo giunti. La nostra comunità è qualche cosa che sta muovendosi, evolvendosi di giorno in giorno e che è ben difficile poter descrivere: è una situazione che non si può definire ma solo attuare e verificare; dove si tende a vivere il positivo ed il negativo come le facce diverse di un problema che ha bisogno di venir dialettizzato per essere compreso. Ciò che, comunque, ci preme precisare sono i limiti raggiunti, poiché rifiutiamo di presentare una situazione mistificata che – proprio in quanto tale – non avrebbe la minima utilità sociale.

Resta ancora da chiarire il grado di rischio cui una comunità, così impostata, può andare incontro. Dalla nostra esperienza di questi 5 anni di lavoro (di cui raccoglieremo altrove i dati statistici) credo si possa concludere che gli inconvenienti sono stati di molto inferiori all'aspettativa, e direi inversamente proporzionali ai risultati generali. Ciò significa che i rischi ci sono, ma che non superano quelli di un'organizzazione psichiatrica tradizionale, costruita appositamente per eluderli. Del resto ogni tipo di approccio terapeutico ne accetta e finora pare che solo lo psichiatra non li abbia ancora affrontati direttamente, poiché i rischi verrebbero a ricadere su di lui e sulla società di cui è l'espressione.

Gli inconvenienti cui si può andare incontro possono essere di natura diversa, così come le contraddizioni della realtà si manifestano con tante facce. Ma essi si rivelano sempre strettamente legati al grado di coesione all'interno dell'organizzazione; agli stati di tensione non risolti; ai momenti in cui la comunità non garantisce un livello protettivo sufficiente:

motivi questi che mettono in discussione l'azione del medico e dell'infermiere più che la imprevedibilità del malato e della sua malattia.

Questa la conclusione globale della nostra esperienza che – iniziata con scarsissimo personale medico e con personale infermieristico impreparato al nuovo ruolo – è andata svolgendosi abbracciando di necessità tutto il positivo ed il negativo che veniva ad affiorare in una realtà dove la dialettica era stata programmaticamente negata. Per aiutare il malato a guardare in faccia le contraddizioni del reale da cui è fuggito, non può essere di alcuna utilità creare un mondo artificiale nel quale tali contraddizioni non esistano. Ma qualora si riesca a farlo avvicinare a questo mondo contraddittorio, abituandolo a dialettizzarne le forze, questo sarà il primo passo verso la possibilità, da parte sua, di accettarle o dominarle.

Tuttavia ogni discorso sulla malattia mentale rischia di restare astratto se non si cerchi di risolverlo attivamente, anche attraverso tentativi ed errori. Per questo concludo con le parole dello stesso Bonnafè, cui mi sono riferito all'inizio: "Questa lotta contro il "mito" da cui si sviluppa la follia... non sarà vinta da speculazioni teoriche ma da realizzazioni concrete... Solo una nuova impostazione pratica ci mostrerà l'orientamento verso cui può andare la trasformazione dell'assistenza psichiatrica, della condizione del malato mentale nella società e quali forme prenderà". Ciò che comunque importa, e qui concordo appieno con Bonnafè, è che nel caso del malato mentale "non si tratta più di un problema tecnico, ma di una posizione che ognuno deve prendere: quella della complicità o quella della verità e dell'azione".

## **RIGHI**

Se c'è qualcuno che intende chiedere spiegazioni, illustrazioni, chiarimenti è pregato di farlo.

### **Prof. MARCELLO URBANI – Primario dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno.**

Io volevo soltanto chiedere degli schiarimenti al Prof. Basaglia, non sulla base di esperienze personali perché non ne abbiamo in questo specifico campo, ma riferendomi alla letteratura sull'argomento e in particolare agli articoli di Clark che penso sia un autore molto noto al nostro collega.

Mi sembra che lei abbia scelto decisamente fra i due tipi di Comunità terapeutica previsti: la Comunità Terapeutica di cui si legge nel rapporto del 1953 degli esperti al Comitato dell'Organizzazione mondiale della sanità che è una Comunità Terapeutica – dice Clark – molto più facile; e quella invece di Maxwell Jones le cui caratteristiche lei ha già brillantemente esposto. Come lei sa Clark insiste sull'importanza di quelle riunioni quotidiane in cui ciascuno discute i problemi di tutti; però Clark fa una precisazione sulla quale appunto verte la mia domanda.

Clark dunque afferma, che il presupposto "filosofico" secondo la espressione anglosassone di una Comunità Terapeutica è quello delle teorie psicodinamiche per il quale, aggiunge, tutti i problemi individuali, possono essere risolti, affrontati e discussi nella comunità. Ora io volevo chiederle: lei condivide questa impostazione, questo assunto non in generale, ma in particolare per quanto riguarda gli schizofrenici? E non tanto gli schizofrenici nuovi arrivati, ma vecchi schizofrenici che costituiscono il peso maggiore per il nostro ed immagino anche per il suo ospedale; quelli che abbiamo ereditato e che sono ricoverati da 20-30-40 anni? Questa domanda mi interessa specialmente perché Clark dopo aver esposto le sue esperienze conclude dicendo che naturalmente si tratta ancora di una esperienza che deve svolgersi. In proposito, mi pare, - in questo forse non sono esattamente informato -, ma comunque mi pare che le prime esperienze sia di Maxwell Jones sia degli altri inglesi si riferissero alle neurosi industriali oppure a quelle unità che erano costituite di ex prigionieri di guerra disadattati. Tornando a Clark lui pensa che questo tipo di organizzazione comunitaria, o comunità terapeutica, potrebbe essere particolarmente utile per le turbe del carattere, mentre invece è molto meno utile per i depressi.

Quindi la mia domanda in sintesi è questa: la comunità terapeutica che voi avete sperimentato, come si realizza con questa massa di pazienti, già passivi quando siamo arrivati noi a curarli, già passivi prima dei neurologici? Noi siamo fermi ancora, nel nostro ospedale alla Comunità Terapeutica di primo tipo (il malato al quale si deve prestare fiducia, il malato che si deve impegnare nel lavoro ecc.) cioè siamo ancora alla concezione paternalistica o come direbbe lei piramidale dell'organizzazione.

## **BASAGLIA**

Il Prof. Urbani ha ricordato, rifacendosi alla letteratura, due tipi di Comunità Terapeutica: quella di Clark e quella di Maxwell Jones e mi chiede quale dei due orientamenti si segua a Gorizia.

Noi seguiamo, grosso modo, i presupposti della Comunità Terapeutica di Maxwell Jones. Vorrei però far presente che esiste un altro grosso filone della psichiatria ospedaliera – la psichiatria francese che risponde al nome di "psicoterapia istituzionale" – dove si assiste ad un tipo di azione nel campo, analogo a quello anglosassone. L'ospedale è aperto sia in Francia che in Inghilterra (negli ospedali d'avanguardia): i primi su un'impostazione prettamente analitica, i secondi più propriamente sociologica.

Il gruppo di Gorizia intenderebbe inserire un tipo di comunità che, pur tenendo conto di un orientamento psicodinamico, si basi anche sull'elemento sociologico. Rifiutiamo cioè sia l'Ospedale Psichiatrico istituzionalizzante che quello su base paternalistica, tendendo essenzialmente a creare una situazione nella quale il malato sia stimolato a prendere posizione di fronte alla realtà, e quindi di fronte al medico e all'organizzazione ospedaliera che ne è, ai suoi occhi, l'espressione più immediata. L'opposizione del malato al medico, all'organizzazione, all'autorità ospedaliera non è che il primo passo verso il rafforzamento del suo io indebolito che gli consenta di affrontare la realtà e le sue contraddizioni.

