



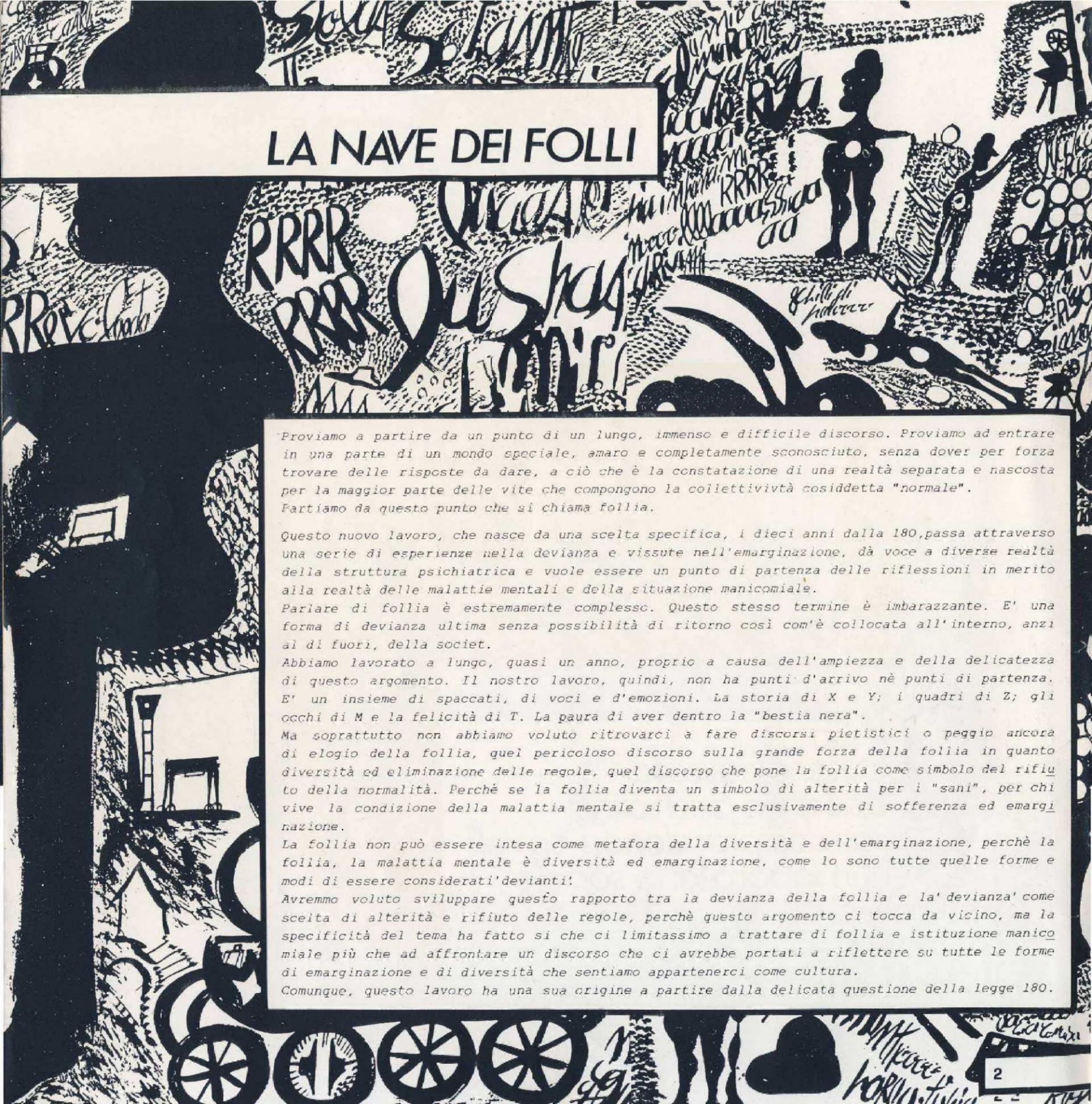
LA NAVE DEI FOLLI

a dieci anni dalla 180

THX 1138 - AMEN prod.

la storia di bruno
arte e follia
una questione delicata
uomini dispari in psichiatria
a silvio medos piacciono i cavalli
trieste: un laboratorio sociale
fumetto
arte psicopatologica
"mombello"

PICTURE DISC
Allegato Sonoro



LA NAVE DEI FOLLI

Proviamo a partire da un punto di un lungo, immenso e difficile discorso. Proviamo ad entrare in una parte di un mondo speciale, amaro e completamente sconosciuto, senza dover per forza trovare delle risposte da dare, a ciò che è la constatazione di una realtà separata e nascosta per la maggior parte delle vite che compongono la collettività cosiddetta "normale". Partiamo da questo punto che si chiama follia.

Questo nuovo lavoro, che nasce da una scelta specifica, i dieci anni dalla 180, passa attraverso una serie di esperienze nella devianza e vissute nell'emarginazione, dà voce a diverse realtà della struttura psichiatrica e vuole essere un punto di partenza delle riflessioni in merito alla realtà delle malattie mentali e della situazione manicomiale.

Parlare di follia è estremamente complesso. Questo stesso termine è imbarazzante. E' una forma di devianza ultima senza possibilità di ritorno così com'è collocata all'interno, anzi al di fuori, della società.

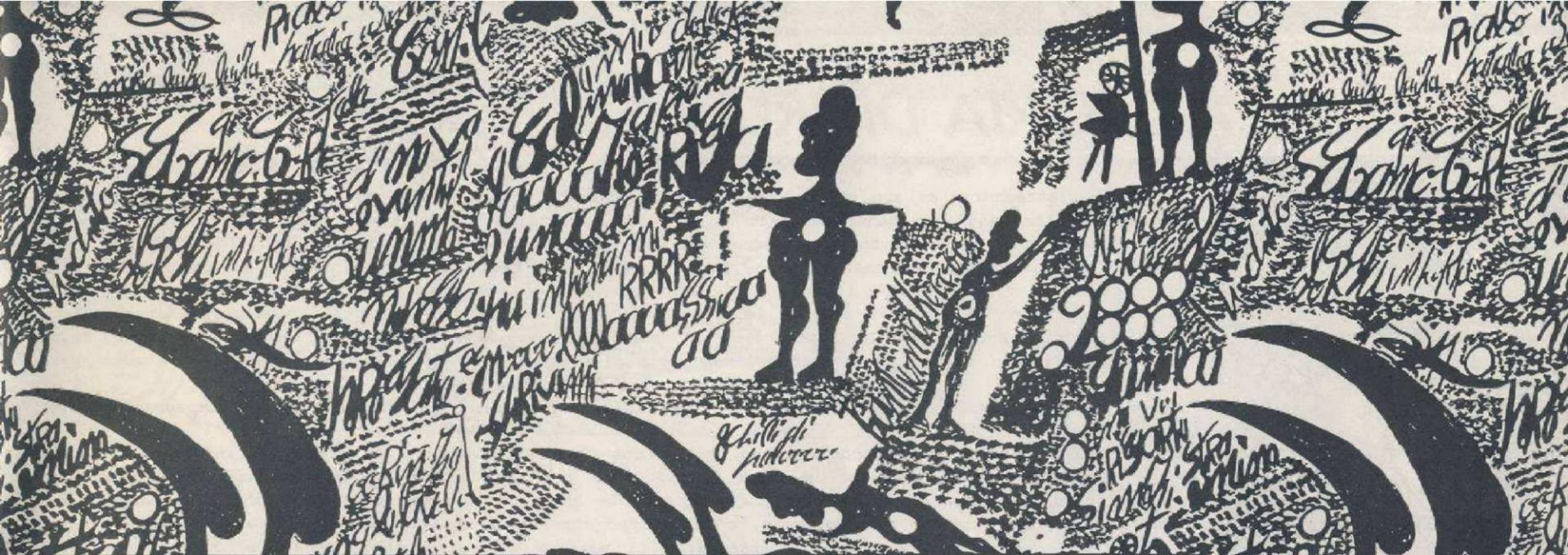
Abbiamo lavorato a lungo, quasi un anno, proprio a causa dell'ampiezza e della delicatezza di questo argomento. Il nostro lavoro, quindi, non ha punti d'arrivo né punti di partenza. E' un insieme di spaccati, di voci e d'emozioni. La storia di X e Y; i quadri di Z; gli occhi di M e la felicità di T. La paura di aver dentro la "bestia nera".

Ma soprattutto non abbiamo voluto ritrovarci a fare discorsi pietistici o peggio ancora di elogio della follia, quel pericoloso discorso sulla grande forza della follia in quanto diversità ed eliminazione delle regole, quel discorso che pone la follia come simbolo del rifiuto della normalità. Perché se la follia diventa un simbolo di alterità per i "sani", per chi vive la condizione della malattia mentale si tratta esclusivamente di sofferenza ed emarginazione.

La follia non può essere intesa come metafora della diversità e dell'emarginazione, perché la follia, la malattia mentale è diversità ed emarginazione, come lo sono tutte quelle forme e modi di essere considerati devianti!

Avremmo voluto sviluppare questo rapporto tra la devianza della follia e la devianza come scelta di alterità e rifiuto delle regole, perché questo argomento ci tocca da vicino, ma la specificità del tema ha fatto sì che ci limitassimo a trattare di follia e istituzione manicomiale più che ad affrontare un discorso che ci avrebbe portati a riflettere su tutte le forme di emarginazione e di diversità che sentiamo appartenerci come cultura.

Comunque, questo lavoro ha una sua origine a partire dalla delicata questione della legge 180.



La legge 180 ha rappresentato l'uscita dalla barbarie; ha rappresentato l'inizio di quella che avrebbe potuto essere una trasformazione sostanziale della struttura manicomiale. Ma questa legge è crollata, è franata. Anzi è rimasta scritta, non applicata, grazie ad una pratica di ostruzionismo e boicottaggio che si chiama immobilismo, che ha portato al collasso una situazione già non facile.

Così, soprattutto a partire dal Giugno del 1987, gli articoli sui quotidiani e le trasmissioni radiotelevisive riguardanti la legge 180, si sono susseguite sempre più numerose. I mass-media si sono generalmente scagliati a spiegare gli effetti negativi della legge, la situazione di abbandono e di indegenza in cui versano i malati, causa la permissività della legge, riportando tutto ad una superficiale e generalizzante espressione: "i matti se ne vanno in giro liberamente a creare problemi". Nel momento della ricorrenza del decennale, gli attacchi si ripetono da più parti nei confronti di questa legge, che con tutti i problemi di applicazione che ha trovato è stata comunque il segno di una notevole spinta libertaria. Così, è indubbiamente più comodo, dopo non aver accettato culturalmente l'approvazione di questa legge (ed averne ostacolato l'attuazione), negarne comunque la validità.

