AM

57 / giugno 2024

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI

Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) - Perugia

In copertina: fotografia di Chiara Moretti

«Ogni cosa è isolata davanti ai
miei sensi,
che l'accettano senza
scomporsi: un brusio di silenzio».

Cesare Pavese, *Mania di solitudine*, 1933.

Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di "longevità", risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

57
giugno 2024
June 2024

Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore
Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione
Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della Siam, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della Siam / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della Siam, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico
Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernáez, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico
Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief
Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board
Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresident of the Siam, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the Siam, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresident of the Siam, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board
Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Universiteé de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs) Paris, France / Ángel Martínez Hernáez, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schrõder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board
Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

---

AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli

Indice
Contents

n. 57, giugno 2024
n. 57, June 2024

Editoriale

11 Giovanni Pizza
Editoriale di AM 57
AM 57 Editorial

Saggi

15 Luigi Canetti
Tra Dioniso e Cristo. Posseduti danzanti nella tarda Antichità
Between Dionysus and Christ. Dancing Possessed in Late Antiquity

Ricerche

37 Giulia Nistri
Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze
Therapeutic Permeabilities. Following "Methadone" through Addiction Health Care Programs

65 Federica Toldo
Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique
What a Broken Knee Can Tell Us About Capoeira? Experiencing the Distributed Opponent and Rethinking the Body as an Ethnographic Tool

Note, interventi, rassegne

93 Donatella Cozzi
La cura dell'istituzione di cura. Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria *(vol. II) di Francesco Scotti*
The Cure of Caring Institution. Reflections on Francesco Scotti's Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria, *vol. II*

Sezione monografica

119 Michela Marchetti, Chiara Moretti, Stefania Spada
Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche. Introduzione alla sezione monografica
What Kind of Anthropology Does the World Need? Discussion on the Sustainability of Anthropological Practices. Introduction to the Monographic Section

Sezione monografica

131 Agata Mazzeo
Incontri e scambi fra saperi. Sulla necessità di un approccio partecipativo e transdisciplinare alle questioni di salute pubblica ambientale, in una prospettiva globale
Encounters and Exchanges among Knowledges. On the Need for a Participatory and Transdisciplinary Approach to Environmental Public Health Issues, in a Global Perspective

159 Donatella Cozzi
Qualche breve appunto sulla formazione in sanità
A Few Brief Notes on Healthcare Training

173 Silvia Pitzalis
«I ain't got no home». Restrizioni e resistenze nelle esperienze di persone richiedenti asilo e rifugiate in uno Sprar *"vulnerabili". Riflessioni etico-metodologiche*
«I Ain't Got No Home». Restrictions and Resistances in the Experiences of Asylum Seekers and Refugees in a "Vulnerable" Sprar*. Ethical-Methodological Reflections*

205 Stefania Spada
Tradurre la "riflessività operativa": l'insegnamento dell'antropologia medica applicata al diritto
Translate the "Operational Reflexivity": Medical Anthropology Lesson Applied to Law

237 Giuliana Sanò
Compiere un "passo di lato": note a margine di un incidente etnografico
Taking a "Step to the Side": Notes on the Margins of an Ethnographic Incident

263 Selenia Marabello
Postfazione. Campi di tensione
Afterword. Tension Fields

269 Sara Cassandra
L'incontro con lo spirito nel vuoto post-operatorio

Book Forum

Donatella Cozzi, *Rendere legittima l'espressione di un dolore di genere / Making the Expression of Gender Pain Legitimate* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 275 • Giovanni Pizza, *Il dolore «caduco»: oltre l'antropologia medica / Caducous' Pain: Beyond Medical Anthropology* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 280 • Roberto Poma, *Inaspettato-ora-attuale dolore / Unexpected-Now-Now Pain* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 285 • Chiara Moretti, *Il dolore tra esperienze, lotte e ricostruzioni / Pain between Experiences, Struggles and Reconstructions* [Chiara Moretti, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*], p. 288.

Recensioni

Lorenzo Alunni, *Il lavoro sul campo / The Fieldwork* [Seth M. Holmes, *Frutta fresca, corpi spezzati. Braccianti migranti negli Stati Uniti d'America*], p. 295 • Federico Scarpelli, *Cosa fare con loro. Etnografia di una riabilitazione (quasi) impossibile / What to Do with Them. Ethnography of an (Almost) Impossible Rehabilitation* [Lorenzo Urbano, *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*], p. 302 • Claudia Urzì, *Per una antropologia della salute. Temi percorsi riflessioni / Towards an Anthropology of Health. Theme, Paths, Reflections* [Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*], p. 309.

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 57, giugno 2024, pp. 11-13

Editoriale di AM 57

Giovanni Pizza
Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

AM 57 presenta una sezione monografica a cura di Michela Marchetti, Chiara Moretti e Stefania Spada che nasce da un panel del penultimo convegno della Società italiana di antropologia applicata (Siaa). La sezione monografica è intitolata *Di quale antropologia il mondo ha bisogno? Confronto sulla sostenibilità delle prassi antropologiche*. Il convegno si è tenuto a Verona nel 2022.

Le stesse curatrici ci tengono ad annotare che «Il lavoro che ha portato tanto all'ideazione e conduzione del panel, quanto al coordinamento del presente monografico rende impossibile una distinzione netta dei contributi individuali. Lo stesso vale per la concettualizzazione, scrittura e revisione di questa introduzione che ha visto le autrici contribuire in maniera paritaria; l'ordine dei nomi pertanto riflette il solo ordine alfabetico». Si pubblica così un nuovo testo corale che vuole suggerire anche qualche riflessione epistemologica sulla disciplina.

La rubrica saggi raccoglie poi uno scritto dello storico Luigi Canetti che riguarda la possessione cristiana ed è un'anticipazione del volume sugli stati plurali di coscienza curato per Clipra – "Cultura-Linguaggi-Pratiche", gruppo di ricerca afferente al Dipartimento di Filosofia Scienze Sociali Umane e della Formazione (Fissuf) dell'Università di Perugia – da Francesco Marcattili, Ester Bianchi e Massimiliano Minelli.

Per quel che riguarda le ricerche abbiamo i testi di due esperte: la neoaddottorata in Scienze Umane Giulia Nistri, con un articolo dal titolo *Permeabilità terapeutiche. Seguire il metadone nei percorsi di cura per le dipendenze*, e la docente di Antropologia culturale all'Università di Udine Federica Toldo, con uno scritto sull'etnografia corporea e la capoeira dal titolo *Qu'est-ce qu'un genou cassé a à dire sur la capoeira? Un essai sur l'expérience de l'adversaire disséminé et quelques pistes pour repenser le corps en tant qu'outil ethnographique.*

Inoltre la nostra sezione *Note, Interventi, Rassegne* è dedicata alla nota di Donatella Cozzi, docente dell'Università di Udine e vicepresidente della Società italiana di antropologia medica (SIAM), che passa in rassegna il secondo volume dello psichiatra umbro Francesco Scotti il quale, completando un contributo importante sulla deistituzionalizzazione in Perugia, a cento anni dalla nascita di Basaglia sta a ricordare, se ancora ce ne fosse bisogno, che nel processo che portò alla legge 180, che va appunto a nome di Basaglia, non c'è solo Gorizia. Il titolo dei due volumi di Scotti è *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*.

Ancora la possessione torna nella seconda rubrica narrativa di Sara Cassandra *Riflessioni e Racconti* in cui la nostra scrittrice riflette, a modo suo, sulla retorica possessiva nei contesti ospedalieri con una intervista antropologica.

Infine le recensioni.

La prima parte è dedicata – ed è la prima volta – alla discussione-forum sul libro, *Il dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica* (Edizioni ETS, Pisa 2019, 375 pp.) di una delle curatrici della sezione monografica: Chiara Moretti.

La seconda parte raccoglie tre recensioni. Lorenzo Alunni, dell'Università di Milano Bicocca, tratta del libro di etnografia e antropologia, del medico e antropologo Seth Holmes (docente di Antropologia medica, Salute Pubblica e Società e Ambiente all'Università della California di Berkeley) sulla salute dei lavoratori immigrati messicani impiegati neglu USA nel settore alimentare dal titolo *Frutta fresca, corpi spezzati*. Holmes attraversa il confine Messico-Usa accanto a questi lavoratori e vive nelle loro piccolissime baracche. È una antropologia dei processi di incorporazione la sua, che cerca di dare voce alla sofferenza di coloro che sono colpiti dalla violenza strutturale di una società che certo dà lavoro, ma a scapito di diritti e soprattutto di salute.

Federico Scarpelli, dell'Università di Salerno, discute il volume di Lorenzo Urbano *Scegliere la malattia. Responsabilità e riflessività nella riabilitazione della tossicodipendenza*, che nel 2023 inaugura per l'editore Argo di Lecce la ripresa della collana Biblioteca di Antropologia Medica (BAM) ideata e fondata, come questa rivista, da Tullio Seppilli, con nuovi direttori affiancati da un autorevole comitato scientifico. Alla fine si comprende come l'antropologia medica di Urbano, improntata all'etnografia e alla riflessività (che non è la *riflessione* ma il *riflesso*), riesca a problematizzare enormemente il concetto di riabilitazione.

In chiusura Claudia Urzi, dell'Università di Palermo, riflette sul testo di Maurizio Karra, *Il male e la malattia: normalità e anormalità fra corpo e mente. Riflessioni di un antropologo sul senso del male, sulla sofferenza, sulle terapie di cura, sulla guarigione e sul finis vitae*. In una prospettiva molto ampia, dal mito greco, alla pandemia, dall'hikikomori alla eutanasia, si affrontano i problemi e i temi vasti di un'antropologia della salute anche ripensando a de Martino, a Devereux e alla critica all'Occidente nel quadro di utili suggestioni epistemologiche sull'antropologia *tout court*.

Si chiude, così, il numero 57 di *AM*.

Buona lettura!

AM
Rivista della Società italiana di antropologia medica / 57, giugno 2024, pp. 93-118

La cura dell'istituzione di cura

Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria *(vol. II) di Francesco Scotti*

Donatella Cozzi
Università di Udine
[donatella.cozzi@uniud.it]

Abstract

The Cure of Caring Institution. Reflections on Francesco Scotti's Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria*, vol. II*

Francesco Scotti was one of the protagonists of overcoming the asylum and of the creation of territorial mental services in Umbria, an experience of great innovative strength that precedes when it will then be realized with the law 180/78. In this second volume of *Birth and evolution of a community psychiatry in Umbria* he presents the stages of community psychiatry in Umbria from 1990 to 2010.