Questi, grosso modo, i presupposti su cui si basa la nostra comunità, che tende a muoversi su un piano sociologico e psicodinamico insieme. Sfortunatamente, però, nella nostra équipe manca l'apporto di uno psicanalista di cui si sente veramente la mancanza, per il controllo delle dinamiche dei gruppi interagenti fra loro.

## **RIGHI**

Chi altri ha qualche cosa da chiedere.

## **BASAGLIA**

Non so se il mio discorso sia stato troppo oscuro e me ne scuso. Ho forse presentato pochi dati pratici e mi sono più a lungo soffermato sui presupposti teorici su cui il nostro lavoro si fonda, ritenendo – e non so se in questo ho sbagliato – che fosse necessario chiarire prima il significato delle azioni che si stanno compiendo.

Del resto, presentare d'un tratto una situazione in cui gli interlocutori – e mi riferisco soprattutto agli infermieri qui presenti – non possono riconoscersi, non riconoscendo i termini del lavoro cui sono abituati, non può che provocare uno stato d'ansia più che giustificato. Cercherò quindi di affrontare l'argomento da un punto di vista più concreto. Gli infermieri presenti sanno quello che è il lavoro in un Ospedale Psichiatrico. Si immagini dunque un Ospedale con 8 reparti, di cui 6 aperti e 2 chiusi.

Come si svolge la sorveglianza nei reparti aperti? E come è possibile ottenerla se il personale addetto non è aumentato in seguito all'apertura del reparto? Attraverso la lenta azione di responsabilizzazione di tutti i componenti la comunità: i malati hanno cioè una vita protetta da loro stessi, dagli infermieri, dai medici e non più dalle strutture ospedaliere che garantiscono un limite di sicurezza.

L'infermiere viene dunque coinvolto in un'azione terapeutica che non ha più nulla della vecchia azione custodialistica. Ed è in questo suo nuovo ruolo che si trova in crisi, poiché vive costantemente con il malato in un rapporto che non sa come impostare. In una situazione tendenzialmente comunitaria l'infermiere non può più ritenersi un custode, perché il paziente deve essere responsabilizzato; deve avere con lui un rapporto terapeutico, ma in effetti non è un terapeuta; non si può pretendere che sia amico del malato perché, in realtà, compie un lavoro ed un rapporto di amicizia non potrebbe che essere casuale e comunque fonte di nuovi stati di tensione. È quindi comprensibile come chi entri in crisi per primo in una nuova organizzazione psichiatrica, sia proprio l'infermiere che non riesce a trovare una mansione precisa, dal momento che gli viene richiesto che sia essenzialmente terapeutica.

Si tratta dunque di un ruolo difficile a definirsi perché richiede – più che un'azione specifica che si possa apprendere – una partecipazione personale e la comprensione di ciò che è il malato mentale: un uomo che deve essere aiutato ad affrontare la realtà in tutte le sue contraddizioni.

Quello che risulta mutato nella nuova situazione dell'infermiere sono dunque le motivazioni al



suo mestiere. Quali motivazioni aveva un tempo? Lavorare in un Ospedale Psichiatrico rappresentava una certa sicurezza per il futuro; ci si garantiva uno stipendio fisso e la pensione. Qualche volta si parlava anche di "missione" nei confronti del malato, ma la motivazione restava soprattutto il fatto che si trattava, e si tratta tuttora, di un mestiere sicuro.

Ora, nel momento in cui l'Ospedale muta faccia, muta logicamente anche la motivazione dell'infermiere poiché l'impegno che gli viene richiesto – e senza il quale l'organizzazione ospedaliera non può reggersi – è un impegno totale a tutti i livelli che comprendono pulizia, sorveglianza e terapia. Il ruolo del medico è, in un certo senso, più facile perché più definito: ma un'organizzazione psichiatrica che tende a reggersi comunitariamente non può permettersi di avere al suo interno elementi che si pongano con il malato in un rapporto autoritario o paternalistico, quando è questo tipo di rapporto che si prefigge di distruggere. Altrimenti la nuova struttura risulterebbe già minata all'interno.

L'Ospedale di Colorno dalla fine della guerra ad oggi ha dovuto esser ricostruito e migliorato nelle sue vecchie strutture. In una parola, ha dovuto ancora affrontare bisogni inderogabili, ma elementari che non sono però valsi a metterlo al passo dei tempi, a cambiarne il volto. (2).

Vediamo con piacere che finalmente ci si comincia a muovere attivamente in una direzione giusta, che affronta problemi più elevati, essenziali per qualificarne l'attività. In una direzione, come tanto opportunamente ha fatto notare il Presidente, che tende ad inserire appieno l'istituto nel contesto di una più civile convivenza secondo il nuovo corso della politica sanitaria del Paese, quale vediamo maturare solo in questi ultimissimi anni, anche se si tratta di far fronte ad esigenze rilevate e manifeste da parecchi decenni.

Perciò ho ascoltato ora con molto interesse il Prof. Urbani, l'unico interlocutore sinora di questa interessante serata, e mi compiaccio anche con lui per il contributo dialettico recato alla discussione, oltre che per la sincerità delle sue parole.

Ma, per la verità, ho avvertito un brivido quando ho sentito un accenno, peraltro cauto e poi notevolmente dimensionato, alla possibilità di valutare le idee ed i fatti così appassionatamente esposti dal Relatore come una sperimentazione tuttora in atto. Perché mi direte? Perché ormai abbiamo esperienza del significato e dell'effetto di queste parole che in pratica risultano più pericolose e preclusive di un giudizio negativo.

Quando nelle nostre cose ci mettiamo coraggiosamente in cammino su di una nuova strada, il maggior pericolo, per noi e per gli altri, è che questo nuovo cammino venga indicato come sperimentale, come semplicemente sperimentale, e non come una via di evoluzione e di progresso.

Istintivamente mi vennero allora in mente per associazione di idee, e ve lo dico proprio per stimolare anche da parte dei meno informati una partecipazione più attiva a questa nostra serata, mi vennero allora in mente, dicevo, le troppe dotte dissertazioni che abbiamo ascoltato, ed il Prof. Vetere mi è buon testimone, quando si discusse se era giunto il momento di fare – sia chiaro che sto parlando di tutt'altra cosa, ma è un esempio istruttivo – la vaccinazione antipoliomielitica con i vaccini viventi e attenuati di Sabin.

Abbiamo sentito allora eminenti personalità che affermavano, convinti, che tale trattamento immunitario, già in atto in quasi tutto il mondo, era ancora "sperimentale", meritava ancora una più lunga sperimentazione.

E così noi abbiamo cominciato la vaccinazione con il Sabin soltanto in quel nuovo corso della politica sanitaria del Paese cui accennavo prima, cioè soltanto nella primavera del 1964, quando invece si sarebbe potuta iniziare almeno 2-3 anni prima con sufficienti garanzie e si sarebbero risparmiate parecchie migliaia di casi di poliomielite paralitica. Il che significa che si sarebbero evitate sofferenze umane, familiari e sociali, sacrifici di denaro pubblico e privato, a parte l'incommensurabile onere morale e materiale di quella schiera di minorati che sono stati colpiti dalla malattia proprio negli anni in cui la vaccinazione si poteva pur fare, evitando dolori e dispendi.