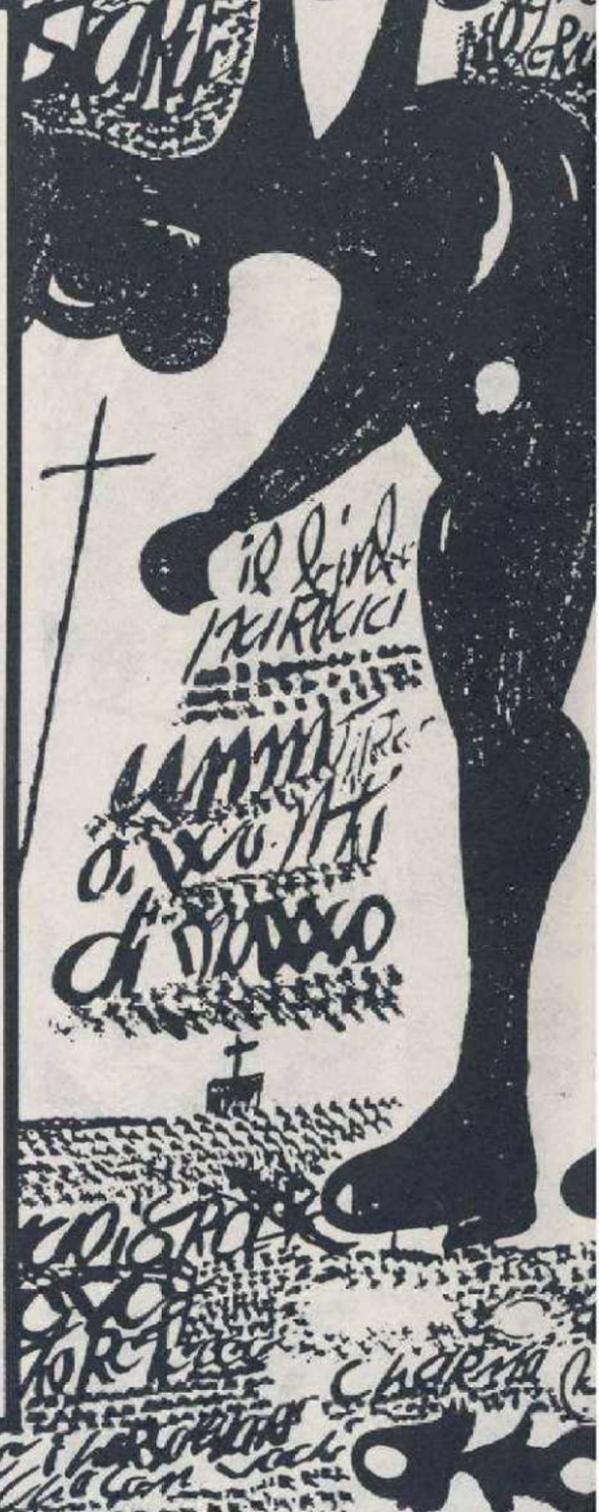
In questo grosso gruppo di oppositori alla 180 sono compresi anche i familiari degli ammalati, riuniti in organizzazioni. Questi rappresentano una voce concreta al disagio che l'attuale situazione manicomiale ha portato, anch'essi dimentichi del 'prima' e del fatto che fatto che fa comodo, a molti, questa loro 'voce diretta del disagio' ingrandisce le file di questa ondata reazionaria.

L'accento posto da organizzazioni dei familiari, specialisti, operatori sanitari e non ultimi i politici, non riguarda la questione della non attuazione della legge, ma fondamentalmente la situazione di totale abbandono a cui ha portato la legge 180. Questo fatto agisce da detonatore sulle coscienze della collettività, che soprattutto per un bisogno di protezione dal diverso, auspica al ritorno di una struttura che possa meglio accogliere (rinchiudere!) il 'pazzo'.

In una situazione di arretratezza tale, la legge 180 è diventata così una grossa forzatura invece di divenire una realtà di fatto che avrebbe modificato a fondo l'apparato manicomiale e di conseguenza la struttura sanitaria pubblica.

Ad una questione così complessa ed articolata non si può e non si deve rispondere con l'indifferenza, l'emarginazione, la segregazione e tanto meno con una modificazione reazionaria di una legge che è stata fatta 'ammalare'.

THX 1138 Giugno 1988



LA STORIA DI BRUNO

Quando nell'anteguerra mi son morti i genitori, è morta la mamma, m'hanno mandato in collegio, i parenti. Io avevo quattro anni, mi hanno sbattuto in collegio a quattro chilometri di fronte d'Arezzo. Dopo quando un bambino cresce, l'amministrazione mette un foglio, ti spedisce in un altro istituto. Io avrò avuto dodici anni, e mi sbattono a Siena. Ma non era un istituto: era messo più o meno come il nostro ospedale psichiatrico per i minorenni, per i giovani, un raggruppamento per conto suo. C'era i dottori, gli infermieri. Era chiuso, tutto il giorno a star lì, a far niente: ti mandavano in un piccolo piazzale, a star sempre fermo lì: mai uscire, poi la domenica in chiesa a pregare. Dopo quando è passato il periodo, quando il ragazzo diventa adulto, ti mandano al manicomio di Arezzo, e io di lì non son riuscito più a scappar fuori.

Allora era peggio di oggi, non uscivi manco nel viale, nel giardino qui intorno, solo accompagnamento con infermieri.

Non si poteva neanche parlar con nessuno, chi é che chiacchierava? coi muri? con gli infermieri? C'era delle infermiere donne, guardare le donne, da noi c'era gli uomini, guardare gli uomini. Troppo spaccato troppo diviso fra donne e uomini; non era come ora che hanno fatto come tutto un mischio, ora sussurrare l'uomo e la donna, invece non volevano, c'era troppo stretta sorveglianza, troppa stretta disciplina. Se toccavi una donna, una ragazza, ti assegnava, ti mandava ai Delinquenti, legava al letto, teneva a forza di punture. Il dottore non veniva quasi mai.

Dopo forse un mese e mezzo arrivava un medico a vedere come stavi, il direttore forse una volta all'anno si vedeva. Ora li vedi tutti spesso, ci parli, tranquillamente, ora il dottore viene gli parla insieme.

"Oh, dottore" si diceva "quando mi ci manda a casa?" "Domani", ti diceva "Domani!" Mai!

Ecco, invece c'è un po' di lealtà quando veniva a trovare qualcuno, un parente, un familiare, accompagnamento dell'infermiere dentro il refettorio dove si va a mangiare. Dentro il refettorio c'era il familiare, parente, fratello, cugino, sorella: quando parlava, una sentinella ti guardava, un guardiano. Non potevamo manco dire cosa volevamo, c'era manco la libertà. Ora ci si va noi a casa, uno può andare anche a casa sua, se trovi un amico si porta qui, invece prima non si portava, metteva la firma il dottore, il medico ci voleva. Agli ammalati giravano troppo le scatole, troppo chiusi stavano troppo ... Chi é che non gli giravano? "Domani, domani ..." E allora il matto si incazzava, se la pigliava ...

Ho visto tante volte diverse cose brutte: l'infermiere pigliava gli ammalati, li portava alla Comunità, ora chiamata Comunità, ma prima reparti chiusi, Delinquenti, Agitati: chi faceva il coglione lo mandavano in questo reparto, legavano, ecco, picchiavano, violentavano, se uno non stava fermo anche ad avere ragione... E i malati, anche picchiare, scazzottare fra loro: in cameretta! E gli infermieri far punture, torturare, pasticche a tutto spiano. Se non le pigliava, le facevano pigliar per forza! Veniva sette o otto infermieri, facevan rapporto, ti segnavano punture se non volevi far la cura ... poi c'era anche l'elettroshock, era una cosa tremenda. Perché ti mettono una striscia qui e ti ammattisce, uno diventa idiota, diventa scemo. Toccava star zitto. Con l'elettroshock toccava soffrire, star zitto, soffriva.

Oggi anche manca il rapporto con gli infermieri, ecco, ci manca. Perché l'infermiere quando si dice una cosa, il ricoverato dice una parola, non risponde, é troppo menefreghista. Manca la vicinanza, il rapporto con gli infermieri, non riesci manco a avere una parola. "Te, ricoverato, stai in basso e io in alto". Non é un punto bello: perché l'infermiere ha sempre avuto il potere in mano, sia una volta sia oggi e vogliono continuare come era prima.

C'era poca differenza, da galera a qui. Noi si diceva tante volte: "Meglio essere in galera, non in manicomio. Perché passata la condanna esci, invece qui no, eh? Una volta che ti han messo in manicomio, tu non esci mai". Non esce mai, esce e va fuori nella tomba, capito?

..... E' venuto qui a Arezzo, Pirella: allora Pirella ha fatto fare smantamento di tutto il circuito attorno al manicomio, tutto: sbattono giù piante, han cavato piante, montatura, muri alti fra le donne e il maschile, ha fatto sbattere anche la rete, ha sbattuto ogni cosa!

Proprio quando arrivò ad Arezzo, proprio all'amministrazione l'ha detto in faccia: "Qui rispondo io e il malato lo tratto molto bene; quando si dimette si manda fuori dall'ospedale, e bisogna trovargli il lavoro, l'appartamento, il trattamento della pensione", gli ha fatto dare anche la pensione. E poi un'altra cosa: quando il malato é entrato nell'ospedale ha perduto i diritti civili. "Gli faccio dare anche i diritti civili, il verdetto, per cavargli questo marchio, quest'etichetta".

Così anche quando una persona é stata quarantacinque anni in ospedale, ti cavano l'etichetta, diventa cittadino: ti danno la patente, ogni cosa, mentre prima tutti erano senza verdetto, anch'io ero senza verdetto, tutti, e non potevano manco votare.