Key words: community psychiatry, psychiatric de-institutionalization, territorial psychiatric services, psychiatric reform in Umbria from 1990 to 2010

L'esordio della recensione al primo volume di *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria* di Francesco Scotti, era un aforisma di Réné Char: «abbiamo una eredità ma non abbiamo un testamento», legato alla consapevolezza che un patrimonio comune di azioni e di pensiero richieda lo sforzo della testimonianza e una continua vigilanza di un pensiero critico, a fare da argine contro l'erosione dell'oblio e delle mutate circostanze del presente. Nel solco della medesima esigenza di lasciare traccia delle vicende che hanno accompagnato la psichiatria di comunità si colloca questo secondo volume recante lo stesso titolo, pubblicato alla fine del 2022 per i tipi della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli Ets e della Morlacchi editore e ospitato nei Quaderni 'Studi e materiali di Antropologia della Salute', diretta da Cristina Papa e Massimiliano Minelli. In esso, Francesco Scotti delinea le trasformazioni attraversate dalla psichiatria di comunità

in Umbria dal 1990 al 2010, riprendendo l'analisi dove si era interrotta, quindi dalla costituzione del Dipartimento di Salute mentale (Dsm) nel 1992 sino all'aziendalizzazione, con la chiusura completa dell'ospedale psichiatrico, e a quelli che nella quarta parte del testo, concentrata sul periodo dal 2000 al 2010, sono definiti come "i frutti della modernità". Come nel testo di presentazione del primo volume, approfondirò qui solo alcuni tra i numerosi temi della riflessione dell'Autore, attingendo alle sue parole che più di altre sono in grado di testimoniare quel periodo.

Francesco Scotti continua la sua ricostruzione ricca di materiali e metodologicamente rigorosa quasi che, più ci si avvicini ad oggi, più pressante diventi ricomporne le tracce documentarie. Una evoluzione incoativa, quella della psichiatria umbra, per alcuni versi regressiva rispetto alla partecipazione comunitaria degli anni Sessanta e Settanta, sempre guardata con l'acume non del rimpianto ma della *cura verso l'istituzione che cura*:

> La lunga storia dell'evoluzione dei servizi di salute mentale a Perugia mostra come ogni innovazione produca incertezze che occorre prevedere e prevenire perché non provochino confusione danneggiando le ulteriori progettazioni (Scotti 2022: 496).

Il Dsm della Usl di Perugia viene istituito nell'ottobre 1992, tardivamente rispetto all'avvio della riforma psichiatrica nel 1978. La legge 180/78 prescriveva una organizzazione dipartimentale per i servizi della salute mentale, e possiamo ritenere questa la sua novità peculiare. Infatti, l'abolizione del manicomio, almeno in alcune regioni italiane come l'Umbria, si era già dimostrata possibile. L'organizzazione dipartimentale nasceva da un'idea unitaria della cura del paziente psichiatrico, che doveva rimanere tale pur nella molteplicità di situazioni in cui concretamente fosse stata posta in atto. La legge però non dava indicazioni sul modo in cui il dipartimento dovesse essere organizzato, aprendo inevitabilmente linee di contenzioso centrifughe (che vedevano la centralità dei Centri di Salute mentale – Cim) e centripete (che al contrario consideravano quali punti nodali le specializzazioni ospedaliere). Una questione non solo meramente organizzativa e politica, ma che secondo Francesco Scotti metteva in primo piano i modi di considerare e descrivere il lavoro psichiatrico, con un monito a non perdere una visione complessiva della salute mentale nel tumultuoso vortice organizzativo:

> Non è indifferente il modo in cui si descrive il lavoro psichiatrico. È quasi naturale farlo distinguendo le linee professionali (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri) oppure le attività svolte (colloquio diagnostico, visita domiciliare, visita ambulatoriale), oppure i programmi (psicofarma-

> cologico, psicoterapico, riabilitativo). Questo modo di procedere valorizza le prestazioni erogate che sono descritte nella loro specificità quasi che questo fosse una condizione imprescindibile per garantire la loro qualità; inoltre suggerisce una separazione tra le diverse componenti del lavoro psichiatrico. La realizzazione di un modello che avesse queste caratteristiche porterebbe all'offerta di un catalogo di interventi destinato a incontrare le richieste, ma mostrerebbe la sua rigidità irredimibile quando mutassero le richieste o le condizioni della società in cui il bisogno emerge. Quei servizi che sono stati organizzati in questa forma non sono in grado di avere una visione complessiva della salute mentale in un certo territorio e tanto meno di intervenire sull'interazione tra le diverse cause di sofferenza (Scotti 2022: 463).

I servizi umbri hanno prestato la massima attenzione a che la propria organizzazione fosse unitaria, che il modello fosse quello di un contenitore nel quale trovavano posto le diverse categorie di operatori e tutte le prestazioni organizzate in programmi, che l'attenzione fosse posta sulle competenze piuttosto che sulle figure professionali. In questa luce, sottolinea Scotti, non dovrebbe apparire scandaloso parlare di *cura dell'istituzione di cura*:

> Abbiamo cioè a che fare con un organismo, non con una macchina: solo se un servizio viene trattato con la stessa attenzione (ascolto, pazienza, benevolenza, ottimismo, impegno) con cui dovrebbe essere trattato il paziente che vogliamo curare, esso potrà funzionare per curare pazienti (e non solo per produrre visite, cartelle e quant'altro) (Scotti 2022: 465).

Nella sequenza temporale tracciata e documentata da Francesco Scotti, nel 1980, con il passaggio alle Usl, i servizi che insistevano sul territorio di Perugia, compreso l'Op, furono accorpati nella "Sezione tutela della salute mentale" alla quale fu preposto un responsabile, il dott. Gianfranco Renzoni. Solo dopo il pensionamento di quest'ultimo, nel 1992, incominciò la costruzione del Dipartimento di salute mentale per iniziativa del nuovo comitato di gestione della Usl del perugino. La stesura del Regolamento fu l'occasione di una riflessione sullo stato dei servizi e per mettere in comune ciò che si era realizzato nei vari punti della rete. I documenti di riferimento erano quelli istitutivi della psichiatria di comunità: il Regolamento provinciale del 1974 e quello regionale del 1990, con l'intenzione di portarli a piena attuazione e realizzare finalmente tutto quello che prima era mancato. Un compito fondamentale del Regolamento, autoprodotto e autogestito, era di inserire il Dipartimento nell'organizzazione sanitaria, ma preservandogli una certa autonomia legata alla specifica collocazione della salute mentale nell'ambito generale di tutela della salute. Per realizzare questa finalità si faceva riferimento alle norme nazionali e regionali e alla lunga storia di radicale innovazione dell'assistenza psichiatrica in

Umbria. Ma vari fattori ostacolarono tale progetto, come la necessità di far fronte alla diminuzione delle risorse disponibili a causa della crisi economica che stava travolgendo il Paese in quegli anni, comportante una riduzione della spesa per tutta la sanità. Ridimensionamento che aveva portato l'Amministrazione della Usl a proporre tagli lineari sull'intera gamma di prestazioni dei servizi, portando a una revisione di tutto il sistema assistenziale, ad iniziare dalle attività ritenute "dispendiose", come l'assistenza domiciliare. «Fu evidente il pericolo che variazioni quantitative portassero a impreviste variazioni qualitative decisamente peggiorative» (Scotti 2022: 469), in quanto la cura non vive in una dimensione astratta, al contrario si nutre delle basi concrete della quotidianità:

> Oltre alle cure vi è necessità che vi siano le condizioni perché i pazienti utilizzino le cure: che abbiano un luogo dove vivere, la loro casa o, se questa non è disponibile, una soluzione alternativa e godano della massima autonomia personale possibile. Parlare di inefficacia delle cure psichiatriche senza chiederci se ci sono le condizioni per la loro utilizzazione ottimale è prendersi in giro.
>
> Se saranno assicurati gli stipendi degli operatori e verranno preservate le cure specialistiche, ma verranno sfrondate tutte le spese per interventi ritenuti non specifici (non ci saranno più soldi per i sussidi, per l'assistenza domiciliare, non ci saranno soldi per le automobili e non si potrà andare a casa dei pazienti), si avrà, come conseguenza, che i servizi di territorio si occuperanno sempre più di pazienti meno gravi e più autonomi. Siccome la richiesta di prestazioni psichiatriche resterà comunque alta, noi non ci accorgeremo quasi del cambiamento: continueremo a lavorare e a sentirci utili. E i pazienti più gravi e meno autonomi? Saranno ricoverati in reparti ospedalieri, si svilupperà una nuova psichiatria manicomiale (Scotti 2022: 469).

Diventa sintomo di questa situazione un crescente affollamento del Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc). Da un lato questo incremento di presenze mostrava come il ricovero ospedaliero coprisse bisogni diversi (terapeutico, assistenziale, di controllo, di cura della salute fisica, di distacco dall'ambiente familiare, di protezione da sanzioni legali). Ma dopo aver ricevuto come risposta il ricovero, con il distacco del paziente dal suo ambiente di vita, il bisogno originario legato alla crisi diventava (e diventa) non più riconoscibile, sostituito da un vago concetto di terapia che si traduceva in interventi standardizzati. Quindi, Scotti ribadisce che occorreva rivitalizzare i contenuti della lotta al ricovero psichiatrico tornando alla cultura delle origini, quella che aveva portato al superamento del manicomio attraverso l'operatività dei servizi del territorio, reinvestendola di progettualità e professionalità. Questo richiede una gestione fortemente

investita di professionalità, giacché realizzare luoghi di vita, in modo particolare per pazienti psicotici, è quanto di più difficile esista, al fine di evitare il rischio che gli spazi ad essi dedicati vengano a formare un nuovo luogo di terminalità.