Nel nostro caso conosciamo bene, con i pochi vantaggi, i più frequenti pericoli e danni dell'assistenza psichiatrica attuale per molti soggetti, anche quando viene erogata nel migliore dei modi: il progressivo isolamento dalla realtà ambientale, il rigido condizionamento alle persone ed alle cose, l'inevitabile involuzione intellettuale ed affettiva, ed infine il traguardo dell'istituzionalizzazione, con tutte le conseguenze che ne derivano. Contro tutto ciò lotta volenterosamente la "Comunità terapeutica" di Gorizia, il che è lodevole senza riserva alcuna.

Possiamo renderci anche conto delle difficoltà, delle comprensibili reazioni che si accompagnano all'apprendere nuovi modi di trattamento, specie se questi attivizzano e

responsabilizzano personale e funzioni, incrinando una situazione di relativa sicurezza ormai consolidata nel tempo. Ma non possiamo, per questo, rassegnarci passivamente a continuare oggi ciò che si faceva cinquant'anni fa.

Ecco perché mi sono rassicurato continuando ad ascoltare il Prof. Urbani, il quale evidentemente, ponendo alcuni interrogativi, non nasconde nei suoi quesiti la simpatia, l'apprezzamento, la sua speranza per gli sforzi che oggi vengono compiuti dal Prof. Basaglia per riportare il malato di mente alla maggiore utilità fisica, mentale e sociale di cui è capace, attraverso un lavoro di gruppo del quale lo stesso malato è partecipe, anzi protagonista.

Il panorama generale dell'assistenza psichiatrica italiana resta ancora purtroppo, tranne lodevoli eccezioni, quello della tradizione, ed oggi con le mutate esigenze e con le conoscenze che si sono acquisite è una situazione che non soddisfa nessuno dal lato umano e medico-sociale. E ciò rappresenta un motivo di grande rammarico se si tien conto degli ingentissimi oneri finanziari, e poco remunerativi, dell'esistente rete ospedaliera e dalle grandi risorse di intelletto e di passione personale e professionale della maggioranza degli psichiatri italiani, ai quali spesso non mancano – come non mancano a Parma – la comprensione degli amministratori della cosa pubblica e le necessarie collaborazioni.

Concludo: da questo palco sono stati diretti ad un uditorio numeroso ed attento alcuni messaggi. Sono stati ricevuti? Vorrei quindi incoraggiare, non dico tutti i presenti perché sarebbe troppo, ma almeno una parte di essi a porre delle domande senza malinteso pudore. Nessuno di noi certo si meraviglierebbe se qualcuno non avesse pienamente compreso un determinato argomento, se dissentisse da qualcosa che si è detto o se ponesse una problematica magari personale.

Mi rivolgo specialmente alle infermiere ed agli infermieri presenti per dir questo: effettivamente questo nuovo modo di vedere le cose pone in crisi il ruolo tradizionale degli infermieri-custodi. Il nostro Relatore ha anzi precisato che da oggi, prima di andare a fare l'infermiere, bisognerà pensarci parecchie volte, perché non sarà facile com'è stato sinora, praticamente passando dall'inerzia all'attività.

Ma io non penso che una siffatta crisi sarà male accetta, almeno riferendomi a quello che ho visto in parecchi istituti. Posso affermare infatti per cognizione diretta d'aver quasi sempre constatato nel personale infermieristico più intelligente ed umano la sofferenza di dover fare quasi i carcerieri, di dover restare passivamente a guardare il corso degli eventi, senza riuscire a trovare od a collaborare per una via di uscita. Affermo perciò che se crisi c'è, è crisi evolutiva e quindi favorevole: quando nel proprio lavoro si individua una finalità precisa, si può trovare la soddisfazione dei risultati conseguibili; ed in tal senso penso che debba esser molto più appagato il lavoratore partecipe di obiettivi elevati, di quanto non sia facendo nulla o facendo il cosiddetto servizio di attesa, vivacizzata soltanto da eventi drammatici o, come tante volte accade, tragici.

È un argomento che si potrebbe dibattere, e mi rendo anche conto che quando si ascoltano delle cose, come le abbiamo ascoltate dal Prof. Basaglia, dette così bene, ciascuno si sente in difficoltà nel prendere la parola, specie se non è abituato. Ma bisogna pur vincerla questa sensazione. Sarà utile per tutti scambiarsi le nostre idee e le nostre esperienze.

Non esiste infatti particolare che possa essere sottovalutato quando si affrontano problemi come questo, che presenta aspetti molteplici – scientifici, organizzativi, comportamentali – ognuno dei quali meriterebbe adeguato approfondimento. Ma se un problema è difficile, perciò appunto merita di essere studiato e risolto alla luce delle nostre conoscenze. Ed al riguardo dobbiamo ricordarci, secondo l'insegnamento e le parole di un grande rivoluzionario della medicina, il Pasteur, che non esistono scienze applicate, ma che esiste la Scienza e le sue possibili applicazioni.

## **BASAGLIA**

Vorrei rispondere all'intervento del prof. Siggia sul ruolo degli infermieri.

Non ho detto che l'infermiere di un ospedale tradizionale sia contento della sua situazione, ma finché l'Ospedale è quello che è, la sua mansione resta precisa e l'infermiere sa quello che ci si aspetta da lui. Non nego la frustrazione che può vivere nel dover seguire il malato passivamente quando potrebbe seguirlo in maniera attiva; però a questa situazione è abituato, com'è abituato a conoscere i limiti del suo ruolo. Perciò dico che l'infermiere, in nuovo tipo di organizzazione ospedaliera, entra in crisi e spero sia chiaro che non intendo mettere in colpa l'infermiere di ospedale tradizionale rispetto all'infermiere di quella che può essere la nuova organizzazione psichiatrica. È la situazione che gli impone un dato

comportamento, così com'è la nuova situazione che ne imporrà uno diverso. Attualmente una delle preoccupazioni dell'infermiere potrebbe essere quella dei pericoli che può correre in una organizzazione del genere, una volta che sia uscito dall'ideologia custodialistica: cioè la preoccupazione delle responsabilità che la legge gli accolla. Questo è un problema che ha – in fondo – trattenuto finora lo stesso psichiatra dall'agire nel suo campo e non si può certo incolpare l'infermiere di essersi mantenuto in una posizione passiva. Potremmo però affermare che è in arrivo una nuova legge che sancirà e codificherà queste nuove impostazioni ma che l'importante è – in questo momento – prepararsi ad essa. Se si autorizzerà l'apertura degli Ospedali non si potrà aprirne le porte da un giorno all'altro. Sarà necessario che si sia formato all'interno dell'Ospedale un tessuto protettivo di natura diversa ed è un tale tessuto che è possibile incominciare a costruire, fin d'ora. Si va, naturalmente, incontro a dei rischi, ma sono rischi che – nel nostro ruolo di sanitari – dobbiamo correre, come li corre ad esempio il chirurgo. Ed è giusto che si debba in qualche modo rispondere delle nostre azioni alla società che, rappresentata dalla Procura della Repubblica, agisce come un controllo del nostro lavoro dove, altrimenti, non avremmo limiti, né responsabilità. Per questo la posizione dello psichiatra risulta ambigua, con una faccia rivolta verso l'esterno ed una verso l'interno perché, per quanto si possa liberalizzare l'ospedale, c'è sempre una legge da rispettare e cui rendere conto del nostro operato. Questo è il nostro rischio, rischio che siamo perfettamente coscienti di correre, riconoscendolo come parte del nostro lavoro.