Ora però manca una cosa, una cosa non tanto giusta vedo: quando si dimette dall'ospedale la persona, dopo vent'anni, in ospedale, in manicomio, tanti anni, dice: "Io ti dimetto, ma ti arrangi, ti arrangi, ti sbatti da te". Le nostre assistenti sociali tutte assieme d'accordo con i medici dicono: "Noi si dimette". I medici vanno a ragionare con Pirella: "Si si, a me mi sta bene, mi sta bene". Poi si dimette, mandano

fuori e ti dice: "T'arrangi". In mezzo al piazzale a Arezzo Pirella ha detto: "Il malato quando si dimette bisogna trovargli il lavoro, la casa", e non ha mantenuto la parola, i patti non li ha mantenuti.

... Lui li sbagliò, Pirella, ecco perchè io dico che sbagliò: perchè se lui non comincia a fare il dibattito nei quartieri fuori, l'assemblea fatta fuori, casa-famiglia fatta fuori, allora che cosa ha fatto? Lui deve lottare con l'amministrazione, deve pigiare, come ha fatto Basaglia, deve pigiare, pigiare, mai arrendersi, mai badare a cosa dice l'amministrazione: "Non si può perchè manca i quattrini", lui deve sempre pigiare, finchè l'amministrazione non molla.

E' inutile che io mi muova da me, quando mi vedono non mi ascoltano, manco una parola, mi buttano in mezzo alla via, mi buttano in un cantone. La gente di fuori non ti guarda, manco ti parla. Quando una persona è sbattuta in manicomio, e poi ti sbatton fuori, te ne è diventato un emarginato, non sei più niente: l'uomo è finito. Come a esempio, io sai per che motivo torno all'ospedale? Perchè non s'ha dove sbattere, non s'ha dove andare, ecco. La società non accetta. E', come a dire una croce per noi, quella è un marchio, questo resta sempre, vent'anni, trent'anni, quanto le pare.

Allora, quando si va fuori, non c'è contatto, manca rapporto, manca amicizia, non sai a chi hai da parlare, a chi rivolgere la parola. La gente non t'aiuta, non vuol saper niente, fa finta di non capire, fa finta di veder niente. Le sanno queste cose, lo sanno che l'ospedale è aperto: non è un anno son anni, son passati anni. La popolazione fa finta di non capire.

Allora io vengo sempre nell'ospedale: son quasi tre anni che son fuori, ma qua conosco meglio: fuori è difficile: sì, trovi a parlare, ma non rapporto stretto, amicizia stretta, rapporti, la donna, amore mio: no, niente!

Noi si sta così, ecco: come per lei, mi accompagna alla città, far due chiacchierate, così, ma poi... Il malato del manicomio nessuno ne vuol saper niente, che siam gente povera, che ci vanno i disgraziati, ci vanno i poveri. Se io ero figlio di papà, tutti mi vorrebbero bene, verrebbero a trovarmi tutti: mi mandava i soldi, a passeggio. E invece mi scansano perchè son vestito piuttosto male, e poi anche parlo molto male. Ma ci son anche peggio di me che parlan fuori.

Pericolosi dicono! Ma questa è una montatura, io chiamo una montatura di chiacchiere, son balle, tutte balle! Se un ragazzino sano, un omo che sia adulto, che sia sano, anche una donna sana, tieni chiusi in una stanza, questi li ammattisci! E' diventato pericoloso perchè è la società che l'ha fatto diventare.

Così no! Chi è che mi da fiducia, una donna a stare a letto con me, chi ci va? Questa società divide: i matti da se: è spaccata la società: un'altra società di noi matti. "Ah, noi siam molto contenti che il matto esca fuori, però che stia a parte, da sé!"

Allora è la società che è sbagliata, devi cambiar la società sia scuola sia famiglia, tutto. Deve tornare com'era prima, unita, la società, diritta, non così tutta storta. Perchè da altre parti, altri paesi, dice: "Te sei come me, sei guarito, sei dimesso, ti do il lavoro, devi mangiar con me, star con me, vivi con me". Anche Basaglia tante volte l'ha detto, però troppi non vogliono mica.

La società diritta, non così tutta storta! Se succede qualcosa di fuori, oggi giorno, che è violentata una ragazza, la società borghese sai quante cose brutte vien fuori, il giornale? "Ah, questi matti che cosa han fatto, questo direttor Pirella, questo Basaglia ha sbagliato, tutto sbagliato a metterli fuori, son pericolosi un con l'altro!" E tutta questa roba di montatura! Non è vero che siam pericolosi.

Perchè oggi ci son tanti che fan peggio di me, e allora perchè non mettono in manicomio quella gente lì? Oggi giorno tu sei matto, da una parte; tu sei sano, da un'altra parte. E non deve esserci un rapporto fra una ragazza sana e un matto, non ci sta bene, capito? E sussurrare, uomo e donna, e dire amore, far l'amore, non ci sta bene! Devi dividere: te sei matto, te sposi un matto; te sei sano, devi sposare un sano. Divisi in due blocconi, e una barriera, una barriera, che non si spacca più e sta così.

... E dopo, quando si va fuori, mi dicono di tutti i colori: "Sei matto, scemo, handicappato, non sei capace manco a farti da te le spese".

Perchè dicono: "Sei matto pericoloso ..." e gli fa schifo, se io mangio ... insomma un piattino, un bicchiere, la tazzina dove bevo io non ci bevono, perchè dicono che ci hai malattia, si attacca. Non si risolvono a venire a mangiare da me, vicino a me, roba che mangio io!

Invece se si trova a mangiare col suo citto, il fidanzato, allora una ragazza lo imbocca, piglia il bicchiere, beve dove beve lui, mangia dove mangia lui, mangia un pezzo di pane, ogni cosa, gli lava anche la camicia, ma noi?

Dove vado a mangiare io, tante volte ho fatto delle prove, gli studenti si alzano e vanno da un'altra parte. Allora non vadano a raccontare delle balle: "Io ti voglio bene ...". No, questo non è ti voglio bene, te mi butti a emarginarmi di più, a me il bene che mi vogliono è se stan vicino a me, ma se te mi scansi, no, no!

... Ma le ragazze le metton su, la scuola, studenti e i genitori. "Non andar dietro ai malati, te sta con gente sana, quelli son matti, guarda, quello lì è del manicomio, non parlar niente, poi mandalo via, accantonato". Se invece una ragazza dice: "No, io faccio a conto mio; io se voglio bene anche a un ex ricoverato, non importa, la mia coscienza mette che io voglio bene a quello lì." Però queste cose non le fa, non le dice. Se io tocco una persona normale, quella li strilla, mi fa portar dentro, falsa, calunnia, manco vero. E invece lo fa un ragazzo, uno studente: faccia il comodo suo, ogni cosa, lei sta zitta.

Tutto contorto, bisogna volgere la società: o tutta dritta, sana, o malata. Uno dei due, di qui non si scappa.

DECRETI E LEGGI

Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel caso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

Art. 2.

Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale

Le misure di cui al secondo comma del precedente articolo possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel precedente comma.

Art. 3.

Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Il provvedimento di cui all'articolo 2 con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il pre-

fetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui all'articolo 6 è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata pressumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dello infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Art. 4.

Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 5.

Tutela giurisdizionale

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 3, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

N. 180

LEGGE 13 maggio 1978.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Publicata nella Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

LA "180"

I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 6.

Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui al successivo comma.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo — che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti letto superiore a 15 — al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

Art. 7.

Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite, per i territori di loro competenza, alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche. Restando ferme fino al 31 dicembre 1978 le disposizioni vigenti in ordine alla competenza della spesa.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della firma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei

presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle amministrazioni provinciali o da altri enti pubblici o dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, di cui all'articolo 6, è addetto personale degli ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici extra ospedalieri.

I rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni, conformi ad uno schema tipo, da approvare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità di intesa con le regioni e l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui all'ottavo comma, del presente articolo.

Con decreto dal 1° gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale pubblici e il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Art. 8.

Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della legge stessa.

Il primario responsabile della divisione, entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco dei rispettivi comuni di residenza, i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento stesso. Il primario responsabile della divisione è altresì tenuto agli adempimenti di cui al quinto comma dell'articolo 3.

Il sindaco dispone il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera secondo le norme di cui all'ultimo comma dell'articolo 2 e ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui all'articolo 3.

L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi precedenti determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Tenuto conto di quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7 e in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6, negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera.

Art. 9.

Attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici

Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dell'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Art. 10.

Modifiche al codice penale

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura ».

Art. 11.

Norme finali

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del testo unico delle leggi recanti norme per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, di aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quella della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 13 maggio 1978