Nel novembre 1994, il tema dell'assistenza domiciliare fu ripreso in una Conferenza di tutto il Dsm dedicata ai cosiddetti "casi propri" cioè di competenza strettamente psichiatrica. La revisione di tutta l'esperienza precedente, compresi i gruppi-appartamento e i gruppi-famiglia, conduce ad analizzare le funzioni attribuite all'assistenza domiciliare. Il passaggio era avvenuto da una logica riparativo-assistenziale (che aveva sullo sfondo la liberazione dall'istituzione totale) a una logica terapeutico-riabilitativa, in cui l'assistenza domiciliare, così come i diversi tipi di strutture intermedie, diventavano una risorsa fondamentale nei programmi di cura e riabilitazione per pazienti gravi. Spesso l'avvio di un intervento di assistenza domiciliare coincide con eventi significativi nella vita del paziente (morte di familiari, ricoveri, separazioni), che sembrano rompere equilibri apparentemente statici, facendo emergere segnali di disponibilità al cambiamento e costringendo anche il Servizio a rivalutare la situazione e intervenire con nuovi programmi. Diverse sono le funzioni degli interventi di assistenza domiciliare. Per denominarle Scotti nota come nel documento del Dsm si sia trovato più adeguato utilizzare immagini-metafora che, pur essendo rappresentazioni parziali, permettono di delineare alcune caratteristiche fondamentali di ciascun intervento, che possono alternarsi o succedersi o essere contemporaneamente presenti in fasi diverse:

- Funzione "traghetto": quando ci si trova di fronte a passaggi difficili, nello spazio e nel tempo, a separazioni, cambiamenti. Questa funzione serve per favorire inserimenti in strutture, per facilitare l'accesso a luoghi diversi (dalla casa al lavoro, alla scuola, ai centri ricreativi), per passare ad altri programmi.
- Funzione "cuscinetto": quando è necessario qualcosa da interporre per mitigare i contrasti, per diluire contatti pericolosi perché troppo diretti, per mediare i conflitti e facilitare la comunicazione.
- Funzione "filtro": quando è necessario qualcosa che assorba o protegga, permettendo solo il passaggio di ciò che si può sopportare e allo stesso tempo modifichi ciò che è eccessivo, non immediatamente tollerabile o elaborabile.
- Funzione "gioco" (nel senso winnicottiano): quando è necessario creare uno spazio transizionale che permetta una maggiore autonomia pur conservando una dipendenza, per sostenere un'evoluzione creativa e per rendere possibile stare bene da soli senza sentirsi abbandonati.

- Funzione "sostegno": quando è necessario qualcosa che sia appoggio e insieme protezione, qualcosa che valorizzi e che aiuti a sorreggersi, per salvaguardare e proteggere un'immagine e un ruolo sociale.
- Funzione "protesi": quando è necessario sostituire o integrare funzioni mancanti.
- Funzione "maternage": quando ci si trova di fronte a situazioni in cui sono mancate provvidenze primarie e sperimentare l'accudimento e la cura diventa condizione necessaria per poter accedere a relazioni con livelli anche minimi di autonomia (Scotti 2022:484-485 dal documento del Dsm, Perugia 1994).

Ho lasciato questa ampia citazione dal documento perché, oltre a portare la nostra attenzione sull'assistenza domiciliare (che oggi conosciamo nella forma integrata delle Adi distrettuali) mostra una importante valenza di mediazione dei conflitti e socio-pedagogica, che sottolinea la presenza di un *contesto*, non solo di un *utente-cliente* con una debole autonomia, in una visione ampia che non riguarda solo la salute mentale[1].

Un altro tema che innerva l'intero testo riguarda le vicende di tutela della salute mentale dell'infanzia e adolescenza, con la sua vicenda complessa: forse, nota Scotti, un conflitto c'era sempre stato, benché latente, tra la psichiatria degli adulti e quella dei minori. Nel 1990 venne istituita, all'interno della Sezione tutela della salute mentale della Usl del perugino, l'Upi, l'Unità di tutela della salute mentale della prima infanzia. Il nucleo generativo del nuovo servizio era stato un gruppo di operatori del Cim Bellocchio che faceva capo al dott. Brutti[2], a cui si aggregarono gli operatori del Centro infanzia. Il nuovo servizio si occupava inizialmente della fascia di età 0-6 anni che, fino ad allora, non aveva ricevuto sufficiente attenzione. L'Upi era stato costituito per potenziare gli interventi già messi in atto dai Cim di Perugia, ma aveva soprattutto compiti di coordinamento tra questi servizi, di supervisione e di formazione, oltre a collegare tutte le strutture interessate alla salute mentale infantile. Nel dicembre 1991 venne inaugurata la sede ufficiale dell'Upi e, contrariamente a quanto previsto nel documento istitutivo, di fatto cessarono i collegamenti con i singoli Cim che continuarono a svolgere attività in età evolutiva, escludendo però la fascia di età 0-6 anni affidata all'Upi. Negli anni successivi l'Upi venne potenziato con personale proveniente dagli altri servizi del Dsm e gradualmente divenne prevalente la funzione di gestione autonoma di casi appartenenti a tutto l'arco dell'età evolutiva. Si confrontarono due posizioni: quella che riteneva fosse più opportuno mantenere l'unità dei servizi con una visione complessiva sulla salute mentale non ristretta a una fascia di età (secon-

do le metodologie che si erano affermate a partire dagli anni Settanta); e quella di chi tendeva ad una radicale autonomia dei servizi per l'infanzia. Francesco Scotti interpreta i conflitti sull'età evolutiva come il primo venir meno della gestione di un Dsm fondato su una democrazia rappresentativa, in cui si confrontassero visioni complessive sulla salute mentale e non interessi professionali particolari.

L'Autore volge il suo sguardo ai cambiamenti politico-istituzionali che attraversano il periodo dal 1990 al 2010, interrogandosi su ciò che aveva garantito la stabilità dell'assetto nei venti anni che avevano preceduto tale periodo. Quali i fattori di quella stabilità? Ma soprattutto, quali riflessioni si possono trarre per ragionare su una psichiatria che ha cura dell'istituzione che cura?

> Innanzitutto la condivisione da parte di tutti delle conoscenze dello stesso territorio: i contatti e le solidarietà instaurate con le diverse istituzioni erano disponibili per l'attuazione di tutti i programmi di tutela della salute mentale e avevano, sul versante del servizio, referenti stabili. Le conoscenze e le competenze acquisite in un campo di azione potevano essere confrontate con quelle di altri campi e utilmente trasmesse producendo un arricchimento reciproco. […] Il movimento antipsichiatrico, alla cui storia retoricamente si fa continuo riferimento, non si fondò certo sull'unitarietà della teoria e delle prassi psichiatriche, ma sul principio, cui unitariamente si aderì, dell'urgenza previa dell'abbattimento delle barriere istituzionali coartanti e dell'affrancamento dall'ipoteca medicalistica sulla psichiatria, per dare avvio ad un nuovo corso (che non avrebbe potuto che essere pluralistico e quindi diversificato per spazi, teorie e metodi). […] Si direbbe che il movimentismo, che ha preso il posto del movimento, distolga l'attenzione dalla realtà delle richieste della gente che non si accontenta più di proteste né di slogan e neppure di sola assistenza, ma esige risposte diversificate e qualificate, strategie di intervento sulla misura del bisogno emergente. Le persone sanno ormai riconoscere la sciatteria dell'approccio di chi si vanta di saper affrontare i disturbi psichici indifferentemente dell'ottantenne e del bambino (Scotti 2022: 493).

Queste risposte qualificate e diversificate necessitavano di una formazione adatta, ora che le nuove leve di infermieri professionali non avevano a disposizione la spinta di cui aveva goduto la generazione precedente, coinvolta nel passaggio dal manicomio al territorio. Non avendo memoria di questa storia non erano in grado di riconoscere da che cosa bisognasse sempre allontanarsi e verso dove continuare a procedere. Inoltre, a spiegare la distorsione dei rapporti che privilegiarono l'area adulti, altre due circostanze vengono invocate da Scotti, come indizio di un progressivo trascurare il territorio per puntare sulle specialità mediche: il fatto che in

quegli stessi anni i neuropsichiatri infantili si muovevano in tutta Italia per vedersi riconosciuta autonomia e garanzia di carriera e la chiusura improvvisa nel 1970 del Centro di Neuropsichiatria infantile. Il tentativo di aggregare intorno al bambino tutte le istanze che lo riconoscevano come oggetto di cura indipendentemente dall'appartenenza istituzionale aumentò la conflittualità con i Cim, visto che questi ultimi continuavano ad occuparsi dell'età evolutiva, creando interventi concorrenziali in circuiti paralleli.

Legato all'infanzia e all'adolescenza è il progetto affido dei minori, che decolla nel 1987 e diventa una delle imprese più significative con cui la Provincia, a partire da quella data, caratterizza la sua politica sociale, dopo il grande investimento nella nuova assistenza psichiatrica terminato nel 1980 con il passaggio alle Unità Sanitarie Locali delle competenze relative. Il Progetto viene preso in esame da Scotti in quanto esempio tipico di una collaborazione con altre istituzioni in compiti strettamente connessi con la prevenzione invece che con la cura o la riabilitazione. Anche per l'affido c'era bisogno di una cultura che sostenesse l'esperienza di accogliere il nuovo e accettare contaminazioni entro la comunità. Questo comportava il liberarsi da una idea troppo generica e approssimata di *deprivazione* con la capacità di mettere in primo piano il *bambino in relazione*, cogliendo quale fosse il bisogno vitale che nel contesto di provenienza non trovava risposta. Il Piano socio-sanitario regionale 89/91 inserirà il Progetto Affidi tra gli obiettivi prioritari. Tra i pregiudizi che ostacolavano una nuova cultura dell'affidamento c'era quello che l'affido eterofamiliare fosse l'anticamera obbligata dell'adozione. Per questa ragione le famiglie di origine cercavano di favorire, quando costrette a "cedere" il figlio, l'inserimento in un istituto, valutato come una permanenza provvisoria, piuttosto che permetterne l'accoglienza in un'altra famiglia, vista quale minaccia di perdita definitiva. Per i minori tra i 6 e i 18 anni la soluzione migliore avrebbe potuto essere quella di costituire case-famiglia e spingere gli istituti a svolgere questa funzione.