### **Sig. BRUNO POPOLI – Infermiere dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno**

Il discorso che Lei ha fatto io credo che il corpo infermieristico, sia femminile che maschile, lo abbia capito ed in un certo senso apprezzato, però Lei deve convenire che è completamente nuovo per noi.

Non voglio ripetere la parola esperimento, ma Lei si renderà conto che non è facile porre delle domande. Noi – parlo a nome di tutti, forse qualcuno non sarà d'accordo, ma nella maggioranza penso di sì – siamo disposti a dare tutto il nostro appoggio a questo che può essere un ottimo sforzo per risolvere questo grosso problema che tutti sentiamo.

Lei non ce ne deve volere se io vengo in un certo senso a scusare un po' tutti, io compreso; non ce ne deve volere per due motivi: un po' perché non ci sentiamo all'altezza di competere con delle teste della sua levatura e un po' perché appunto il problema per noi è veramente, completamente nuovo.

Signori, non so se ho interpretato la vostra idea; in ogni modo credo di non esserne molto lontano.

### **BASAGLIA**

Non so davvero come ringraziare per le espressioni così umane che sono state indirizzate al nostro gruppo. Noi stiamo solo cercando di trovare, nel vivo, un modo di affrontare il problema della psichiatria istituzionale ed è molto imbarazzante trovarsi in una situazione dove sembra siamo gli innovatori della psichiatria.

Questo è proprio il nostro pericolo: di essere cioè soli su questa strada, dove potrebbe essere facile trovare consensi che, anziché aiutarci ad allargare il campo in cui si agisce coinvolgendo tutti quanti si interessano a questo tipo di problemi, ci porterebbe ad isolarci sempre più, rendendo sterile ed inutile la nostra azione.

### **RIGHI**

Dopo le parole conclusive del nostro infermiere vorrei provare io che, per essere un incompetente nel campo psichiatrico, sarò scusato se dirò delle inesattezze. Vorrei portare un parallelo a spiegazione di quanto è stato detto a proposito del ruolo dell'infermiere in una organizzazione psichiatrica di nuovo tipo come quella proposta. Un parallelo che naturalmente va accettato con le dovute cautele e sottintendendo evidentemente le grandi differenze che possono esistere fra i due elementi del parallelo. Mi riferisco ad un campo professionale mio ed in particolare all'esperienza che viene compiuta dalle maestre d'asilo. Scelgo questo settore perché il bambino al di sotto di una certa età, ancora non ha sviluppato in sé il meccanismo delle inibizioni, in altri termini non è in grado di controllare il proprio temperamento fondamentale e quindi è soggetto a dimostrare in modo apertissimo le

caratteristiche della sua natura. In questo ambiente la Maestra d'asilo viene effettivamente ad integrarsi nel gruppo dei bambini, ma viene ad integrarsi in un modo tutt'affatto particolare.

È in parte una di loro pur senza essere amica di nessuno: è una specie di ancoraggio per il bambino, ancoraggio di carattere emotivo che è indispensabile alla vita associativa del piccolo gruppo di questi giovanissimi. Si fa partecipe delle loro emozioni, si interessa dei loro problemi, capisce uno ad uno e si adegua ai vari temperamenti che ha davanti; accoglie e sollecita l'uno, reprime l'altro, scherza, sorride, si fa seria. È una meccanica molto complessa per la quale occorre certamente una buona dotazione professionale. Io non so se attraverso questa spiegazione si possa arrivare, almeno in parte, a configurare quale debba essere il ruolo dell'infermiere in una comunità di gruppo quale quella illustrata.

Io non ho letto evidentemente né Clark né gli altri psichiatri che sono stati qui nominati; di questo mi rammarico perché sarebbe bene poter leggere di tutto: quindi non ho competenza al riguardo. Chiedo solo al Prof. Basaglia se questo parallelo per quanto imperfetto che io ho portato, possa in un certo senso arrivare a chiarire, almeno in parte, quello che può essere il ruolo di un infermiere in un'organizzazione psichiatrica quale quella configurata qui questa sera.

## **BASAGLIA**

L'intervento del dott. Righi mi sembra abbia colto l'aspetto più importante della questione, rimettendo in discussione per poterlo meglio definire, il ruolo dell'infermiere nella Comunità Terapeutica.

Vorrei sottolineare che, in quella che potrà essere la nuova organizzazione psichiatrica, la motivazione al lavoro cambia perché cambia l'ammalato; muta cioè la figura di colui cui l'infermiere è preposto. Se, infatti, in una organizzazione tradizionale si affida all'infermiere un malato in quanto pericoloso a sé, agli altri e di pubblico scandalo, è su questa pericolosità che l'infermiere imposta la sua azione la quale non potrà svolgersi che ad un livello custodialistico, dato che quanto gli viene richiesto è di proteggere il malato da se stesso e, nel contempo, tutelare gli altri dai suoi eccessi.

Solo nel momento in cui il malato – al di là della sua presunta pericolosità, - viene considerato come un uomo da curare, alla stessa stregua di qualsiasi altro malato – nasce l'esigenza che l'infermiere, come tutti i componenti l'organizzazione ospedaliera, muti atteggiamento nei suoi confronti, riconoscendo al malato di mente, ricoverato nei nostri istituti, un ruolo attivo che non ha mai potuto coprire: quello di essere partecipe della propria e dell'altrui guarigione, attraverso il controllo e la contestazione reciproca che sono la base della vita comunitaria.

## **RIGHI**

Ha chiesto di intervenire un Consigliere della Provincia di Reggio Emilia, abbiamo addirittura una manifestazione interprovinciale.

## **M° BRUNO BERNAZZOLI – Consigliere alla Provincia di Reggio Emilia**

Avrei anch'io da rivolgere una domanda. Sono stato attratto a Colorno per sentire questa conferenza, ma devo dire la verità: ho letto la notizia sul giornale e non mi sembrava che il tema si limitasse unicamente al problema dell'interno, cioè all'Ospedale soltanto, senza alcun riferimento ai momenti preventivi e ai momenti postospedalieri. Comunque, mi inserisco e preciso che noi abbiamo una esperienza di tipo tutto diverso; quando si pensi che si ha un Istituto con oltre 2200 posti letto, si dovrà convenire che la riforma diventa quanto mai difficile.

Io, leggendo l'art. 42 del nuovo, almeno quello che dovrebbe essere il nuovo disegno di legge che il Ministro della Sanità dovrà presentare al Consiglio dei Ministri, non vedo la dizione infermiere. "Ogni Ospedale Psichiatrico deve avere un direttore psichiatrico ecc. Quando la divisione supera gli 80 posti letto il numero degli assistenti non deve essere inferiore a due. L'Ospedale inoltre deve avere il personale per l'assistenza sanitaria specialistica e sociale". Ora, mi pare che questo articolo preveda proprio un ospedale di tipo nuovo e quindi il discorso si aggancia benissimo con quanto diceva il Presidente della Provincia, con le risposte stesse che ha dato il Professore, cioè praticamente è un ammalato nuovo che veniamo ad

avere; ma ci vuole anche un'assistenza nuova. È un problema anche quello della preparazione del personale che entra negli Ospedali. Non so come si faccia qui a Colorno, se ci siano iniziative di aggiornamento; quello che a me interessa soprattutto è nell'esperienza che Ella ha vissuto e che vive, se ci siano corsi di aggiornamento oppure se si richieda per l'assunzione del personale infermieristico una particolare preparazione quale la scuola che in questo senso è ancora sprovvista tanto che anche per quanto riguarda l'insegnamento nelle scuole elementari si propone addirittura il biennio universitario. Quindi anche per gli infermieri non so quale tipo di istruzione occorra per arrivare a quei rapporti comunitari, a quei rapporti nuovi che il nuovo ospedale configura.