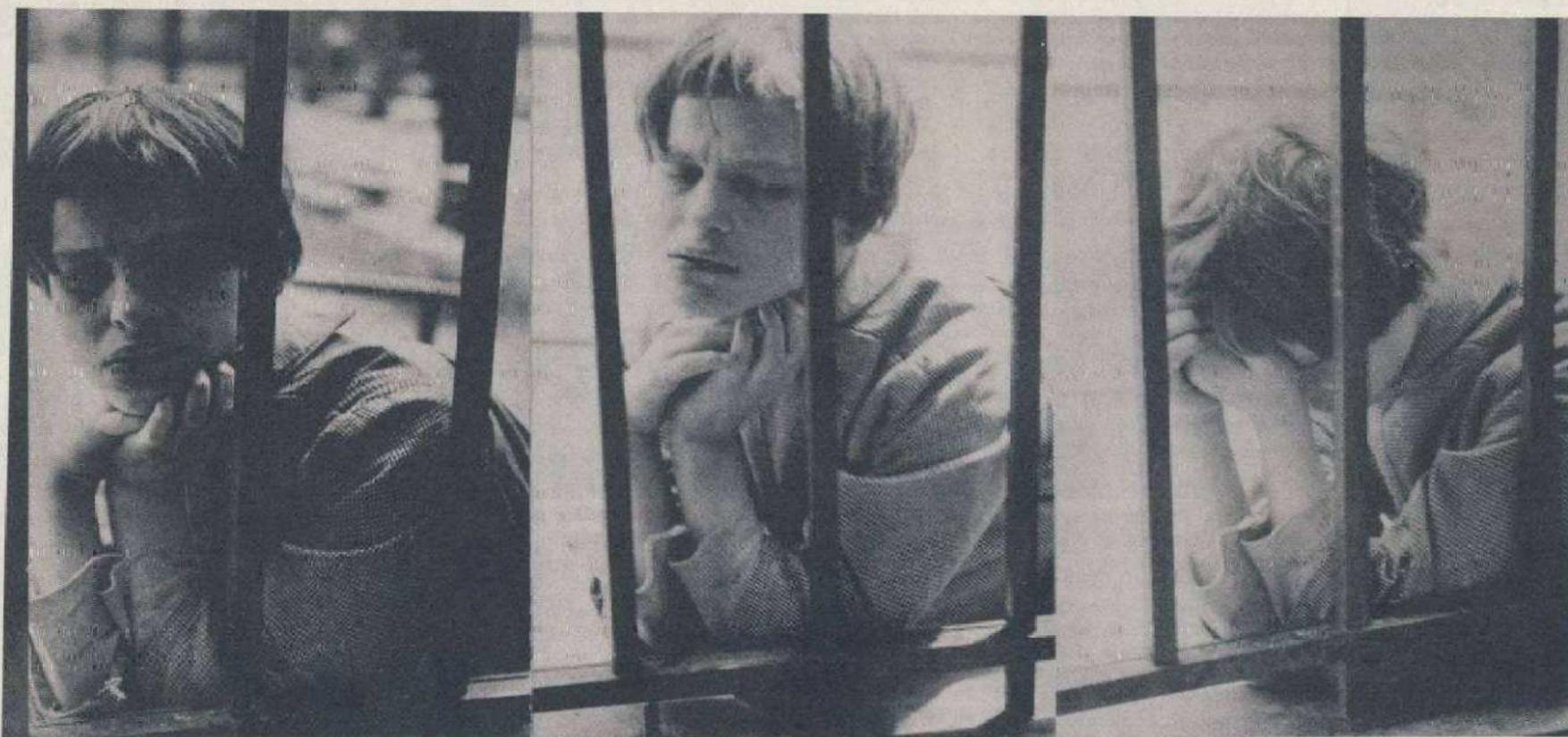
LEONE

ANDREOTTI — BONIFACIO —
ANSELMI

Visto, il Guardasigilli: BONIFACIO



UNA QUESTIONE DELICATA



L'articolo che segue è stato redatto da due medici componenti l'equipe basagliana e rappresenta un ampio commento ai contenuti della legge 180. Quest'articolo fu pubblicato su 'Fogli d'informazione' nei mesi successivi l'applicazione della legge, nel 1978.

Ne abbiamo estratto le parti più significative, anche e soprattutto in funzione della polemica riguardante la validità della 180 che si è sviluppata negli ultimi tempi.

In ricorrenza dell'anniversario del varo della legge, il problema della non applicazione e del fallimento riportati con toni reazionari e riformisti da quotidiani, operatori sanitari, politici e speciali televisivi, era ben presente in questa analisi con un taglio critico propositivo.

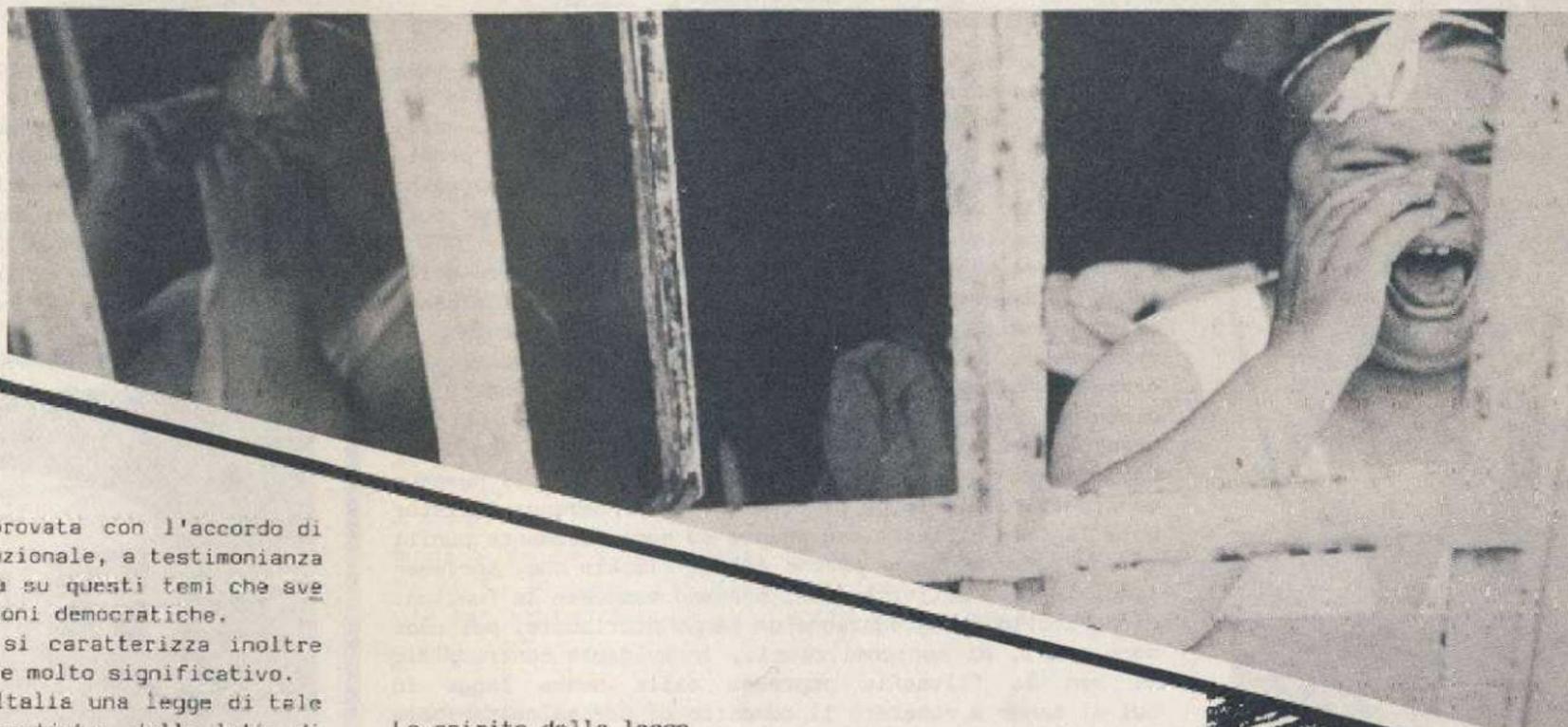
Abbiamo voluto riproporlo perchè, pur a distanza di 10 anni, critiche e plausi espressi nell'articolo sono estremamente attuali e rappresentano una testimonianza reale di come questa importante legge non abbia trovato un terreno idoneo su cui svilupparsi.

LA 180 E LA POLITICA SANITARIA

L'approvazione della 180 rappresenta un evento la cui portata è di notevole rilievo; i contenuti in essa presenti costituiscono, pur nella contraddittorietà ed ambiguità di alcune formulazioni, un'indicazione complessiva di grosso significato civile, sociale e politico, che non trova riscontro nella legislazione di alcun altro paese nel mondo. Rappresenta, la sua realizzazione, una vittoria significativa di chi da anni si batte per una trasformazione delle strutture sanitarie del paese e per l'eliminazione di tutti i meccanismi emarginanti e violenti che, attraverso le strutture socio-sanitarie, opprimono l'uomo e lo escludono, con varie modalità, dal conte-

sto di appartenenza sociale.

La lotta che il movimento operaio e le masse studentesche andavano operando per una trasformazione radicale della organizzazione sociale, per una diversa qualità della vita, per una pratica di partecipazione e di controllo da parte della collettività sui movimenti decisivi della propria esistenza, si è collegata con l'esperienza del movimento di psichiatria antiistituzionale che, nato a Gorizia negli anni sessanta, si è via via diffuso in tante sedi ed è riuscito, proprio attraverso il collegamento con il movimento operaio e con tutte le lotte che avvenivano nel sociale, ad imporre le tematiche emerse dalla pratica a settori sempre più vasti dell'opinione pubblica



tanto che la legge è stata approvata con l'accordo di tutti i partiti dell'arco costituzionale, a testimonianza della sensibilizzazione massiccia su questi temi che aveva investito tutte le organizzazioni democratiche.

L'approvazione di questa legge si caratterizza inoltre per un altro aspetto politicamente molto significativo.

È forse la prima volta che in Italia una legge di tale importanza nasce da esperienze pratiche, dalle lotte di una minoranza, che però ha saputo collegare la sua pratica di lotta con le lotte per la trasformazione della società che avvenivano contemporaneamente.

La nuova 'proposta' contenuta nella legge potrà realizzarsi appieno solo all'interno della Riforma Sanitaria e dell'Assistenza: infatti, ove ciò non accadesse, si rischierebbe che di fatto la Psichiatria, paradossalmente, da una posizione avanzata questa volta, si configuri ancora come isolata, non collegata con il resto della realtà socio-sanitaria del paese; ed inoltre sarebbe impossibile qualsiasi forma di intervento socio-sanitario, se cioè non fosse possibile inserire l'assistenza sanitaria all'interno di un sistema di sicurezza sociale profondamente modificata rispetto all'attuale decrepita situazione in cui versa il nostro sistema sanitario.

La riforma socio-sanitaria è la cornice, il quadro di riferimento indispensabile perché la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica possa vivere, e sostanziarsi di contenuti realmente innovativi, e non essere soltanto una formula legislativa vuota di contenuti, che si limiti a riproporre la stessa logica sotto altra facciata.

Ed è molto importante che fin d'ora di metta in atto una vigilanza militante allo scopo di salvaguardare, anche all'interno della riforma sanitaria, quei contenuti di novità che, a giudicare da ciò che accade, corrono seri rischi: la partecipazione ed il controllo popolare sulla gestione dei servizi, la unitarietà dell'intervento socio-sanitario, ed all'interno di questo l'affermazione della logica dipartimentale, che mantenga strettamente legati i vari momenti dell'intervento, preventivo, riabilitativo, curativo, in una visione complessiva delle risposte che privilegi il momento dell'intervento territoriale, e riduca al minimo quello della esclusione ospedaliera (anche l'ospedale generale esclude).