Francesco Scotti dedica una sezione alla figura di Carlo Manuali, scomparso nel 1993, ne ricorda l'attività e presenza la sua bibliografia, allo scopo di sottrarlo alla «subdola intenzione di silenziare la sua memoria», cancellando la domanda sul senso politico e antropologico della medicina, e in particolare della psichiatria, per «ridurne la natura a quella di una meccanicità caratterizzata da prestazioni puramente tecniche, asettiche» (Scotti 2022: 510). Carlo Manuali è lo psichiatra che più ha fatto per trasformare il sistema psichiatrico in Umbria, secondo uno stile che lo portava a mescolare militanza politica, azione professionale, testimonianza personale,

coinvolgimento nelle vicende degli operatori e dei pazienti. Questo passaggio avviene grazie a una lettura politica della malattia mentale, come Manuali scrive nel 1980: «Il malato di mente è diventato un problema politico non per la sua malattia ma per le condizioni esterne a essa, l'origine sociale dei ricoverati e la violenza cui venivano sottoposti» (Manuali 1980: 98). Carlo Manuali ha costituito un modello di vita per molti che in quegli anni sceglievano il movimento anti–istituzionale come il luogo della propria realizzazione etica e scientifica. Nel momento in cui dava l'ultima spallata al sistema carcerario psichiatrico, favorendo la diaspora degli operatori prima concentrati nel manicomio e permettendo la costruzione dei Cim in tutte le città dell'Umbria, egli rinunziava al proprio ruolo egemone per lasciare spazio al moltiplicarsi di esperienze. In questo sta la ragione della ricchezza della nuova psichiatria in Umbria, ma anche è all'origine della sua debolezza sul piano politico e della scarsa incidenza sul piano nazionale. Debolezza sul piano politico dal momento in cui nella pratica si è andati al di là degli elementi aspecifici legati alla malattia mentale: quindi, evidenziando l'emarginazione sociale e le istituzioni che la definiscono attraverso la custodia, e contemporaneamente costruendo legami inediti tra servizi e utenti. In tal modo, la psichiatria non è stata più leggibile per la politica che ha continuato a forzarla entro uno schema arcaico che riduce il discorso alle problematiche delle fasce marginali. Scrive Scotti:

> la lettura degli scritti di Manuali ci consente innanzi tutto di notare che il distacco tra psichiatria e politica è iniziato ben prima del crollo delle ideologie e della drammatica ridefinizione della mappa delle appartenenze politiche. Per capire questo mutato rapporto tra psichiatria e politica dobbiamo risalire a un punto di svolta nella storia della organizzazione psichiatrica in Italia: superata l'istituzione che rendeva facilmente leggibili le discriminazioni sociali a cui la psichiatria si prestava molti hanno pensato che il più fosse fatto e il resto sarebbe venuto da sé. È mancata una riconversione dell'interesse verso nuovi obiettivi. La fine del manicomio, spesso reale ma qualche volta puramente simbolica (in questo campo i simboli però sono potenti), ha tolto di mezzo l'emblema, la fonte facilmente identificabile dello stigma, l'immagine del male assoluto, senza che questo elemento di facile identificazione fosse sostituito da alcunché (Scotti 2022: 510).

Nel 1996 il Dsm si arricchì di un nuovo strumento, gli "Annali di Psichiatria", che continuerà fino al 2000 pubblicando 7 fascicoli. È stato Carlo Manuali, allora Coordinatore del neonato Dsm, a lanciare, nel 1992, la sfida al recupero degli "Annali di neurologia e psichiatria"[3], rivista andata perduta nella dissoluzione della psichiatria sotto l'egida provinciale. Gli "Annali di Psichiatria" hanno rappresentato una spinta verso ulteriori progressi, nei

quali a una pratica unificata doveva corrispondere un pensiero condiviso. La spina dorsale della rivista era costituita dai Seminari, uno per ogni numero, che hanno garantito il contatto con le realtà psichiatriche più avanzate in Italia e in Europa: un confronto e insieme la costruzione di un discorso comune, come si evince dalla presentazione del Comitato di redazione degli Annali (1996: 7-9).

> Abbiamo bisogno di un sistema psichiatrico fruibile, in grado di fornire processi di formazione facilmente agibili. Deve essere palese la logica che lo sottende, unica per la ricerca, la cura, l'organizzazione dei servizi necessari per realizzare la prima e la seconda. Si tratta di trovare una cornice forte in cui collocare tutti i saperi e tutte le azioni necessarie. Questa cornice è stata, per noi, l'ipotesi che ogni psichiatria è, nella sua parte essenziale, un sistema locale, legato alla città, alla comunità, al territorio. Solo una psichiatria locale può aspirare a tenere sotto controllo una parte significativa degli elementi che influenzano la salute mentale, solo essa può garantire un minimo di comprensione delle complesse interazioni tra fattori biologici, psicologici e sociologici che sono la materia della nostra scienza e del nostro lavoro; solo una psichiatria locale può diventare un esperimento naturale di rilevanza pratica e teorica. […] Un'altra convergenza è quella che si manifesta nell'ampio ambito di pratiche e di teorie che va sotto il nome di etnopsichiatria. Nata come frutto del colonialismo, riscattata dalle guerre di liberazione nazionale, diventata poi conoscenza esoterica delle altre culture, sospinta infine dalle nuove contraddizioni prodotte dai processi migratori che dai paesi del terzo mondo hanno portato nei paesi sviluppati grandi masse di uomini e di donne destinate al disadattamento, è divenuta, grazie proprio a questo faticoso cammino, uno studio rigoroso delle realtà vitali locali. La grande lezione dell'etnopsichiatria, che coincide in questo con la lezione della psichiatria anti-istituzionale italiana, è la necessità, per garantire efficacia all'intervento terapeutico, non solo di una integrazione tra sistema dei curanti e sistema dei curati, ma anche di una più ampia integrazione, all'interno della quale la precedente si colloca, tra servizi e territorio.

Gli "Annali di psichiatria" riprendevano alcune tra le ispirazioni che avevano caratterizzato la fase iniziale dei "Quaderni di psicoterapia infantile", la cui prima serie, avviata nel 1978, termina nel 1992 con il n. 24. Di questi potenziavano il carattere interdisciplinare, la condanna dei pregiudizi ideologici, una concezione della salute mentale come un bene comune che andava innanzi tutto trattato come tale, senza privilegiare una classe sociale o una fascia di età, o un genere[4].

Nel maggio 1993 il Convegno "Metodologia e strumenti per l'inserimento socio-lavorativo dei giovani psicotici", organizzato dalla Usl di Perugia, è stata l'occasione per fare il punto su una delle questioni più controverse

e più dibattute, quella che è stata chiamata in modo riduttivo la riabilitazione del malato mentale attraverso l'inserimento lavorativo. Discendente da una pratica dalla pessima fama in psichiatria, ovvero l'ergoterapia (già evocata nel precedente volume, Parte prima, 1. *La nuova psichiatria dalla comunità terapeutica alla comunità territoriale*), dopo 25 anni dall'inizio della deistituzionalizzazione il problema veniva posto in termini completamente diversi. Occorreva confrontarsi con la situazione molto più complessa di persone che avevano perduto, a causa di un periodo di malattia, tutte le qualità che fanno oggi di un lavoratore un buon lavoratore. Il progetto iniziale delle imprese che si dedicarono all'inserimento lavorativo si inseriva nel profilo solidaristico e sociale, con qualche approssimazione organizzativa ed economica. Francesco Scotti ne ripercorre alcuni punti caratterizzanti: l'organizzazione che in genere ruota, soprattutto finché le dimensioni dell'iniziativa rimangono contenute, attorno ad una figura carismatica; la necessità, in caso di crescita, di competenze organizzative commerciali e di relazioni con l'esterno; la difficoltà di accesso al credito; la problematicità delle assunzioni e dei rapporti con i servizi e le strutture pubbliche, rapporti che possono scontare i rischi dell'assistenzialismo o della dipendenza. Gli elementi di chiarificazione raccolti nel corso del Convegno permettevano una revisione di tutta l'esperienza precedente e obbligavano ad approfondire nuove tematiche emergenti dall'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici, in particolare i nessi con la terapia e la riabilitazione, alla luce del senso che viene attribuito al lavoro nella società in cui viviamo. L'inserimento lavorativo di pazienti pone il problema del rapporto tra attività lavorativa e riabilitazione psichiatrica, soprattutto quando essi, non in grado di ricoprire posti di lavoro normale, vengono inseriti in un lavoro protetto, oppure il lavoro riceve qualche protezione economica (borse lavoro, sussidi, assicurazioni). Una domanda da porsi, dalla difficile risposta, è quali lavori siano compatibili con la cura:

> Tutto quello che è artificiale appare falso ed è fonte di sospetto e non aiuta una possibile evoluzione: situazioni di finta vita e finto lavoro stimolano comportamenti aggressivi e regressivi e ci troveremo alla fine con persone passivizzate rispetto alla routine quotidiana. Quindi dobbiamo pensare a un lavoro vero, quello che fa del singolo uno uguale a tutti gli altri in questa società, lo fa essere un autentico lavoratore o un autentico disoccupato: ci troviamo di fronte alla constatazione che la normalità del posto di lavoro diventa misura fattuale della normalità della persona che occupa quel posto e questa è un'esperienza utile nel lavoro di riabilitazione. Avendo abbandonato ogni pretesa di definire cosa sia la normalità psichica ci troviamo a fare i conti con la normalità della vita. […] La situazione di lavoro di per sé, proprio perché esperienza che coinvolge tutto l'essere umano, invece che

> bene può fare male: può essere il luogo dove non solo l'uomo non riceve i benefici, le gratificazioni, l'aiuto di cui ha bisogno ma si ammala, in quanto riceve frustrazioni, deve sopportare cattive relazioni e ricevere un'invalidazione che non è in grado di riparare. […] Sembra inevitabile che, se vogliamo l'autenticità dell'esperienza, ci dobbiamo confrontare, nel lavoro, con *l'alienazione* o con la *nevrotizzazione*. Se vogliamo che i nostri pazienti lavorino, dovremo costruire un sistema che li metta in grado di affrontare questi due rischi e di superarli. Questo presuppone un apparato di monitoraggio della situazione lavorativa con momenti di accompagnamento, quando necessari: un sistema complesso anche perché richiede, oltre al possesso di competenze specifiche da parte di coloro che sono chiamati a monitorare, anche un coinvolgimento di tutti i protagonisti della situazione lavorativa: i datori di lavoro, i compagni di lavoro, i sindacati. […] Una realtà di piccole dimensioni come quella umbra, fatta di vicinanze, contiguità, appartenenze locali forti, ha favorito per un certo periodo modalità particolari relative agli inserimenti lavorativi che sono stati attivati da ricerche personali e attuati in percorsi informali con contatti diretti […]. Tutto ciò ha permesso un positivo disseminarsi di esperienze nella società civile, ma è mancata una progettazione sistematica e le esperienze sono rimaste fragili (Scotti 2002: 540-41).