### **Sig.na GUAZZI LINDA . Infermiera dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno**

Professor Basaglia, in questi 5 anni nel Suo Ospedale sono aumentate le dimissioni?

### **BASAGLIA**

Rispondo prima alla domanda del consigliere su quanto riguarda la preparazione del personale. A parte i corsi di qualificazione che vengono svolti all'interno dell'Ospedale, quello su cui si basa l'opera di coinvolgimento generale, sono le riunioni con gli infermieri di ogni reparto. Ogni medico organizza riunioni settimanali con gli infermieri del proprio reparto, oltre alla riunione plenaria giornaliera e a quelle quasi giornaliere fra degenti ed infermieri di ogni reparto. Lo scopo di queste riunioni è di coinvolgere allo stesso livello malati, infermieri e medici che – in questo continuo dialettizzare le dinamiche interne - si trovano a partecipare di una situazione nella quale ognuno ha una parte attiva ed essenziale. Nella Comunità Terapeutica si tenderebbe dunque ad inventare ogni giorno una situazione nuova (prima ancora che la precedente si cristallizzi) in modo che il malato non possa abbandonarsi all'apatia, al disinteresse, al rifiuto di sé e dei rapporti con gli altri, ma sia anzi stimolato a prendere, in qualche modo, parte ad una vita comunitaria dove né l'infermiere, né il medico possano adagiarsi supinamente su regole ormai codificate. Questo, naturalmente, è ciò cui si tende, riconoscendo che nell'abitudine, nel lavoro routinario che non richiede alcuna partecipazione personale, sta il pericolo di una nuova istituzionalizzazione della vita ospedaliera.

Per quanto riguarda le dimissioni, cinque anni fa c'erano a Gorizia 627 ricoverati. Oggi oscillano fra i 540-550. Gli ingressi corrispondono più o meno alle uscite; ma non credo che questa sia una prerogativa della situazione comunitaria, dato che – con l'immissione dei farmaci – la situazione si rivela, credo, analoga in tutti gli Ospedali.

Tuttavia il numero delle dimissioni non è l'aspetto principale del problema: l'importante è il nuovo clima che si crea nell'Ospedale, clima il quale determina il modo in cui i malati vivono l'esperienza del ricovero che, a sua volta, influisce sul modo in cui i dimessi riaffrontano la realtà esterna.

La scoperta dei farmaci ha facilitato la creazione di un clima terapeutico nelle istituzioni ospedaliere. L'approccio del medico con l'ammalato risulta molto più veloce e dà la possibilità di una risoluzione della fase acuta. Per quanto riguarda l'aspetto biologico della malattia, la situazione si presenta uguale dovunque. La Comunità Terapeutica non raggiunge, in questo senso, risultati particolari, ma risulta invece determinante il clima che crea, clima che facilita il riaprirsi del malato alla socialità da cui era stato o si era escluso.

L'infermiera Guazzi ringrazia.

### **Prof. CARLO VETERE – Funzionario del Ministero della Sanità**

Vorrei innanzitutto rispondere all'intervento del consigliere della Provincia di Reggio Emilia. Il consigliere sa che si tratta di uno schema di legge che lascia volutamente da parte la sistemazione giuridica sul piano nazionale, demandando il trattamento economico e tutti gli altri particolari alla successiva regolamentazione.

Il personale infermieristico viene citato in questo schema di legge quando si parla dei centri di igiene mentale, allora si dettaglia, all'art. 5: psichiatra, psicologo, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico e ausiliario. Il consigliere sa benissimo qual è la situazione attuale, e qual è anche la situazione del personale infermieristico in genere in Italia.

Vorrei ora accennare ad una difficoltà che si è incontrata anche in questa riunione: una

difficoltà semantica, cioè difficoltà di linguaggio. Ora guardate, io non sono psichiatra e ce l'ho un po' con gli psichiatri perché penso che certe volte usino delle parole di gergo creando una specie di barriera. In effetti non vi è alcuna intenzione di stabilire una incomprensione perché le parole hanno un loro significato e quando lo psichiatra parla di "cosiddetta filosofia" ha dietro di sé tutto un discorso importante, essenziale. Pertanto è chiaro che quando si lavora in un campo psichiatrico e quando si vuole instaurare un nuovo tipo di rapporto di lavoro, il personale infermieristico deve essere in grado di comprendere un poco questa terminologia e ricevere, quindi, una istruzione adeguata.

Quando si discute di Comunità Terapeutica, non si considera soltanto il campo dell'Ospedale Psichiatrico per malati ma il concetto può estendersi a tutti gli ospedali, e praticamente, a tutti i centri di vita associata.

Un primo esempio, è quello degli ospedali per cronici. In alcuni ospedali psichiatrici inglesi per cronici, ad esempio, nei quali naturalmente fino a 15-20 anni fa la prima sensazione che si aveva entrando era quella del puzzo, dello sfacelo completo, instaurando un nuovo tipo di rapporti basato praticamente sul dare anche ai vecchi più deficienti, allettati da tempo, un ruolo preciso, una certa responsabilità, si è riusciti a far sì che gli ammalati cominciassero gradatamente ad autocontrollarsi, ad avere una certa sensazione di essere qualcuno, di non essere semplicemente una persona lasciata nel letto. Questo cosa comporta? Comporta naturalmente maggiore lavoro, e soprattutto un maggiore collegamento, una migliore organizzazione del tempo. Non è affatto difficile. Una prima cosa che vi posso dire è questa: io dubito che il Collega della Prefettura possa essere d'accordo nell'inviarvi in massa a Gorizia; però io come Ministero, come rappresentante del Ministero della Sanità posso assicurarvi che nei nostri programmi di divulgazione sarà senz'altro effettuato un documentario, sarà studiata la ripresa di filmine su quanto si fa presso l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, in modo che non soltanto voi ma anche i colleghi di tutti gli ospedali psichiatrici italiani, possiate visualizzare, vedere praticamente con degli esempi cosa si può fare, come si può organizzare questa famosa Comunità Terapeutica che a voi adesso appare così, come qualche cosa di bello che si fa, cui bisogna battere le mani, ma che per noi è molto difficile a realizzarsi. Questo volevo dire da un punto di vista generale. Per tornare poi al problema del personale infermieristico è chiaro, che il personale infermieristico, sia con la nuova legge ospedaliera, che con l'adeguamento alle norme del Mercato Comune dovrà essere un personale infermieristico professionale e quindi un personale che dovrà aver fatto 8 anni di scuola d'obbligo, come sempre, più tre anni almeno, perché probabilmente sarà portata a tre anni la durata delle scuole per infermieri professionali. Quasi certamente nella nuova sistemazione delle scuole infermieristiche sarà meglio definita la specializzazione psichiatrica; è assolutamente indispensabile avere delle assistenti sanitarie psichiatriche. È direi essenziale avere delle assistenti sociali con una preparazione psichiatrica. Di assistenti sociali in Italia ce ne sono abbastanza ne abbiamo dalle 8 alle 10 mila. Di assistenti sociali psichiatriche però ce ne sono dalle 180 alle 200 negli ospedali psichiatrici, più o meno ben preparate. Se sono ben preparate, possono costituire nei riguardi del personale infermieristico, un punto essenziale di sviluppo.