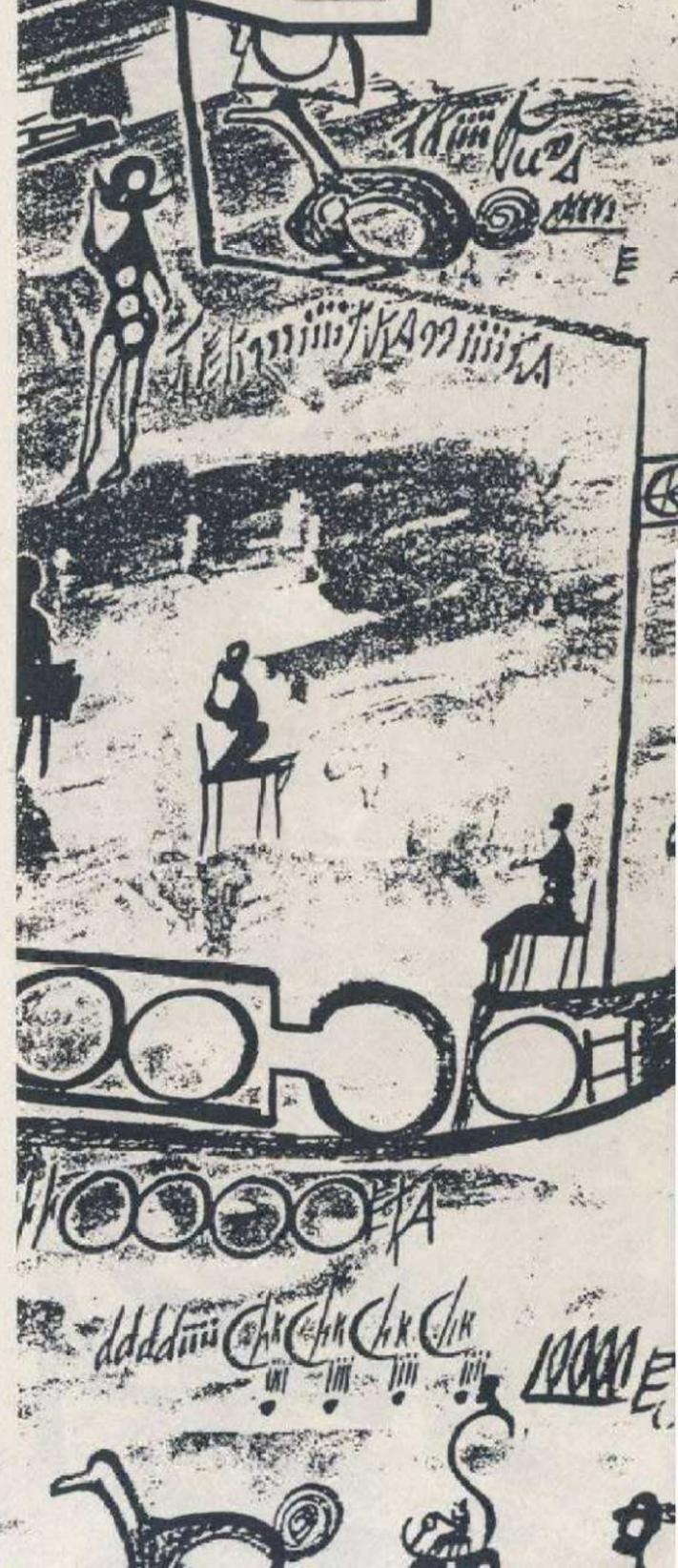
Sono queste le garanzie che la riforma sanitaria possa introdurre nella nostra organizzazione sociale elementi di novità reali, tali da poter incidere significativamente a livello della qualità della vita, unico obiettivo per cui si debba lottare in questa fase. In caso contrario la riforma sarà soltanto, nel migliore dei casi, la razionalizzazione dell'esistente, e potrà produrre, al massimo una maggiore efficienza, lasciando inalterata la logica dei servizi, e non modificando assolutamente il pauroso dislivello di potere attualmente esistente tra il cittadino ed i servizi socio-sanitari.

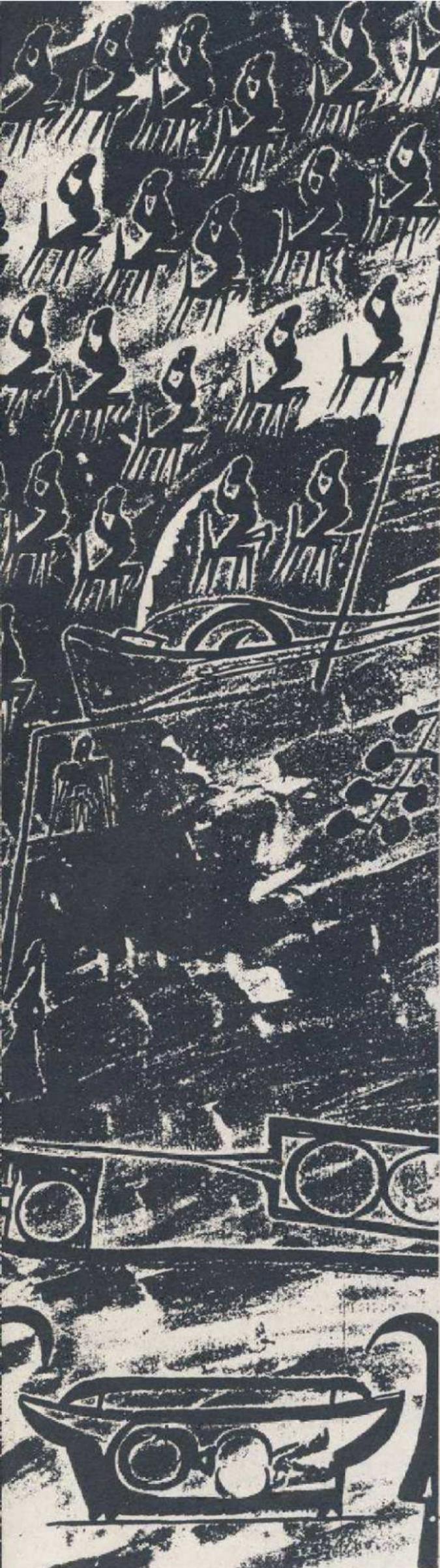
Lo spirito della legge

Si diceva prima che la legge appare portatrice di una serie di indicazioni estremamente significative, tali da produrre un radicale mutamento dell'ottica dell'assistenza psichiatrica, e da sconvolgere gli equilibri regressivi su cui si era finora fondata. La nuova legge sancisce, infatti, la 'fine' del manicomio, (le cui strutture dovranno essere riconvertite ad altri usi) e indica un ribaltamento della logica su cui fondare l'assistenza psichiatrica: l'accento si sposta, dalla protezione della società dal 'folle', alla necessità di predisporre strutture e servizi territoriali che consentano al cittadino di vivere la propria esperienza di 'crisi' all'interno dei rapporti che ne sostanziano l'esistenza, mantenendo i legami con la collettività di cui è membro.

La logica dell'esclusione e della segregazione, che aveva finora informato di sé tutta la pratica psichiatrica, viene in tal modo completamente negata da un'impostazione che riconosce ed afferma, implicitamente, la necessità di ricondurre al sociale la contraddizione che il disagio psichico esprime. Ed infatti, pur con le carenze esistenti, una lettura progressiva della legge stessa permette di affermare che essa indica nei servizi territoriali la 'alternativa globale' all'ospedale psichiatrico, cancellando di colpo negli articoli di legge, una realtà tra le più oppressive e distruttive della attuale organizzazione sociale, quale è quella rappresentata dai manicomi.

A tale posizione si lega, in modo conseguente, il superamento del concetto di 'pericolosità' del 'folle', concetto che aveva determinato e mantenuto in piedi l'apparato repressivo e custodialistico rappresentato dalla realtà asilare, e che costituiva, in fondo, l'unico parametro di valutazione alla base dell'intervento psichiatrico. Si riconosce, invece, che la sofferenza psichica attiene ai rapporti tra l'individuo e il suo ambiente di vita, e si indica con chiarezza che è all'interno di tale realtà che il problema va affrontato. L'individuo sofferente, pertanto, una volta valutato solo in base alla pericolosità potenziale del suo comportamento, diventa un cittadino che conserva i suoi diritti, e tra essi, in particolare, quello di non essere espulso dal suo mondo; anche in caso di 'trattamento sanitario obbligatorio' la legge prevede una serie di strumenti a tutela dei suoi diritti, tesi a scongiurare abusi e soprusi, sempre possibili in campi così indeterminati ed ambigui come quello della pratica psichiatrica.





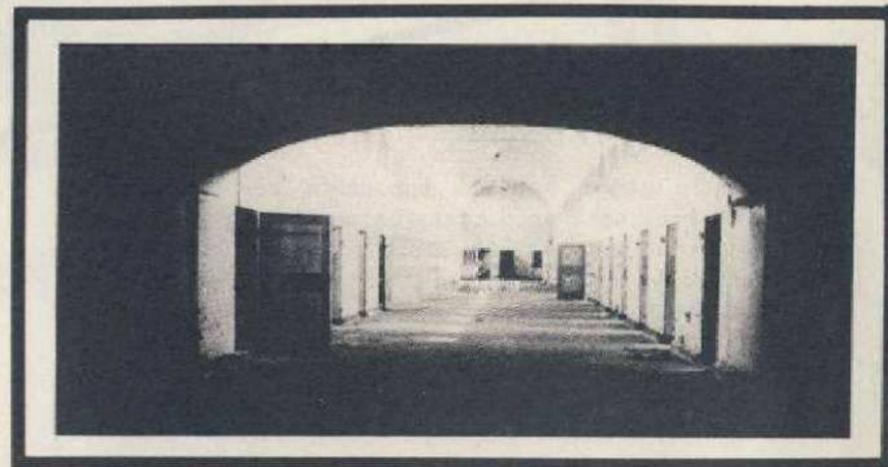
chiatrica. In una rilevazione statistica fatta nei mesi di febbraio-marzo, prima dell'entrata in vigore della 180 nonostante le enormi carenze strutturali in cui il servizio opera (i casi erano visti nel corridoio del pronto soccorso), su 249 chiamate il nostro servizio di reperibilità è stato costretto a ricorrere alla coazione per curare il soggetto che ne aveva bisogno in soli 4 casi.