Nel 1994 l'Amministrazione comunale di Perugia diede avvio al Sil (Servizio di integrazione lavorativa), che nasce come modello innovativo di approccio alle problematiche sociali quale possibile alternativa alle risposte assistenziali. L'accesso al lavoro e l'inserimento lavorativo sono individuati come gli strumenti privilegiati di intervento per il reinserimento sociale di persone che vivono una situazione di disagio sociale e relazionale e attraversano periodi di difficoltà a livello socio-economico. Il Documento programmatico sarà firmato, oltre che dal Comune di Perugia, dal Ministero del lavoro, dalla Provincia di Perugia, dalla Regione dell'Umbria, dalla USL n. 2 (Dsm, Servizio Riabilitazione, Ser.T.), dal Provveditorato agli studi di Perugia, dal Coordinamento Cooperative sociali. Con la costituzione in sede nazionale, nel 1997, dei Centri per l'impiego, in Umbria attribuiti dalla Regione alle Province, si passa al Sistema Sal (Servizio di accompagnamento al lavoro). Nell'aprile 1997 l'Usl 2 partecipò al Progetto Horizon, le cui risorse furono utilizzate per promuovere un sistema comunicativo e operativo integrato tra i vari soggetti interessati: utenti e familiari, servizi sociosanitari e coloro che realizzano gli inserimenti lavorativi. L'Usl si propose di coinvolgere sull'obiettivo della integrazione sociale e lavorativa i servizi da essa dipendenti (Dsm, Dipartimento dei Servizi territoriali, Servizio sociale), nonché le cooperative di Tipo A (che forniscono assistenza domiciliare, residenzialità, laboratori protetti), le cooperative di tipo B, impegnate nell'inserimento di soci anche disabili inviati dai servizi

e le organizzazioni del terzo settore fortemente presenti nel territorio. L'attuazione del Progetto portò a una revisione delle esperienze lavorative dei pazienti con l'obiettivo di mettere in evidenza quali siano state le buone pratiche sperimentate, le ricadute positive e definire metodologie condivise. Scotti aggiunge però che non tutti gli utenti che potevano usufruire di tali programmi hanno avuto accesso a essi, per la scarsità di opportunità disponibili e la rigidità delle soluzioni proposte. Sarà solo nel 2004, con la costituzione del Coordinamento dei Centri diurni dei Dsm dell'Umbria, che si svilupperà una nuova fase di approfondimento dei problemi riguardanti l'inserimento lavorativo, con un particolare impegno dedicato all'attivazione, da parte di molti centri diurni, di nuovi contatti e collaborazioni nel territorio, aprendo un confronto con la rete di agenzie pubbliche e private attive sul campo. Ogni esperienza ha permesso contatti nuovi, promosso autonomie, ha avuto il significato di un test di realtà con risultati positivi, è stata ri-abilitazione non solo nel senso di rimettere in gioco le abilità, le competenze, ma anche interessi e desideri che hanno permesso la costruzione di una nuova soggettività. Ma con l'andare del tempo sono aumentati gli ostacoli esterni: diminuzione dei finanziamenti per sostenere i progetti nell'ambito della psichiatria, con riduzione dell'entità delle borse lavoro, accorciamento della loro durata, riduzione del loro numero e, alla fine dell'esperienza lavorativa, una mancanza di sbocchi. Inoltre, si è registrata una pericolosa tendenza a reperire lavoro in settori considerati marginali ed emarginanti (pulizie, canili, riciclaggio rifiuti, cimiteri). Infine, il lavoro in sé nasconde insidie che costringono a un adattamento non previsto a cui la maggior parte degli utenti non è pronta, come lunghi tempi di inserimento, fluttuazioni motivazionali, gestione dei conflitti; lo stesso dicasi per il datore di lavoro. La testimonianza di Emanuela Capocasa, operatrice del Cad di Perugia, viene utilizzata da Scotti per mettere in luce il cambiamento avvenuto nella logica e nella pratica dei servizi:

> Il lavoro rompe un equilibrio, qualunque esso sia. Spesso dopo l'inserimento nel luogo di lavoro si manifesta una crisi e non è chiaro come leggerla e valutarla, per poterci lavorare sopra. Spesso viene considerata come un riacutizzarsi di vecchi sintomi che sembravano essere in una situazione di compenso e non come una crisi fisiologica di cambiamento. I Cim, spesso curando solo i sintomi, tendono a non valutare complessivamente il contesto dove è inserito l'utente e lo stato emotivo che ne dipende. Si oscilla tra *recovery* e ricoveri… Alcuni utenti funzionano bene nell'affrontare i compiti che vengono loro assegnati, ma precipitano quando la mansione diventa lavoro vero e responsabilità, soprattutto in termini di aspettative e pretese (Scotti 2022: 546-47).

Dal giugno del 1993 al marzo del 1996 si tennero varie manifestazioni popolari a difesa dei servizi, in una fase di interventi governativi che hanno prodotto danni in tutta la sanità e, soprattutto, nei servizi territoriali. Inoltre, i progetti di controriforma della psichiatria minacciavano profonde regressioni. Francesco Scotti rilegge le testimonianze di quegli incontri con un'impressione di lontananza, di storia passata e anche di estraneità, forse legata al riconoscimento di alcuni errori politici che non hanno permesso di superare le situazioni di carenza e di blocco evolutivo dei servizi che venivano denunziate. Egli denuncia il tono «troppo appassionato» che tradiva una condizione di debolezza, le «richieste in forma apodittica piuttosto che sollecitanti un dialogo fondato sulla reciproca responsabilizzazione», l'accontentarsi di promesse generiche invece di spingere per la costruzione di un progetto concreto, anche se non pienamente soddisfacente (Scotti 2022: 549). Il testo segnala alcuni momenti forti in difesa dei servizi, come l'avvio della Conferenza permanente degli utenti, delle associazioni, delle famiglie, degli operatori della salute mentale, attivata dal Dsm della Usl di Perugia (1993); la preparazione nel gennaio 1994 del I Forum sulla psichiatria in Umbria (poi tenutosi l'8-9 marzo 1994), in continuità con iniziative dello stesso tipo in sede nazionale e locale; il 17 marzo 1994 Cgil nazionale e Psichiatria democratica organizzano a Perugia, nell'ambito delle attività della Consulta per la salute mentale, un seminario su "Progetti obiettivo, la dipartimentalizzazione nell'Azienda" (occasione in cui si presentò un "Appello per la salute mentale" rivolto a tutti i soggetti interessati, utenti, operatori, forze sociali, cittadini con l'invito a sottoscriverlo); la mostra e il libro *I luoghi della follia: 1965-1995*, con i quali l'Amministrazione Provinciale di Perugia celebrò i 30 anni dell'avvio della trasformazione dell'Ospedale Psichiatrico; l'incontro del 17 gennaio 1996 "Verso una città senza manicomi".

Per ognuno di questi eventi Francesco Scotti presenta stralci dai documenti e dalle relazioni, i documenti riportati descrivono non solo lo stato d'animo di coloro che lavoravano, a vario titolo, nel campo della salute mentale, ma anche il tentativo di cogliere i modi in cui il sistema di salute mentale si era andato impoverendo: non con riforme esplicite ma con un lento processo di erosione burocratica, formalmente negata ma sostanzialmente presente.

Francesco Scotti ci accompagna in un contesto sanitario in fase di accelerato cambiamento. Già nel 1994 era stata mandata in soffitta l'Unità sociosanitaria locale incardinata nella cornice politica dei consigli comunali ed era stato avviato il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie

il cui unico referente politico era la Regione. Accanto alle Aziende territoriali erano nate le Aziende ospedaliere e quindi reintrodotta la classica scissione tra le due medicine, quella di base e quella specialistica, a cui sembrava che la riforma sanitaria avesse posto rimedio. L'assetto del Dsm di Perugia cambiò anche a causa di due eventi. Il primo è l'accorpamento delle Usl, con il defluire nel Dsm di Perugia dei Centri di salute mentale di Magione, Todi, Assisi-Bastia e delle strutture residenziali legate ad essi (il bacino di utenza passa da 160.000 a 320.000 abitanti, i Comuni compresi nella Usl da 4 a 22, gli operatori salgono da 203 a 256). Il secondo evento che ha condizionato lo sviluppo del Dsm è stata la "normalizzazione" del governo della Usl, con la fine del regime provvisorio in cui la direzione era affidata a un Commissario straordinario e una fase di centralizzazione della gestione.

Per quanto riguarda i servizi per l'età evolutiva, solo nel marzo 1997 il documento conclusivo dei lavori della Commissione età evolutiva, insediata nell'ottobre 1995, fu inviato alla Direzione dell'Azienda. La commissione aveva raggiunto una convergenza sulla scelta degli obiettivi prioritari: nell'ambito dell'attività preventiva veniva segnalata l'importanza della collaborazione con i distretti sociosanitari e di un coordinamento con tutte le istituzioni che si occupavano dell'infanzia (riabilitazione, pediatri di base, reparti ospedalieri) al fine di impedire che problemi di ordine psicologico o sociale fossero indebitamente medicalizzati o psichiatrizzati, creando così ulteriori fattori di rischio. Non vi fu invece accordo sulla forma organizzativa da attribuire all'area dell'età evolutiva: ancora una volta proposte centrifughe rispetto al Cim si contrapponevano a proposte centripete.