È chiaro che l'Amministrazione sanitaria non si propone di gettar via o di mettere da parte, in attesa che vada in pensione, quella massa di infermieri che si è fatta le ossa e che ha il titolo di infermiere professionale perché non ha le prime tre classi di scuola media.

Si propone invece la loro preparazione attraverso un sistema nuovo, più attivo, di addestramento; si propone quello che si dice un addestramento in servizio, non fatto attraverso i soliti corsi di aggiornamento più o meno accademici, ma realizzato con corsi pratici, fatti con materiale audiovisivo standard, con la proposizione e la discussione concreta di casi. C'è un reparto così, vediamo questo reparto come è organizzato, quali sono i difetti in questo reparto, applichiamo noi stessi la terapia di gruppo, cioè cominciamo a discutere in gruppo noi stessi, comprendiamo noi stessi quella che si dice la dinamica di gruppo. Lavoro di gruppo vuol significare il superamento dell'individualismo, e dell'accademismo. Dalla discussione di tutti vengono fuori certe volte tante idee, importantissime ed essenziali: la persona che vuole fare qualche cosa può recare un suggerimento immediato e concreto non soltanto una valutazione psicologica.

In questo senso, noi igienisti vediamo più il problema concreto, immediato, il suggerimento che deriva dalla discussione e che potrebbe dar luogo a provvedimenti, a trasformazioni, a realizzazioni.

La realizzazione di quello che ha detto il vostro Medico Provinciale, richiede una politica sanitaria che solo da qualche anno in Italia si fa veramente. E la si fa non per sperimentare qualcosa di nuovo, perché ormai queste sono cose scritte e riscritte, la si fa con una volontà

precisa perché finalmente alcuni problemi che fino a non molti anni fa erano presenti solo ad una ristretta cerchia di persone – e mi viene in mente, al riguardo, quando 17-18 anni fa il Prof. Siggia si trovava in Sicilia e già si batteva con la Lega Siciliana di Igiene Mentale – sono ormai di fronte all'opinione pubblica.

Politica sanitaria cosa vuol dire? Vuol dire non limitarsi a fare dei discorsi, ma cercare di lavorare quotidianamente, di influire, e di promuovere incessantemente nuove iniziative. L'Amministrazione non viene più considerata come qualcosa che deve cercare di mettere le toppe a sinistra e a destra e distribuire un po' di contributi passivamente da scopo più o meno assistenziale. L'Amministrazione viene ormai considerata come qualche cosa che, senza mania centralizzatrice, ha la possibilità di coordinare, di promuovere di portare gli esempi come quello di Gorizia a conoscenza di tutti gli altri Enti locali, di dare dei suggerimenti concreti e pratici. L'Amministrazione è quell'organo, quell'entità che con una certa continuità cerca di orientare tutto l'insieme del vario groviglio di istituzioni esistenti nel nostro Paese verso un fine ultimo, quello della tutela della salute pubblica.

E molto brevemente io vorrei a questo punto accennare a quelli che sono i presupposti della legge di riforma ospedaliera. Certamente non è una legge rivoluzionaria, badate bene, vi sono delle leggi recenti di altri Paesi che forse sono ancor più impegnative. Tuttavia per quanto riguarda la lotta che c'è stata nel nostro Paese dall'immediato dopoguerra, certamente è qualche cosa di importante. Innanzitutto perché pone in primo piano la profilassi delle malattie mentali rispetto alla terapia; inoltre perché prevede finalmente il ricovero volontario; terzo, infine, perché abolisce l'iscrizione nel casellario giudiziario. A questo punto è sorta una grossa polemica tuttora in corso ed è bene che l'opinione pubblica ne sia informata. Presumibilmente la proposta verrà presentata in due versioni:

- quella che abolisce del tutto anche l'anagrafe sanitaria, cioè non solo l'iscrizione dei malati di mente presso il casellario giudiziario ma anche l'iscrizione presso una particolare anagrafe da tenersi da parte dell'autorità sanitaria (questo poiché a seguito delle critiche dei medici psichiatri è sembrato giusto abolire anche questa seconda soluzione che è poi in definitiva solo una mezza misura);
- una diversa versione favorevole invece a ristabilire l'anagrafe psichiatrica.

Questa questione sarà pertanto oggetto di contesa, sarà oggetto di discussione. Sarà facile l'obiezione di fondo che parte dai titoli dei giornali "Malato di mente è scappato, ha ammazzato, ha fatto una strage" per insistere sull'opportunità di un controllo con registrazione.

Nessuno può biasimare anche la persona colta la quale ancora considera il malato di mente come qualcosa da isolarsi; infatti nessuno gli ha mai detto in contrario, avrà magari potuto leggere qualche libro di psicologia, ma praticamente non avrà potuto acquisire attraverso i mezzi di formazione di massa un diverso orientamento. Come nessuno, prima, gli aveva detto che bisognava vaccinarsi contro la poliomelite, e quindi il cittadino non poteva essere incolpato quando non portava i propri figli ai Centri di vaccinazione, che pure erano già aperti prima della campagna di Sabin.

Le leggi, d'altra parte non sono mai perfette devono essere prima ben considerate, discusse e magari riviste. Tanto per farvi un esempio, in Inghilterra si sta ridiscutendo sull'opportunità o meno di aumentare il numero dei reparti aperti ospedalieri psichiatrici in seguito a determinati inconvenienti che si sono verificati.

Quindi non esiste una legge permanente, la situazione è in continua trasformazione. Esiste una sola cosa che si può e si deve delineare ed a cui tutti noi possiamo collaborare: la volontà di fare qualcosa, di fare qualcosa bene, con coerenza e nel quadro di una politica generale.

### **Sig. MARIO TOMMASINI – Assessore all'O.P.P. di Colorno**

È già trascorso oltre un anno dal momento in cui il ministro Mariotti presentava il "libro bianco" sulle condizioni degli Ospedali Psichiatrici in Italia. Questo libro è non solo un atto di ribellione alle incurie verso l'assistenza psichiatrica, ma è un richiamo drammatico allo Stato e alla società per risolvere questo gravissimo problema.

Noi comunisti non ci siamo limitati a leggere il "libro bianco" e ad attendere dall'alto la soluzione del problema. Nella Amministrazione Provinciale che governiamo abbiamo dato un contributo qualificato e deciso al fine di aprire un vasto dibattito sia nel Consiglio Provinciale

che fra l'opinione pubblica e non soltanto per un atto di meritata simpatia verso il Ministro, che con la sua denuncia ha riproposto al Governo e al Paese la piaga del malato mentale, ma per essere presenti e attraverso l'azione imprimere una svolta decisiva in questo importante e delicato settore.

Ed il dibattito c'è stato, serio ed appassionato, ed ha impegnato tutto il Consiglio Provinciale con il consenso unanime di tutte le forze politiche, cosicché l'opinione pubblica, mediante un discorso aperto e senza preconcetti, ha preso conoscenza di come veramente i ricoverati vivono negli Ospedali Psichiatrici.