Altra grave manchevolezza che ci sembra di rilevare nella legge è rappresentata dalla assenza di qualsiasi accenno al problema dei manicomi criminali, che rappresentano la espressione più crudele ed agghiacciante di come la nostra organizzazione sociale tratti chi, sofferente di un disturbo psichico, abbia commesso un reato. Ciò è preoccupante e fonte di perplessità: in primo luogo perchè ci sembra lecito supporre che tali istituti, neanche menzionati dalla legge di riforma, continueranno indisturbati la loro attività segregante ed esclusivamente punitiva; in secondo luogo perchè c'è il rischio che, incrementando la loro attività, essi possano assumere le funzioni di controllo e segregazione un tempo attribuite, per casi meno gravi, ai manicomi civili, in evidente contraddizione con la filosofia espressa dalla nuova legge in cui si tende a superare il concetto di pericolosità sociale del 'malato di mente'. In terzo luogo perchè qualche legislatore, ricco di fantasia, potrebbe immaginare di territorializzare il manicomio criminale, ormai al centro di una campagna denigratoria che ne rende difficile il mantenimento nella forma attuale, diluendolo in strutture provinciali e regionali, eventualmente sfruttando parte dei manicomi civili non più utilizzati! A Trieste, parallelamente alla trasformazione del nostro servizio che andava progressivamente perdendo le sue funzioni di controllo sociale, molti nostri utenti, per aver commesso un reato anche banale venivano periziati ed inviati per almeno due anni in un manicomio criminale. Tale numero è elevato in assoluto, ma enorme se paragonato alle pochissime persone che sono finite in manicomio criminale nei sette anni precedenti alla nostra attività di trasformazione, quando cioè il manicomio triestino svolgeva la sua vecchia funzione di controllo sociale della provincia. Altro rilievo è che la 180 si limita ad abolire pochi marginali articoli del codice civile e del codice penale senza mettere in discussione le strutture portanti del nostro ordinamento giuridico là dove l'illecito si salda con lo stato di disturbo psichico di chi lo commette. Preavvertendo la vastità della materia e la necessità di una riconsiderazione organica della stessa, vorremmo citare alcuni articoli che, poichè ancora ispirati alla legge 1904, in sede civile e penale sono in aperta contraddizione con lo spirito della 180 e che, come si sente da più parti, ne minacciano l'applicazione. Il 414 del codice civile parla di interdizione, cioè di totale perdita dei diritti civili e politici, per abituale infermità di mente, mantenendo operante quindi la vecchia concezione della cronicità del disturbo psichico che la 180 intende superare. Il 148 C. P. permette, qualora un detenuto soffra di un disturbo psichico di inviarlo in manicomio criminale, differendo l'esecuzione della pena. Il 591 C. P. che configura come reato, per abbandono di incappace, il fatto che un servizio di salute mentale conduca per scelta terapeutica un suo utente psichicamente sofferente, a passare la notte in casa, anche se non si verifica alcun danno per l'internato o per altri.

Abbiamo accennato ad una serie di ambiguità presenti nella legge, conseguenza anche dell'urgenza con cui è stata approvata, e dei compromessi da cui è nata (è infatti stata approvata in tempi brevissimi per evitare la minaccia imminente di referendum); ci sembra opportuno partian-

to sottolineare i pericoli possibili, nel senso di applicazioni difformi allo spirito ispiratore della legge stessa, legati alle suddette ambiguità. Abbiamo individuato alcuni punti che ci sembrano particolarmente significativi sotto questo aspetto:

- il superamento del manicomio
- l'ospedale generale
- l'organizzazione dei servizi territoriali
- il problema del personale medico e paramedico



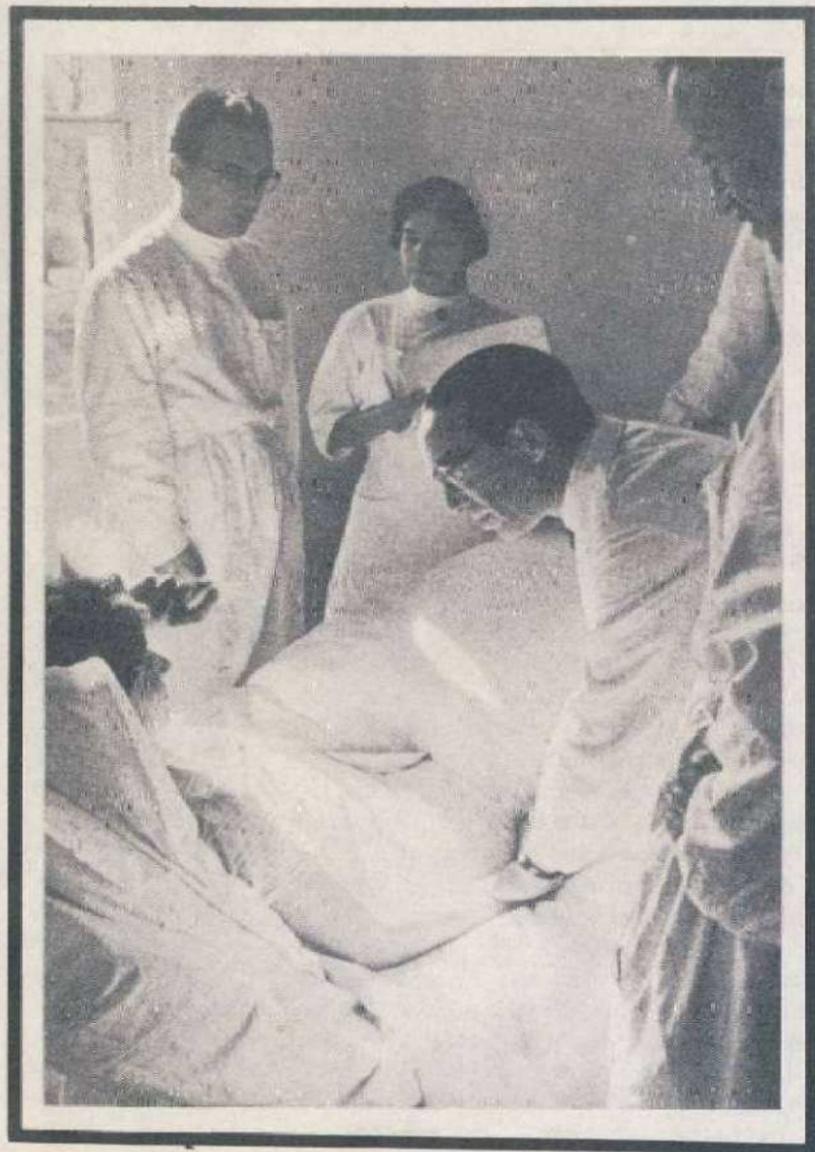
Superamento del manicomio

La legge dice: "È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli già esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali... le regioni attuano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti di quelle in via di completamento... negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge..."

I cittadini italiani che fortunatamente non abbiano avuto precedentemente all'entrata in vigore della nuova legge ricoveri in manicomio, non potranno per nessun motivo essere ricoverati. Dopo 16 anni di lotta antiistituzionale, diventa patrimonio delle forze politiche e sindacali, viene finalmente sancita la certezza di poter vivere senza cadere, in un momento particolare della propria esistenza, nelle maglie distruttive di una struttura manicomiale. Il che vuol dire anche che si riconosce al cittadino la possibilità di soffrire psichicamente e di mostrare i segni di tale sofferenza, anche con comportamento socialmente 'diverso', senza dover incorrere nella punizione del manicomio.

Una grave carenza ci sembra rappresentata dal fatto che il legislatore accenni al 'graduato superamento degli ospedali psichiatrici' senza precisare nè come nè quando, e per di più ammettendo che, chi vi è stato precedentemente ricoverato, possa ritornare a ricoverarsi. Ciò è grave in quanto, se la legge sancisce la estinzione dei manicomi, se non altro per motivi biologici, (la scomparsa degli attuali internati e di coloro che hanno subito l'internamento) permette però la permanenza ed il funzionamento di tali istituti per molti anni ancora, lasciando il destino delle varie situazioni affidato unicamente alla volontà politica di trasformazione e/o non, degli amministratori locali e dei tecnici. Mancano in realtà norme che pongano le basi di un serio programma riabilitativo o comunque di alternativa al manicomio a breve termine, il che esprime una grave 'dimenticanza' rispetto ai circa 150.000 cittadini italiani attualmente internati negli ospedali psichiatrici.

"Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari... possono essere disposti dalle autorità sanitarie trattamenti sanitari obbligatori... i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati nei presidi sanitari pubblici territoriali... la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo, se non vi siano condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere."



Se accettiamo di rimandare la critica del mantenimento di un trattamento obbligatorio, possiamo affermare che indubbiamente la legge esprime contenuti di progresso sociale, infatti:

- i ricoveri sono di norma volontari e vengono effettuati nei presidi territoriali: solo eccezionalmente sono obbligatori, ed ancora più eccezionalmente sono obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera, non più in manicomio, ma in ospedale generale;

- perchè si realizzi il TSO in condizioni di degenza ospedaliera sono necessarie tre condizioni, in mancanza di una soltanto delle quali non è giuridicamente possibile realizzarlo: in primo luogo il disturbo, prescindendo dalla sua natura, deve aver bisogno di misure terapeutiche immediate; in secondo luogo, la persona sofferente psichicamente, qualora accetti in qualche modo di essere curata, allontana il pericolo di TSO; in terzo luogo,

ponendo la legge in alternativa al TSO in ospedale le strutture extraospedaliere, lega la necessità del ricovero non alle manifestazioni individuali, ma alle carenze del servizio, che si dimostra in tal modo non in grado di dare risposte adeguate e cioè alternative alla degenza.

In altre parole ciò significa che si ricorre alla degenza ospedaliera solo quando il servizio territoriale non è in grado di svolgere la sua funzione, superando così, almeno in parte, il concetto di malato mentale socialmente pericoloso e la relativa necessità di gestirlo in luoghi di custodia;

- maggiori appaiono le garanzie che il TSO si effettui in condizioni di reale 'necessità', in quanto la sua realizzazione è legata all'azione concorde del medico che fa la proposta, del sindaco che la dispone, del medico della struttura pubblica che deve convalidare il ricovero e realizzarlo praticamente, ed infine il tutto è sottoposto alla sorveglianza del giudice tutelare che rappresenta una garanzia di giustizia e di costituzionalità. Inoltre chiunque, compreso il soggetto oggetto del TSO, può appellarsi contro il provvedimento del Tribunale territoriale competente. Si noti a tale proposito come rispetto alla legge 1904, la polizia non possa sostituirsi al sindaco, autorità elettiva per mandato popolare, neanche nei casi di emergenza; come al Procuratore della Repubblica, che rappresenta prevalentemente istanza di protezione della collettività, la 180 sostituisca il giudice tutelare, che è fondamentalmente deputato alla salvaguardia dei diritti del cittadino;

- il legislatore prevede che già dopo 7 giorni il TSO possa cessare, e se ciò non avviene, il sanitario deve motivarlo e precisare la data di possibile cassazione; se nessuna comunicazione viene data, il TSO cessa automaticamente. Ciò esprime, a nostro avviso, lo sforzo di configurare il TSO come transitorio, in totale opposizione alla vecchia logica dell'abbandono istituzionale in condizioni di internamento, così strettamente legata alla ideologia della cronicità del disturbo psichico.