In sintesi, in questa nuova fase del Dsm le regole imposte dalla Direzione venivano a mettere in crisi le modalità dei processi decisionali, privilegiando la verticalità sulla orizzontalità, la «catena di comando sulla catena di consenso» (*ivi*: 585), la rapidità in funzione della efficienza a costo di non tener conto della complessità. Con il mettere in primo piano la determinazione della responsabilità da attribuire per ciascun compito, si sottolinearono le differenze di potere tra le diverse figure professionali e la linea gerarchica. La domanda che pone Scotti è come conciliare questa nuova fondazione con la visione storica di cui un servizio è erede, nella negazione del dispositivo manicomiale che tuttavia continua a essere una minaccia perché potrebbe di nuovo costituirsi, nella sua essenza anche se non nei suoi edifici, se venisse a mancare una continua sorveglianza.

> I disguidi che si creano rinforzano il pregiudizio che il mancato adeguarsi del servizio alle direttive sia frutto di una ostilità, di una mancanza di moti-

> vazione, di ignoranza, di inefficienza del servizio legata a una carenza di leadership. Nel modello precedente informazione e influenza partono invece dal basso e arrivano al punto più alto, lì dove si concentra la responsabilità politica e amministrativa: c'è lo sforzo di imporre dal basso un modello di azione garantendogli le risorse necessarie e la protezione di cui vi è bisogno (Scotti 2022: 588).

Questo passaggio non è avvenuto quindi senza difficoltà, senza sofferenze e senza incomprensioni. Una delle maggiori difficoltà è consistita nel rimettere in moto una riorganizzazione interna al Dsm, destinata soprattutto a garantire le risorse necessarie per ogni attività, poggiandola su una organizzazione esterna di Usl, che era in cambiamento continuo. Un susseguirsi di mutamenti accompagnati da difficoltà nell'identificare con immediatezza i nuovi punti di riferimento istituzionali, nella ridefinizione delle procedure, senza una fase di acquisizione delle conoscenze corrispondenti, dalla rigidità economica seguita dalla riduzione del personale, con la sua mancata sostituzione. Francesco Scotti sottolinea in particolare che, nell'ambito della psichiatria, si era stabilito un patto di solidarietà tra i deboli e chi si prendeva cura di loro: il denaro e altri beni diventavano strumenti di riscatto e di risarcimento, poi sostituito da una

> idea del limite [che] permea la cultura generale in tutti i settori; in particolare nel campo della salute ci troviamo di fronte a un paradosso: più ricco e articolato è diventato il bisogno di salute e più è aumentata la consapevolezza delle possibilità limitate di risposte (Scotti 2022: 594).

La chiusura dell'Ospedale psichiatrico avvenne nel 1996. Il ridimensionamento dell'Op non si realizzava solo con la riduzione dei posti letto ma anche con la cessione di tutti quei servizi medici che ne avevano fatto il maggiore e più attrezzato ospedale della Regione. Negli anni successivi i padiglioni e gli altri locali non più in uso all'ospedale psichiatrico vennero ceduti a vari enti e istituzioni: l'ex direzione diventa la sede del Centro di Medicina Sociale, l'officina diventa un asilo nido, il padiglione Bellisari l'Istituto per Geometri, il padiglione Vigilanza detto Valiano diventa la sede di un nuovo liceo Scientifico, il Galilei. La Casa delle suore e le Case coloniche erano già diventate strutture residenziali per pazienti dimessi.

Nel 1994 una legge dello Stato fissò la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici per il 31 dicembre 1996 e la legge finanziaria del 1996 richiese che le Regioni provvedessero, entro il 31 gennaio 1997, ad adottare strumenti di pianificazione per raggiungere tale obiettivo, prevedendo sanzioni per le Regioni inadempienti. Queste ingiunzioni sono la prova della consapevolezza, benché tardiva, delle lentezze e indugi con cui le Regioni avevano

applicato la legge 180/78. Il superamento degli OP era collegato all'attuazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" che prevedeva la realizzazione di strutture, servizi e residenze territoriali quali necessario supporto. Ma secondo il Ministero, l'intero processo si sarebbe dovuto concludere entro il 1997. A Perugia la chiusura del manicomio riguardava l'uscita dall'area psichiatrica di circa 90 persone, con autonomia personale e sociale e che necessitavano di assistenza sanitaria generica, di un'abitazione protetta, di una collocazione geriatrica e solo in maniera marginale avevano problemi psichiatrici. L'Ospedale Psichiatrico era considerato un'istituzione superata in Umbria già nell'autunno 1970, data che segna il completamento della rete di servizi di salute mentale sul territorio. Circa un terzo dei ricoverati era stato dimesso con il coinvolgimento degli stessi pazienti, delle loro famiglie, delle comunità di provenienza. L'ipotesi ottimistica derivata dai primi successi, era che il residuo manicomiale si sarebbe esaurito da solo. Invece, abbandonato a se stesso e in condizioni di vita progressivamente degradate iniziò a costituire un pericolo per la sopravvivenza fisica dei pazienti e degli infermieri e ciò continuò fino al punto di rottura nel 1987. Per illustrare il modo in cui fu vissuta questa conclusione, Francesco Scotti riporta un suo commento a ridosso della chiusura, pubblicato sugli "Annali di Neurologia e Psichiatria". Se a determinare il ritardo giocarono un ruolo determinante le difficoltà amministrative, la carenza di risorse che impedì di trovare con facilità soluzioni abitative più o meno protette, anche lì dove la cultura manicomiale sembrava definitivamente sconfitta, quest'ultima continuò a riproporsi qualunque fosse l'istituzione di partenza: un vecchio ospedale psichiatrico, una moderna casa di riposo o una futura residenza sanitaria assistita.

> Questo così detto residuo quindi non mostrava nessuna tendenza all'estinzione. Per il solo fatto di esistere era anzi dotato di una forza attrattiva: continuavano i ricoveri, benché fossero formalmente vietati a partire dal 1.1.1981, applicando lo stratagemma dell'art. 591 del C.P. sull'abbandono di incapace: i nuovi degenti provenienti da tutti i territori, nonché dal SPDC quando i posti letto erano insufficienti, erano indicati come "ospiti". All'inizio degli anni Novanta un terzo delle persone presenti nell'ex OP aveva lo statuto di ospite. Come abbiamo cercato di rimediare a questa situazione di stallo? Decentrando completamente l'intervento per il superamento dell'OP, non più concepito come un intervento che partiva dall'interno, ma realizzato come intervento dall'esterno e cioè un compito dei servizi di territorio, che hanno lavorato considerando l'ex Ospedale psichiatrico come uno dei luoghi in cui era necessario intervenire per cancellare i vincoli carcerari che danneggiavano la salute mentale (SCOTTI 1997: 85).

Per rendere più chiare le vicende travagliate dell'OP, Scotti ne caratterizza l'evoluzione individuandone quattro distinte fasi.

Prima fase (1970-1978)

L'Op è amministrato dalla Provincia. Già nel 1968 si era avviata, nel periodo del regime assembleare, una facilitazione della dimissione dei ricoverati ma è solo nel marzo 1970 che vi è la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro, dedicato a questo compito: la sua attività dura un anno, anche con la partecipazione degli allievi del corso infermieri che lavorano con una borsa di studio. Nel giugno 1970 si costituisce poi un altro gruppo di lavoro, coordinato da Andreina Cerletti e Carlo Manuali, per la dimissione dei ricoverati del resto della Provincia: esso esaurisce la sua attività man mano che si costituiscono i singoli Cim di territorio che assumono questo compito e ciò avviene entro la fine dell'anno. Dal 1972, dopo la cessazione dei due gruppi di lavoro specificamente dedicati alla dimissione dei ricoverati, decade tuttavia l'interesse politico e terapeutico nei confronti dell'ospedale: la velocità di dimissione si riduce sia perché sono rimaste in ospedale situazioni per le quali era più difficile una sistemazione esterna, sia perché molto del personale che si era dimostrato il più motivato al superamento dell'OP aveva scelto il territorio come luogo del proprio lavoro; il personale medico e infermieristico che ancora lavorava a tempo pieno in ospedale non era motivato a partecipare al nuovo corso; così che anche per i nuovi ricoveri si osserva un allungamento della loro degenza. In questo periodo vi è anche un peggioramento della qualità di vita nei padiglioni dell'Ospedale, nei quali il regime assembleare è solo un ricordo.

Seconda fase (1978-1985)

Nell'ottobre 1978 avviene il passaggio della psichiatria dalla Provincia alle Ulss che solo nel 1980 andranno a regime. Nello stesso periodo la Cgil produce il documento "Il sindacato sulla politica psichiatrica nella provincia di Perugia dopo l'entrata in vigore della Legge 180" che contiene un'analisi dello stato dell'Op in funzione del suo superamento definitivo. Nel 1981 la Direzione della Usl chiede ai tre Cim di Perugia di formulare un progetto per il superamento dell'ex Op. La proposta stilata riguarda una destrutturazione dell'ospedale a partire dalla individuazione dei bisogni prevalenti per ciascun ricoverato e di una collocazione dei diversi gruppi di pazienti in piccole unità di convivenza, da ricavare nei padiglio-

ni attualmente in uso o in piccoli appartamenti sparsi per la città, senza far prevalere l'impronta sanitaria. Nell'aprile 1982 lo stesso documento è illustrato al Convegno regionale promosso dalla CGIL sul tema "Analisi e prospettive dei servizi psichiatrici in Umbria". Il progetto non entra nella fase esecutiva a causa dell'opposizione di uno dei tre CIM di Perugia e dei medici rimasti in ospedale. Inoltre, già poco dopo la promulgazione della Legge 180/78 nascono a livello nazionale proposte volte alla abolizione della legge e anche a Perugia chi è rimasto a lavorare in OP tende a impedirne la chiusura, in attesa che tutto possa tornare come prima. Vi è anche carenza di strutture residenziali per accogliere gli ospiti del "residuo manicomiale". In questa fase si insiste inoltre sull'attribuzione ai CIM della gestione del nuovo assetto assistenziale dentro l'area ospedaliera, e sulla costituzione di strutture intermedie nel contesto urbano.