Si è suscitata una generale attesa della riforma psichiatrica. E siccome da cosa nasce cosa noi amministratori siamo stati sollecitati ad intervenire con urgenza nell'ambito del nostro Istituto.

Abbiamo recepito questa volontà e con impegno politico-amministrativo abbiamo fatto del rinnovamento dell'O.P. una scelta prioritaria nel nostro lavoro, traducendola con atti concreti nel bilancio della Amministrazione Provinciale che registra maggiori impegni e spese a favore dell'assistenza psichiatrica. Impegni che devono valere anche per l'avvenire.

Nel corso di due anni abbiamo pressoché raddoppiato i fondi per il settore onde avere soprattutto più medici, un maggior numero di infermieri: infatti 6 medici più il direttore sono un collettivo sanitario insufficiente che disonora una Amministrazione Provinciale, perché priva mille ricoverati dell'assistenza e delle cure necessarie con conseguente aumento e prolungamento delle loro sofferenze.

Non è nel nostro costume e nelle nostre tradizioni di uomini che vogliono soddisfare ogni giusta esigenza popolare, restare fermi ad osservare e a studiare queste situazioni di anormalità tanto politica, quanto sociale e umana.

Parma, come ormai quasi tutte le Province che hanno Ospedali psichiatrici, non può più tollerare di condurre il proprio impegno verso gli ammalati di mente negli angusti limiti della custodia e per giunta fermandosi all'amministrazione di un vetusto ospedale, quale è quello di Colorno.

Si tratta di un edificio che ricovera circa mille ammalati mentre ne potrebbe ospitare al massimo 350. Queste due cifre non hanno bisogno di commenti, poiché ognuno può chiaramente immaginare come potranno vivere ed essere curati in un simile ambiente uomini e donne che prima ancora delle medicine hanno bisogno di aria, di pulizia e naturalmente di un ambiente tranquillo e sereno che dia l'impressione della normalità. L'Istituto di Colorno come si presenta oggi deprime una persona non ammalata...

Voglio ricordarvi che esiste un vecchio proverbio popolare che dice: "voce di popolo, voce di Dio". Orbene tutti coloro che hanno visto e visitato il nostro Istituto Psichiatrico ed altri, sentono un moto di sdegno, di avversione e di ira.

Sentiamo tutti ormai la necessità impellente di fare di più e di meglio, di cambiare le strutture, e poiché questo non è sufficiente, di cambiare la "impostazione" e la "direzione". È indispensabile mutare rotta. È questo un dovere avvertito dai medici e dagli infermieri e ancora prima dall'opinione pubblica e dagli stessi ammalati. La "distruzione" del grande ospedale è uno dei primi importanti passi al fine di ottenere una struttura adeguata alle nuove terapie che vengono avanti. Questa è la nostra scelta.

Ecco perché, mentre lavoriamo per adeguare degnamente l'O.P. di Colorno a dimora per 350/400 ammalati, stiamo costruendo un moderno "reparto" che ospiterà ammalati non clinicamente obbligati al ricovero nell'O.P. e tuttora purtroppo ricoverati. Inoltre stiamo lavorando per costruire a Parma un piccolo ospedale "di giorno e di notte" con moderni ed efficienti laboratori, capace di ospitare 100 ammalati di giorno e 50 di notte. In zona collinare della nostra Provincia, sarà prossimamente edificato un reparto "psicogeriatrico" destinato al ricovero di 150 vecchi attualmente in parte ospiti di Colorno ed in parte di Sospirio.

Ed ancora, come diceva il Presidente, vi è la formale promessa dei ministri competenti di finanziare con appositi contributi la costruzione del nuovo Ospedale Psichiatrico.

Dopo la denuncia giustamente fatta sulle tristi condizioni degli ammalati mentali in Italia, si impongono atti concreti per i quali esiste una situazione obiettiva favorevole, perché ormai coloro che credono nel rinnovamento costituiscono la grande maggioranza mentre coloro che temono il nuovo e restano ancorati a vecchie concezioni, anche se potenti, sono una minoranza.

E questi atti concreti vanno compiuti con maggior impegno politico ed iniziativa nei confronti delle autorità di tutela centrale e periferica. È intollerabile che nella direttiva del "blocco della spesa pubblica", direttiva errata in generale, si comprendano addirittura i risparmi nelle spese che le Amministrazioni prevedono per il funzionamento degli Ospedali Psichiatrici. Con i tagli indiscriminati dei bilanci, attuati con incompetenza ed insensibilità burocratica, si fa



pagare agli ammalati la precaria situazione finanziaria degli Enti locali causata dalla mancanza di una riforma generale dello Stato.

Gli ammalati sono mal curati e quando ci si muove al fine di intervenire adeguatamente l'Autorità Tutoria, invece di tutelare il diritto di questi sfortunati cittadini a curarsi ed a guarire, fa un ragionamento economicistico, impugna le "forbici" e taglia.

Non ci si chiede nemmeno quanto costano alla società cittadini che potrebbero essere produttivi e sono invece, se abbandonati, a carico della collettività per tutta la vita.

A volte purtroppo anche nel piano dei costi non si guarda più in là del proprio naso. A Parma la Commissione di Vigilanza Sanitaria della quale fa parte anche un rappresentante della prefettura un anno fa, è venuta in visita ufficiale al nostro Ospedale Psichiatrico per avere con un sopralluogo un'immagine diretta del medesimo e valutarne così lo stato. La visita mise in evidenza le profonde e vaste carenze da noi già denunciate. La Commissione ci inviava un documento con il quale richiama l'attenzione dell'Amministrazione sulla assoluta necessità di assumere infermieri e medici.

Orbene la stessa prefettura quando riprende le sue funzioni di rappresentante del governo tutore della finanza degli Enti locali, ignora completamente il documento e annulla le assunzioni degli infermieri. E dopo essersi dimenticata per dei mesi una nostra deliberazione relativa all'assunzione di quattro medici, invece di approvarla, la invia a Roma, come se a Roma, soltanto a Roma e non a Parma, si fosse in grado di conoscere se i medici sono necessari all'Ospedale Psichiatrico di Colorno.

L'Amministrazione Provinciale non assume medici per sperperare pubblico denaro, ma per curare gli ammalati, e questa realtà non ha bisogno della ratifica dei Ministeri.

La Clinica Medica ha elaborato una tabella dietetica il cui rispetto impone una spesa di vitto prevista nell'ammontare di L. 125.000.000 ma l'Autorità Tutoria, per la quale evidentemente sono molto importanti i quattrini, ha tagliato 15 milioni, mentre già la prima esperienza dimostra che i 125.000.000 sono una previsione per difetto.

Con i provvidenziali interventi dell'Autorità Tutoria, che obbedisce a ordini dall'alto, saremo quindi costretti a mantenere un vitto insufficiente ai ricoverati.

Noi amministratori abbiamo così imparato che i funzionari di Prefettura sono competenti a preparare tabelle dietetiche al posto delle Cliniche Mediche Universitarie.

Seguendo le indicazioni dei sanitari, sono stati stanziati 30.000.000 per i medicinali. Per la Prefettura L. 30.000.000 di medicine per gli ammalati sono un lusso, uno sperpero da evitare e per non compromettere l'economia della Provincia si tagliano L. 7.000.000 e si riduce la spesa a L. 23.000.000. Anche in fatto di medicinali sono quindi più competenti i funzionari di prefettura dei medici.