Dopo questa analisi, che si è sforzata di illustrare ed individuare tutti gli elementi usati dal legislatore per garantire, limitare ed attenuare l'uso del TSO, ci sembra doveroso sottolineare che la legge mantiene in modo stabile la possibilità di costringere chi soffre di un disturbo psichico ad essere sottoposto, contro la sua volontà, ad un trattamento sanitario, che comprende una limitazione della sua libertà. Chi scrive si oppone decisamente ad una formulazione definitiva di tale istituto, augurandosi che tale normativa venga superata con l'approvazione della legge di riforma sanitaria. Il TSO è accettabile solo qualora si ribadisca il suo carattere di transitorietà in quanto legata alla necessità, da parte della legge, di tener conto della realtà articolata in livelli estremamente diversificati dei servizi psichiatrici del nostro paese. Queste osservazioni non ci sembrano astratte, in quanto nascono dalle dimostrazioni pratiche e dalle elaborazioni teoriche di molte esperienze psichiatriche 'avanzate', che hanno ormai dimostrato come la necessità di sottoporre un individuo ad un ricovero coatto nasca sempre da carenze nell'organizzazione dei servizi e quindi dalla capacità dei servizi territoriali a dare risposte più adeguate ai bisogni della persona che soffre. La dimostrazione di quanto detto è evidente a Trieste, dove, da oltre un anno, funziona un servizio di emergenza psichiatrica costituito da un medico e da due infermieri, disponibili per 24 ore al giorno, che intervengono su tutti quei casi che il medico alla stanziera dell'ospedale civile ritiene di competenza psi-



Qualcuno potrebbe obiettare che il primario di ogni divisione con relazione motivata deve stabilire chi deve continuare il TSO, e che quindi molti pazienti perderanno il loro stato di internati, riacquistando i loro diritti, almeno sul piano giuridico. Tale ipotesi ci sembra una risposta minimale rispetto al problema reale, che è il reinserimento nel territorio dell'internato, divenuto un 'ospite' povero, per evitare che si verifichi, come a Trieste per gli ultimi 300 ospiti, di costituire una sorta di baraccopoli che accolga i cittadini più diseredati.

E' poi inammissibile che la legge divida i cittadini in due categorie: quella di chi non ha mai subito un ricovero in manicomio, e quella di chi l'ha invece subito.

Ammettendo per questi ultimi la possibilità di tornervi, configurandola nei termini di potenziale necessità, come se il ricovero in manicomio potesse in qualche modo rispondere ad un bisogno reale della persona sofferente, la legge mostra di dimenticare, contrariamente al suo stesso spirito informatore, che la richiesta di ricovero in manicomio corrisponde sempre a falsi bisogni, (anche per il secondo ricovero), ed esprime in realtà l'impossibilità, da parte dei servizi, di offrire risposte diverse e più adeguate a chi ne necessita.

L'ospedale generale

La legge è chiara e propone profonde innovazioni nella nostra organizzazione sanitaria: l'ospedale generale, che non deve sostituire le funzioni del manicomio, deve diventare uno dei settori di intervento territoriale, con operatori legati ai presidi extraospedalieri responsabili del collegamento tra ospedale generale e territorio. E' dunque nello spirito della nuova legge considerare l'OG una fra le tante strutture a disposizione del territorio, ed i servizi territoriali il fulcro della nuova assistenza psichiatrica, che possono servirsi dell'OG come di ogni altro presidio, in relazione alla necessità dell'intervento.

nizzazione e l'isolamento dell'ospedale.

Di fronte a ciò ci sembra verosimile ipotizzare che la reazione difensiva della struttura ospedaliera possa tendere a trasformare i 15 letti a disposizione dei servizi territoriali in un reparto autonomo, separato dalle altre divisioni e anche dai servizi territoriali, con un organico fisso, con la certezza che si trasformi in una struttura manicomiale aggiornata, ma ugualmente segregante ed emarginante. Altro pericolo che si corre, sempre in tema di rapporti tra servizi psichiatrici ed Ospedale generale, è di assimilare la psichiatria meccanicamente al resto della medicina. Solo in apparenza questa affermazione è in contraddizione con la tendenza più avanzata di politica sanitaria, che tendono a considerare la salute come fatto globale in senso psicofisico. Se infatti siamo d'accordo su come l'ospedale generale gestisce quest'ultima, con la sua struttura monolitica, espropriante e segregante come il vecchio manicomio. Riteniamo quindi necessario valorizzare al massimo le strutture dipartimentali, in cui come servizi psichiatrici siamo inseriti, e questo per spingere l'organizzazione ospedaliera a modificarsi, a rompere l'isolamento, e stabilire anch'essa rapporti con il territorio, ed in esso confrontarsi con i bisogni reali della collettività.

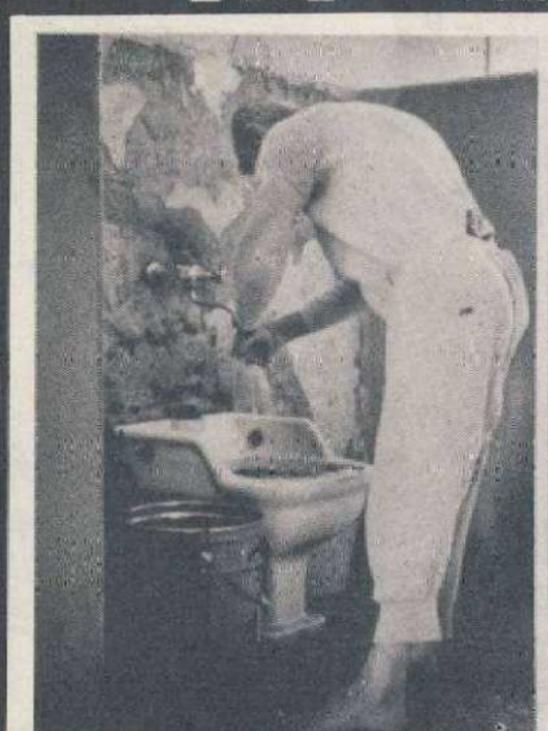
Non dobbiamo dimenticare infine, che medicalizzando la psichiatria si rischia di riproporre una concezione prevalentemente biologica del disagio psicopatologico, favorendo la riutilizzazione di tecniche violente ed oppresse rivelatesi inefficaci sul piano della promozione della salute, ma politicamente funzionali a svolgere controllo sociale.

L'organizzazione dei servizi territoriali

I Centri di Salute Mentale sono delle entità indefinite, con varia impostazione e significato a seconda delle varie situazioni in cui si sono realizzati; è quindi evidente che tali divergenti ipotesi di lavoro potrebbero riprodursi anche nella nuova corsa al CIM: è infatti molto facile pensare che, in assenza di una trasformazione precedente della logica e della operatività del servizio, i futuri CIM possano configurarsi come delle prolegazioni e delle appendici sostitutive dei manicomi, i quali si limitino a trasferire all'esterno la logica e le funzioni del manicomio stesso. Potrebbero cioè diventare efficaci strumenti di controllo capillarizzato, dispensatori di psicofarmaci (preferibilmente ad azione 'ritardo'), senza nessun reale legame con il territorio in cui operano. A questa funzione è ipotizzabile si possa aggiungere una funzione di tipo assistenzialistico deterioro, attraverso la gestione di strumenti improntati alla logica caritativa che mantenga gli utenti in una condizione di dipendenza e di asservimento al servizio, anziché stimolarne la autonomia e la liberazione.

L'intervento nel territorio deve assumere il significato di alternativa globale, come si è già detto, alla visione custodialistica, alla logica del controllo, all'uso della 'cura' come strumento di manipolazione e di occultamento delle contraddizioni.

Un aspetto importante, qualificante del nuovo modo di intendere il servizio psichiatrico, è il tentativo di superare l'ottica individualistica di affrontare i problemi della sofferenza: ciò significa porsi il problema della socializzazione delle tematiche legate alla sofferenza psicopatologica, socializzazione che deve tendere a coinvolgere tutta la collettività, sicché ciascuno, sano o 'malato' che sia, possa riconoscere le radici comuni del disagio legato all'esistenza, ed in esse riscoprire l'unicità della matrice sociale dei meccanismi di oppressione, e trarne spinta e motivazione alla lotta per



Ci pare opportuno segnalare anche i pericoli che la legge corre di essere snaturata nella sua applicazione, attraverso lo spostamento della centralità dal territorio all'OG. La logica di quest'ultimo si basa infatti sulla netta separazione delle diverse 'divisioni' che lo compongono, tra loro e verso la società esterna; immettere in tale logica un servizio psichiatrico ispirato al concetto dipartimentale di fusione tra i servizi ospedalieri ed extraospedalieri, ed impostata su premesse che tendono a comprendere il disturbo psichico non in base a modelli medici o biologici, ma sul terreno delle contraddizioni sociali su cui si origina e si esprime dando quindi qualità e carattere diversi all'intervento tecnico, tutto ciò significa entrare in contraddizione con la rigida orga-

la trasformazione ed il rovesciamento dell'attuale organizzazione sociale

E' solo attraverso questo riconoscimento che sarà possibile creare una situazione in cui sia consentito a ciascuno di vivere il proprio disagio, la propria sofferenza al di fuori di meccanismi emarginanti o colpevolizzanti, al di fuori di processi che tendano ad istituzionalizzarla in 'malattia', in deviazione dalla norma, in stigmatizzazioni il cui effetto inevitabile è quello di produrre a suo carico la perdita di contrattualità sociale, la riduzione della sua esistenza in un tentativo di occultare agli altri, e forse anche a se stesso, le espressioni della propria esperienza, del proprio 'scacco', rispetto alle regole, assurde in gran parte, imposte dall'organizzazione in cui si è costretti a vivere.

Qualificante appare così come avviene a Trieste, rispetto all'impostazione unitaria dell'intervento, che i servizi di Salute mentale si facciano carico anche della reintegrazione dei 'lungodegenti' nel territorio, così da riproporre i tre momenti dell'intervento, dalla prevenzione alla riabilitazione, e riproporre alla collettività i temi 'storici' dell'emarginazione, ricercando nel sociale e col 'sociale', le risposte per quei cittadini che ne erano stati espulsi in epoca remota.