Terza fase (1986-1992)

Una delibera dell'USL dell'ottobre 1986 accoglie il piano di destrutturazione dell'OP (risalente al 1981), che prevede il riutilizzo delle vecchie strutture riadattate dal punto di vista edilizio. La delibera precisa, inoltre, che tale programma è da considerarsi come una fase intermedia della destrutturazione e propone un gruppo di lavoro per la sua attuazione. In un secondo documento, il gruppo di lavoro richiede la formalizzazione da parte della USL del divieto di accogliere nuovi ospiti nell'OP e l'uscita dall'area sanitaria ospedaliera del padiglione Santi e dei gruppi famiglia che hanno sede nel Parco S. Margherita, con la garanzia di una consulenza medica. Allo stesso tempo si richiede per il SPDC un adeguamento dei posti letto (un posto letto ogni 25.000 abitanti) che elimini la necessità di appoggiare pazienti per la notte nei Padiglioni dell'OP quando i posti non bastano. Per i padiglioni Neri e Zurli si ripropone la divisione in unità autonome, che questa volta sono tre (giovani psicotici, anziani autonomi e soggetti regrediti). Il 27 ottobre 1988 il comitato di gestione della USL approva tutte le proposte.

Quarta fase (1992-1996)

Il 7 novembre 1992, a seguito del pensionamento dell'ultimo medico rimasto a tempo pieno in OP, la responsabilità di ciascuno dei tre padiglioni residui venne affidata, come richiesto oramai da 10 anni, ai tre responsabili dei CIM di Perugia (a ogni CIM un padiglione). Venne inoltre istituita una

commissione per la gestione dei fondi dei pazienti. Si accelerò l'opera di trasformazione edilizia e organizzativa dei padiglioni Zurli e Neri in unità di convivenza. Si procedette a un diverso raggruppamento dei pazienti, sempre con suddivisione a seconda dei bisogni, rompendo anche il tabù della distinzione maschi-femmine. Ma il giorno stesso in cui erano in corso i primi trasferimenti di personale e di ricoverati da un padiglione all'altro seguendo questi criteri, un ordine di servizio del direttore sanitario dell'Azienda annullò l'iniziativa, rimandandone la realizzazione a dopo un incontro coi sindacati che avevano protestato per non essere stati consultati prima di tali iniziative in corso. In questa occasione emerse il problema dell'attribuzione della responsabilità dei Padiglioni ai tre Cim, i cui compiti e poteri connessi non erano stati adeguatamente precisati. Immediata fu la reazione con le dimissioni dei tre responsabili, respinte dal direttore sanitario con la riattivazione dei trasferimenti precedentemente annullati.

La data vera del superamento dell'OP è il dicembre 1998. È solo allora che il sistema progettato andò a regime: le unità di convivenza, già realizzate allo Zurli e al Neri, trovarono una collocazione esterna al Parco di S. Margherita, eliminando così il rischio di costituire un nucleo di aggregazione per nuovi accessi, con l'uscita definitiva dei pazienti dall'area manicomiale.

La dismissione dell'Op andò di pari passo ad una nuova sensibilità per la "Promozione e tutela della salute mentale", che è un capitolo del *Piano sanitario regionale 1999-2001*, in cui assumono rilievo gli aspetti problematici che ancora rimanevano da affrontare. Il documento parte dalla constatazione che l'area della salute mentale è stata attraversata da momenti di forte turbolenza organizzativa, connessi con la ridefinizione del ruolo, delle funzioni, del grado di autonomia finanziaria attribuiti ai Dsm in quanto dipartimenti territoriali. In esso, si nota come manchi una completa definizione della situazione epidemiologica in Umbria per quanto riguarda la salute mentale: le valutazioni del bisogno psichiatrico applicate alla regione si basano su fonti molteplici: dati dell'Oms, ricerche europee e dalle poche regioni che utilizzano i Registri psichiatrici dei casi, e non da analisi locali. Va aggiunto il mancato completamento della rete dei Spdc (che invece era stato previsto dalla Dcr n. 372 del 7/7/97), e questo diventò un obiettivo da raggiungere nel triennio di validità del piano. A questo ritardo è collegata la mancata revisione delle convenzioni con le Aziende ospedaliere e la mancata collocazione del Spdc di Perugia all'interno del nuovo ospedale di S. Andrea delle Fratte.

Francesco Scotti affronta in più passi del testo la questione dell'aziendalizzazione in sanità, soprattutto per le ricadute sui servizi psichiatrici. L'aziendalizzazione costituiva per la psichiatria un problema aperto: ci si interrogava su quale fosse la forma di azienda in grado di salvaguardare il tipo di psichiatria che si era costruita nel territorio, quindi alla domanda "quale psichiatria?" veniva ad aggiungersi la domanda "quale azienda?". Come declinare quanto condizionava il riconoscimento del bisogno psichiatrico all'interno di un bisogno più generale di salute? Come collegarvi l'offerta di cura fondata su conoscenze scientifiche nuove in grado di attivare pratiche originali che mostrassero nei fatti la loro efficacia? Certamente non era scomparsa la consapevolezza dell'importanza dei vincoli politici: bastava d'altra parte, per rendersi conto di questa influenza, constatare la grande disomogeneità tra le diverse regioni italiane e tra luogo e luogo della stessa regione. Vi era quindi la necessità di capire quali nuovi processi sarebbero stati messi in atto dall'aziendalizzazione della sanità e quindi porsi domande sull'azienda significava sollevare una domanda complessiva sulla psichiatria. Si riconosceva che, nel sistema di vincoli caratterizzanti una psichiatria locale, l'azienda fosse un fattore determinante, in grado non solo di decidere sulle risorse professionali, e non professionali, disponibili per la salute mentale, ma anche di incidere sulla motivazione degli operatori, sulla utilizzabilità delle competenze disponibili, sugli obiettivi prioritari, sulla coerenza del sistema di cure. «Detta così» commenta Scotti «sembrerebbe l'affermazione del principio che l'azienda possa fare quello che vuole. In realtà l'azienda può utilizzare solo quello che c'è» (Scotti 2022: 624).

> Se è vero che non può esistere un curare senza prendersi cura, non si può assolutamente intendere che il prendersi cura sia una funzione unicamente appartenente agli operatori psichiatrici: ci sono anche altri che si prendono cura (bene o male) del paziente. L'unità di cura non è la coppia terapeuta paziente ma deve essere pensata come più ampia, in modo da includere un qualche elemento comunitario (*Ibidem*).

Inoltre gli operatori si lamentavano di trovarsi a fare i conti con gli scarichi di tutte le istituzioni, di essere sempre più spesso costretti a occuparsi di pazienti sui quali ricevevano una delega totale, casi complicati, situazioni sociali conflittuali, in una cultura che tendeva a psichiatrizzare ogni problema personale, interpersonale o sociale. In questo stato di cose, in parte conseguenza della frammentazione del sistema sanitario, l'Azienda avrebbe potuto attivarsi per superarlo. Sembrava che l'Azienda avesse, da questo punto di vista, una potenzialità da non sottovalutare: garantire le stesse

opportunità di accesso ai servizi per tutti i cittadini, ma anche affrontare i conflitti tra servizi ospedalieri e di territorio, tra servizi psichiatrici e altri servizi. Centrale diventa allora la riflessione sui bisogni: non si può fare a meno di notare che anche nel campo della salute molti bisogni restano insoddisfatti perché non si traducono in richieste, perché il bisogno di salute non sempre coincide con una specifica richiesta di salute. In questo campo, commenta Scotti, il progresso verso la qualità resta legato ampiamente a istanze etiche piuttosto che economiche e pertanto è destinato a restare ancora a lungo un mito, sia nel senso di irraggiungibilità quanto di forza di trasformazione.

> Dire che la qualità totale sia stata inventata in Italia nel corso della sperimentazione anti-psichiatrica degli anni Settanta sarebbe forse eccessivo ma, dopo averne riconosciuto il merito ai giapponesi, nessuno ci potrà impedire di pensare che sono più preparati ad assumere questi imperativi i servizi nati dalla negazione dell'istituzione totale che non quelli sorti con pretese tecnologiche avanzate. Se definiamo moderni questi ultimi, e premoderni i primi, ci troveremo di fronte a una situazione paradossale: sono in vantaggio sui moderni i servizi premoderni. Si trovano in miglior posizione alla partenza quelli cioè che hanno avuto, e hanno ancora, una forte connotazione ideologica in senso democratico e progressista, piuttosto che quelli che producono e vendono programmi e prestazioni senza preoccuparsi troppo di chi li compri e di come vengano consumati […]. Per ubbidire al terzo imperativo categorico della qualità totale, quello del "miglioramento continuo", credo che i servizi nati con connotazione politica si trovino in posizione di vantaggio rispetto agli altri. Mi riferisco a quei servizi che hanno trovato una vocazione territoriale, sono cioè radicati nella comunità, hanno una logica che privilegia il contatto con gli utenti nei luoghi di vita e di lavoro e la utilizzazione delle risorse sociali normali, lì dove ci sono, per le attività di riabilitazione (*ivi*: 629).

La parte quarta, *Nuova organizzazione regionale dei servizi di salute mentale*, è dedicata alle norme emesse a livello regionale, sia dalla Giunta che dal Consiglio, destinate a riorganizzare i servizi. Si tratta di una lunga serie di norme, ognuna commentata, meglio glossata da Scotti, che tuttavia non porta a sostanziali novità. Annota l'Autore:

> La lettura dei documenti potrebbe annoiare il lettore, più interessato alle novità che a constatare la estenuante ripetitività nei contenuti delle delibere: l'effetto forse somiglia a quello di una canzone che, dopo un avvio musicale interessante, si interrompa per ricominciare daccapo e questo all'infinito.
>
> Chi ha vissuto quel periodo ha il ricordo invece che, a ogni proposta regionale, si riattivava la speranza di un nuovo corso, che però veniva regolarmente delusa, per essere rinnovata al giro successivo. È poi evidente oggi,

> come lo era ieri, che le Aziende quasi mai assecondavano le intenzioni degli organi regionali. Naturalmente oggi capiamo che non si può attribuire la responsabilità di questo blocco ai soli Direttori generali delle ASL senza tener conto dell'incapacità della Regione ad assicurare esecutività ai propri ordini e rimediare in tempo alla constatata inefficacia delle decisioni prese (Scotti 2022: 728).