Inoltre vengono "bocciate" n. 5 borse di studio istituite per portare a lavorare nell'Istituto altrettanti giovani medici. Così a Colorno anche nel '67 dovremo continuare ad avere soltanto 6 medici per 1.000 ricoverati.

Noi respingiamo questi ingiusti e non sufficientemente ponderati attacchi all'economia degli Enti locali e dai medesimi ricaviamo più forza per batterci per una moderna riforma psichiatrica.

Abbiamo ritenuto fare questa conferenza e dalla numerosa partecipazione si denota come è seguito questo problema. Recentemente abbiamo avuto il piacere di visitare l'O.P. di Gorizia che, grazie alla capacità, allo spirito di sacrificio e prima di tutto al coraggio del suo direttore il Prof. Basaglia e dei suoi collaboratori, rappresenta una vera e propria rivoluzione di quelle che sono sempre state e sono tuttora le impostazioni che regolano la vita degli ammalati mentali degli ospedali psichiatrici.

A Gorizia, l'ammalato, già dal suo ingresso in ospedale non viene spogliato da tutte le sue cose: abiti, fede nuziale e ogni altro oggetto di sua proprietà ed altri ricordi che non sono soltanto ricordi, ma che rappresentano il legame con la vita trascorsa.

A Gorizia non ci sono più gli ammalati legati al letto di contenzione per brevi o lunghi periodi; calvario questo che invece in altri posti può durare per lunghi anni. Sembra incredibile ma è vero: a Gorizia ormai da anni non si lega più un solo ammalato, ma anzi si sono completamente aperti interi reparti, in un rapporto umano, non di tolleranza o di compatimento, ma di totale parità con tutta la comunità ospedaliera.

Il dibattito appassionato che ha visto impegnato tutto il Consiglio provinciale, dalla sinistra alla destra e che ha trovato il consenso unanime di tutte le forze politiche, ha dato senz'altro un contributo notevole alla presa di coscienza, da parte dell'opinione pubblica, di quale è veramente la situazione in un discorso aperto, senza preconcetti. Anche a Colorno dobbiamo seguire questo esempio.

Quest'anno, per la prima volta nella storia dell'Ospedale Psichiatrico di Colorno, ripeto, per la

prima volta, abbiamo avuto una forte diminuzione nelle presenze di ricoverati e ciò deve essere considerato motivo di soddisfazione. Credo siano 50 presenze in meno. Questo è avvenuto senza dubbio per i miglioramenti, senz'altro ancor troppo modesti, apportati e per il maggior impegno a creare un rapporto nuovo dei sanitari e degli infermieri, i quali, sono convinto, hanno fornito un contributo per queste uscite, dalle quali deriva uno stimolo per condurre a termine con più forte impegno l'opera appena iniziata.

Il Prof. Vetere, rappresentante del Ministero della Sanità, giustamente citava la stampa e noi dobbiamo insistere e chiedere alla stampa di sostenere le scelte e le responsabilità che i sanitari si assumono. La stampa non deve avere solamente una funzione critica, ma deve essere anche di appoggio e di stimolo affinché si vada avanti: a Parma ed in Italia.

Giustamente il prof. Basaglia diceva: "noi dobbiamo augurarci questo appoggio, non solamente per noi, non tanto per Basaglia o per quella équipe che è là a Gorizia, ma per tutti, per tutti coloro che sono appassionati a queste cose, e ancor più per coloro che sono ammalati, noi non vogliamo rimanere soli, non dobbiamo essere soli".

Io penso che l'operato dell'Amministrazione provinciale sia una prova concreta e tangibile dell'appoggio che noi intendiamo dare a queste iniziative. Noi operiamo con il mandato che ci dà il popolo di Parma e siamo consapevoli che si tratta di un mandato autorevole ad agire con decisione nella direzione giusta. Noi siamo quindi qui per appoggiare tutte le proposte più avanzate non solo sul terreno della discussione ma anche su quello della applicazione pratica; siamo qui per esprimere tutta la solidarietà a coloro che vogliono andare avanti e per assumerci tutte le nostre responsabilità politiche ed amministrative.

Mi rendo conto che le responsabilità maggiori sono quelle che si assumono i medici, però se a loro noi diciamo in modo chiaro e preciso quale è la direzione delle nostre scelte, penso che essi avranno più coraggio e si impegneranno con ancor maggior convinzione nelle nuove idee che si vanno prospettando.

Siamo qui a Colorno dove abbiamo il nostro Ospedale, ebbene, incominciamo; apriamolo subito questo discorso, e manteniamolo aperto. Quello di questa sera dovrebbe essere l'inizio di uno scambio di idee più vasto, più aperto. Continuiamolo questo discorso, apriamolo a tutto il nostro personale, facciamo partecipare la stampa, l'opinione pubblica, tutti i Consiglieri provinciali e chiunque altro voglia rendersi conto della realtà del nostro Ospedale. Io sarò ben contento che tutti vengano a prendere visione diretta di che cosa è un Ospedale Psichiatrico. Sono convinto che se questo discorso che oggi apriamo a Colorno avrà domani un seguito appassionato, ed una attenzione responsabile da parte di tutti, le nostre aspettative non potranno non essere coronate da successo.

Noi partiamo con due punti fermi che sono allo stesso tempo già due risultati:

- il pieno appoggio della nostra Amministrazione;
- il fatto che ho citato prima, quello cioè delle dimissioni che per la prima volta nella storia dell'Ospedale si sono registrate quest'anno.

Non abbiamo quindi che da andare avanti. I sanitari e gli infermieri sappiano che avranno tutto il nostro appoggio.

## **RIGHI**

Se non c'è nessun intervento... anche perché il Prof. Vetere e il Prof. Basaglia devono partire per le rispettive sedi di Roma e di Gorizia senza pernottare a Parma, chiuderei questo primo incontro.

Il mio ringraziamento a questi colleghi che si sono sobbarcati centinaia di chilometri di strada per venire qui. E poiché è difficile che avvengano spesso incontri diciamo quasi plenari tra l'amministrazione e i dipendenti colgo l'occasione per ringraziare il corpo sanitario, gli infermieri per l'opera che svolgono nell'Ospedale Psichiatrico, sappiamo benissimo, in condizioni che non sono certo l'ottimo. Siamo perfettamente coscienti delle carenze che esistono all'Ospedale Psichiatrico e se potessimo risolverle entro domani, lo faremmo molto volentieri.

L'Assessore Tommasini vi ha esposto qual è il programma e la convinzione dell'Amministrazione Provinciale; è una convinzione che scaturisce dalla certezza che anche in questo campo la buona volontà degli uomini conta molto. Soprattutto la coesione e l'unità

di intenti fra l'Amministrazione e coloro che sono preposti, dai medici agli infermieri, alla conduzione dell'ospedale.

Se questo nostro Convegno di stasera deve essere una apertura, io mi auguro che altre volte noi ci vediamo al fine di poter meglio chiarire tutto ciò che è alla base dell'assistenza ospedaliera psichiatrica in Provincia di Parma.

\* Estratti dal volume "Che cos'è la psichiatria?"

Edito a cura dell'Amministrazione Provinciale di Parma

Conferenza sul tema "La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale" e dibattito con interventi di: Giuseppe Righi, Marcello Urbani, Salvatore Siggia, Bruno Popoli, Mario Tommasini, Bruno Bernazzoli, Carlo Vetere.