Scotti sgrana figuratamente un rosario senza fine di obiettivi riproposti perché non raggiunti, di indicazioni specificate in azioni, obiettivi, senza che ci si interroghi su come, con quali risorse e con quali alleanze un Dsm possa farvi fronte, di dinamiche di concorrenza tra i vari Dipartimenti a cui erano distribuite le funzioni attinenti alla salute mentale: concorrenza tra le équipe dedicate all'età evolutiva restate nel Dsm e quelle emigrate nel Dipartimento Età Evolutiva; tra il Dsm e il Dipartimento delle Dipendenze a proposito dei pazienti con doppia diagnosi; tra il Dsm e i medici di medicina generale che agivano in difetto o in eccesso nei confronti dei pazienti con disturbi psichici, rifiutando di occuparsene o riempiendoli di psicofarmaci, i ritardi nella realizzazione del sistema informativo regionale per la salute mentale che era stato programmato nel 1998. Le nuove parole fatte proprie dalla pubblica amministrazione – innovazione, capitale sociale, patto per la salute mentale, politiche concertative, associazionismo, comunicazioni di massa – si adeguano ai tempi, ma la scarsa congruità tra parole e operatività viene sottolineata in questo modo:

> Mi sono chiesto quanta responsabilità avevano le parole e gli interventi degli operatori nello spingere le Amministrazioni a iniziative astratte che, proprio per questo, nessuno avrebbe mai coltivato; se non fosse proprio il linguaggio usato nella propaganda a favore della nuova assistenza psichiatrica una fonte di equivoci, se non ci fosse un difetto di comunicazione che non era mai stato identificato e corretto. Ma va anche detto che la produzione di questi documenti di indirizzo culturale è la prova di quanto poco fossero influenti oramai, sullo sviluppo di una politica per la salute, le idee generali, i manifesti che, per quanto riguarda la salute mentale, venivano ancorati alla retorica della rivoluzione psichiatrica, fiore all'occhiello dell'Umbria, anticipazione di 13 anni della legge Basaglia, e via di seguito; quanto invece il controllo della sanità avvenisse per altri canali che si costruivano per connessione di interessi di partito, interessi economici locali, interessi personali (Scotti 2022: 742).

In Appendice è collocato il testo di Andreina Cerletti e Carla Nocentini**,** **"**Le vicende evolutive del primo Cim di Perugia", qui collocato da Scotti per la significatività della genealogia, che viene ad illuminare la genesi della psichiatria di comunità in Umbria. Il gruppo di lavoro che si viene a formare mise insieme varie componenti: una parte degli infermieri dell'Op

che avevano scelto di uscire dai reparti per lavorare nel territorio, e che spesso si trovava a condividere lo stesso ambiente di vita dei pazienti con il vantaggio di comprenderne le caratteristiche culturali e di realizzare vicinanze; accanto a questi vi erano studenti universitari e assistenti sociali, tutti volontari, in varia misura protagonisti del 1968, attratti dall'impegno politico e sociale delle lotte antistituzionali. Tutti avevano in comune esperienze di contestazione e bisogni forti di cambiamento, quindi si crearono consonanze di interessi, di idee, si condividevano saggi, testi letterari, teatrali che costruivano un comune retroterra e comuni appartenenze. Viene inoltre ricordato il contributo dell'Istituto di Etnologia e Antropologia Culturale dell'Università di Perugia, diretto da Tullio Seppilli che costituiva il punto di aggregazione e il laboratorio di studio e di ricerca fondamentale per questa nuova cultura.

A conclusione, questi due volumi di Francesco Scotti rappresentano una forma di testimonianza appassionata che mostra come un periodo della storia della psichiatria di comunità, nello specifico l'esperienza umbra, sia stata vissuta con slancio e vitalità. Il processo dell'ereditare, della filiazione simbolica, oggi sembra venire meno ma senza di esso non si dà possibilità di trasmissione da una generazione all'altra e la vita umana appare priva di senso. E questo è tanto più vero e diventa un'eredità autenticamente generativa quanto più filiazione e desiderio – di una vita uguale nei diritti e di servizi in grado di garantirli – sembrano oggi allontanarsi, le figure della trasmissione sembrano evaporarsi. Di nuovo, abbiamo una eredità ma non un testamento. Come diventare giusti eredi? E cosa davvero si eredita se un'eredità non è fatta né di geni né di beni? Francesco Scotti ci segnala la portata dell'eredità della psichiatria di comunità umbra, spetta a noi non disperderla.

Note

(1) La recensione di Donatella Cozzi al primo volume di Francesco Scotti, con il titolo «Trasumanar e organizzar». Sulla Nascita ed evoluzione di una ps*ichiatria di comunità in Umbria*, è apparsa in "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", 54, dicembre 2022, pp. 299-325.

Francesco Scotti, psichiatra, ha partecipato all'affermazione di una psichiatria di comunità in Umbria per tutto il periodo descritto in questo Quaderno (1970-2010), contribuendo alla chiusura del manicomio, alla costruzione dei servizi di territorio, allo sviluppo di nuovi orizzonti terapeutici per i disturbi mentali gravi. Cofondatore nel 1978 e co-direttore fino al 1992 dei "Quaderni di Psicoterapia Infantile", Direttore scientifico della sezione Psichiatria degli "Annali di neurologia e psichiatria" dal 1996

al 2000. Tra le sue pubblicazioni: *Psichiatria e democrazia* (De Donato 1976), *Quale psichiatria? 1* e *2* (Borla 1980-1981), *Osservare e comprendere* (Borla 2002).

(2) L'elenco delle norme, oltre che nell'indice, è riportato alle pp. 727-728.

(3) Il documento mi è sembrato particolarmente interessante alla luce delle odierne polemiche che vedono contrapporsi in sede regionale (parlo della situazione che meglio conosco, il Friuli-Venezia Giulia) e nazionale compiti, funzioni, formazione e reclutamento negli Enti pubblici e privati degli educatori socio-pedagogici da un lato e degli educatori professionali dall'altro. Leggendo queste vicende alla luce del testo di Scotti nascono interessanti riflessioni sia sulla crescente medicalizzazione dell'ambito sociale, sia sui rischi della specializzazione in ambito socio-sanitario.

(4) Per le figure citate nel testo, Brutti, Manuali, Cerletti, ed altri, si vedano i profili e le biografie contenuti nel primo volume.

(5) Sulla rivista, nata come "Annali dell'Ospedale psichiatrico di Perugia" nel 1907, cfr. la scheda in https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/445/.

(5) Scotti nota che nei 20 anni successivi la rivista è stata dimenticata. Solo nel 2020 Antonio De Pascalis ha curato la messa in rete dei numeri della sezione di Psichiatria usciti tra il 1996 e il 2000, aggiungendovi note sulla storia della Rivista.

Bibliografia

Comitato di redazione degli Annali (1996), *Proposte di politica editoriale per la sezione "Psichiatria" degli Annali*, "Annali di neurologia e psichiatria", Vol. XC(1): 7-10.

Manuali C. (1980), *Intervista*, in Onnis L., Lo Russo G., *Dove va la psichiatria: pareri a confronto su salute mentale e manicomio in Italia dopo la nuova legge*, Feltrinelli, Milano.

Provincia di Perugia (ed.) (1995), *I luoghi della follia: dalla "cittadella" dei pazzi al territorio*, Arnaud, Perugia.

Scotti F. (1997), *Cosa trarre da trent'anni di nuova psichiatria in Umbria per i prossimi trenta*, "Annali di Neurologia e Psichiatria", Vol. XCI(1): 85-98.

Scotti F. (ed.) (2002), *Osservare e comprendere*, "Quaderni di Psicoterapia Infantile", 46: 5-348.

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi, nata a Udine il 22 giugno 1957, insegna antropologia culturale all'Università di Udine. Nel suo percorso si è occupata di depressione mentale (*Le imperfezioni del silenzio*, Roma-Acireale 2007), passaggi di età e medicalizzazione della pre-adolescenza (*Mad, Sad and Hormonal. Riflessione sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici*, "AM. Rivista della società italiana di Antropologia medica", 35-36,ottobre 2013; *Risky, Early, Controversial. Puberty in Medical Discourses*, "Social Science and Medicine", 143, 2015), del controverso concetto di Sindrome Italia (*Devozioni domestiche. La Sindrome Italia come forma di legittimazione sociale e cittadinanza biologica*, in Mazzeo R. (ed.), *Immigrate. Tra gabbie esteriori e interiori il potenziale trasformativo di sé*

e del mondo [2021], Milano-Udine). Si occupa di antropologia medica e antropologia applicata ai contesti educativi e formativi.

Riassunto

La cura dell'istituzione di cura. Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria, *vol. II, di Francesco Scotti*

Francesco Scotti è stato uno dei protagonisti del superamento dell'istituzione manicomiale e della creazione dei servizi territoriali in Umbria, una esperienza di grande forza innovativa che precede quando verrà poi realizzato con la legge 180/78. Nel libro *Nascita e evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria* egli presenta le tappe della psichiatria di comunità dal 1990 al 2010.

Parole chiave: psichiatria di comunità, de-istituzionalizzazione psichiatrica, servizi psichiatrici territoriali, riforma psichiatrica in Umbria 1990-2010

Resumen

El cuidado de la institución que cuida. Sobre Nacimiento y evolución de la psiquiatría comunitaria en Umbría*, vol. II, de Francesco Scotti*

Francesco Scotti es uno de los protagonistas de la de-instituzionalisación asilar y de la creación de los servicios de salud mental en la Umbría, una experiencia de grande fuerza innovadora que anticiparon lo que a sido realizado con la Ley 180/78. En el libro *Nascimiento y desarrollo de una psiquiatría de comunidad en Umbría* el Autor presenta las etapas de la psiquiatría de comunidad de 1990 hasta 2010.

Palabras clave: psiquiatría comunitaria, desinstitucionalización psiquiátrica, servicios psiquiátricos territoriales, reforma psiquiátrica en Umbría 1990-2010

Résumé

La prise en charge de l'établissement de santé. À propos de Naissance et évolution de la psychiatrie communautaire en Ombrie*, vol. II, par Francesco Scotti*

Francesco Scotti a été l'un des protagonistes du dépassent de l'hôpital psychiatrique et de la création des services dans le territoire en Ombrie, une expérience fortement innovante qui a précédé ce qui sera réalisée avec la Loi 180/78. Dans le livre *Naissance et évolution d'une psychiatrie de communauté en Ombrie*, L'Auteur présente les étapes de la psychiatrie de communauté dès 1990 à 2010.

Mots-clés: psychiatrie communautaire, désinstitutionnalisation psychiatrique, services psychiatriques territoriaux, réforme psychiatrique en Ombrie 1990-2010