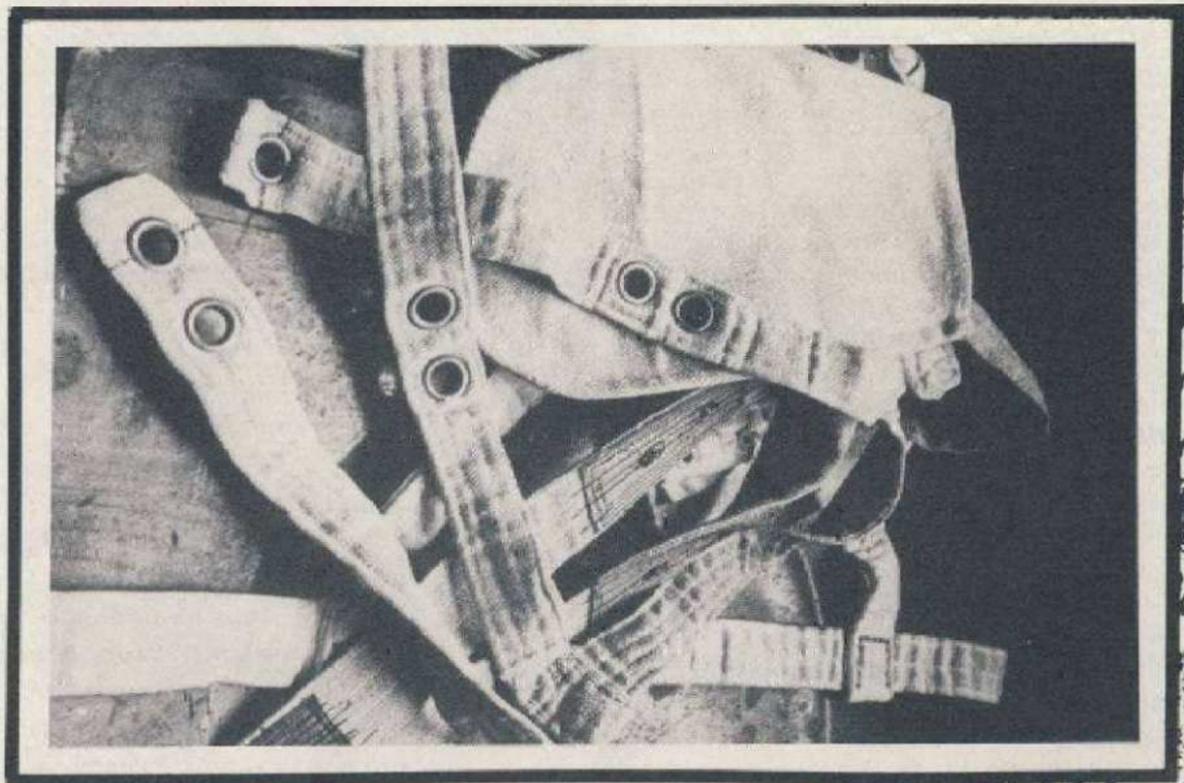
Solo attraverso questa linea di operatività sarà, a nostro avviso possibile determinare una maturazione significativa dell'intera collettività, che si renda partecipe e protagonista delle risposte, e del controllo dell'operatività delle strutture socio-sanitarie, il cui referente privilegiato, l'unico elemento di verifica deve diventare il 'territorio', in tutte le sue articolazioni e declinazioni, con tutti i suoi ritardi e contraddizioni; solo in tal modo infatti il servizio potrà diventare strumento di crescita e di maturazione, elemento di contraddizione rispetto al sociale, e non strumento di controllo e di una nuova, ma vecchia nella sostanza, forma di oppressione.

Personale medico e paramedico

Un primo problema reale, con cui si scontrano anche le esperienze più avanzate, è costituito dalla situazione del personale paramedico, che rischia di trovarsi completamente spiazzato rispetto alla nuova normativa che lo omologherà al personale sanitario dell'ospedale generale, senza essere in possesso dei titoli corrispondenti, rischiando una situazione di dequalificazione e blocco della carriera. In secondo luogo, esiste il problema del personale dal punto di vista della preparazione professionale: in moltissime situazioni infatti, il personale infermieristico, continua a svolgere funzioni esclusivamente custodialistiche, ed è quindi del tutto impreparato a svolgere i nuovi compiti che la legge gli affida.

L'obiettivo sarà quello di sviluppare una nuova professionalità, più funzionale ai bisogni dell'utente ed alla qualità della vita del lavoratore, attraverso la creazione della figura dell'operatore Socio-sanitario polivalente, che abbia una preparazione complessivamente sociale, medica e psicologica.

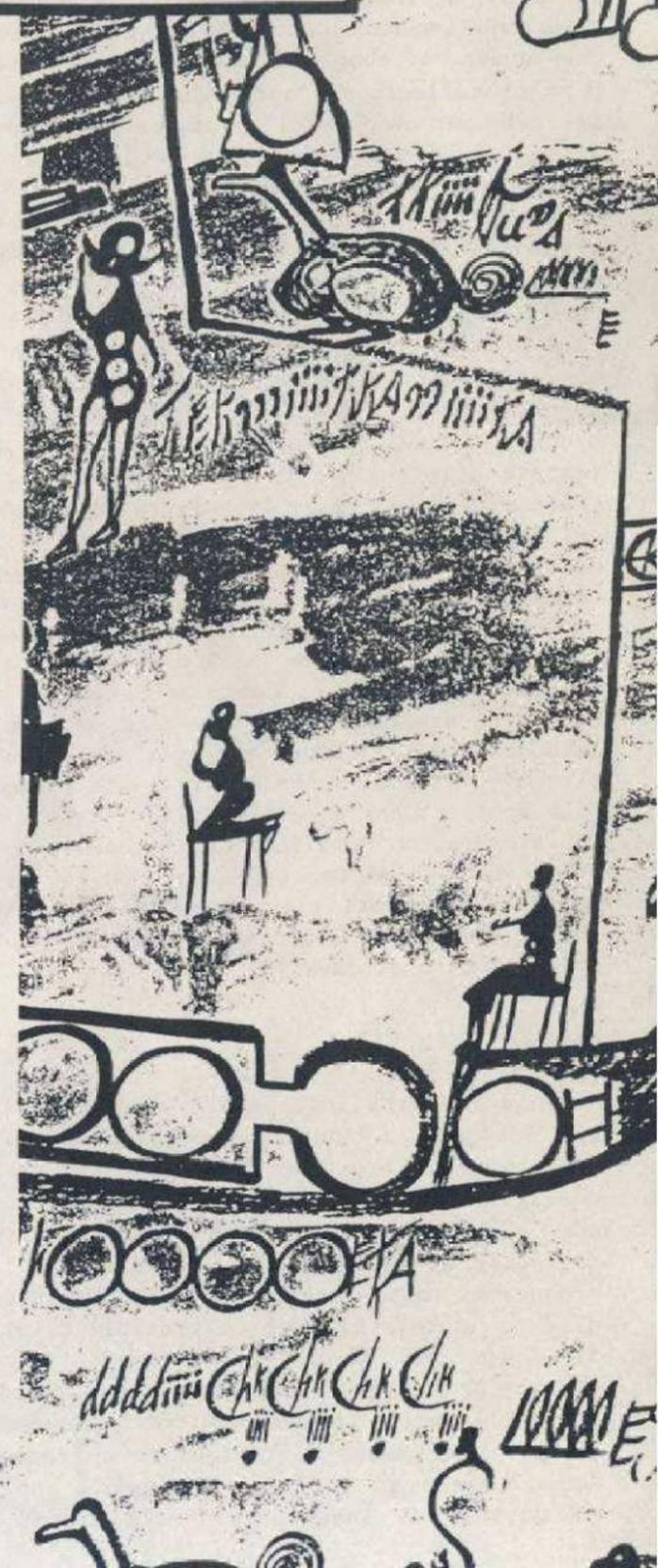
In realtà il problema della nuova professionalità riguarda anche molti medici, che svolgono tuttora e purtroppo, una pratica custodialistica; da qui il rischio, molto realistico, della medicalizzazione, giacché quello medico sarà l'unico modello rassicurante a cui la maggior parte dei medici potrà far ricorso, in alternativa al modello custodialistico; l'unico che gli consenta di continuare a gestire un potere separato ed incontestabile, al di fuori di ogni possibilità di verifica, condizione del tutto contraria a quella che si riscontra nella pratica del territorio.



Quanto detto finora non vuole assolutamente negare che la applicazione della legge comporti delle difficoltà, anche oggettive, ma solo affermare che tali difficoltà, non possono e non devono costituire un alibi per chi voglia disattendere la nuova normativa.

La nuova legge in realtà pone a ciascuno che operi nel settore una moltitudine di problemi, di vario genere e di varia natura; vorremmo sottolinearne ancora uno, che riguarda, paradossalmente, proprio le esperienze avanzate quelle cioè per le quali la legge non crea problemi di applicazione: il rischio a cui ci riferiamo è che la istituzionalizzazione formale, legislativa, della nostra pratica possa costituire una criminalizzazione della stessa; possa cioè togliere al nostro agire quel significato di alternative rispetto all'organizzazione sociale che ha finora avuto, ed anzi possa da quest'ultima essere utilizzata come strumento di controllo sociale della devianza, più capillare ed efficiente. E' indubbiamente un rischio imminente; noi pensiamo però che possa essere evitato se il nostro agire non si tradurrà in pura pratica tecnico-assistenziale ma continuerà a proporre contenuti di emancipazione, di lotta alla separazione, alle risposte preformate, a tutto ciò che opprime l'uomo, ai meccanismi distruttivi presenti dovunque, anche nel territorio, che come è giustamente stato detto, è una 'istituzione diffusa'. Pensiamo che la legge possa offrire, a chi voglia utilizzarla pienamente, gli strumenti per allargare la consapevolezza della collettività intorno alle tematiche connesse con il disagio psichico e con l'oppressione che ne è alla base, e, a partire da questa consapevolezza stimolare momenti di aggregazione e partecipazione della collettività alla gestione delle problematiche della salute che è la vera prevenzione aggregazione e partecipazione che sono condizioni necessarie ed indispensabili perchè la riforma complessiva della riorganizzazione sanitaria, all'interno della quale va costantemente ricondotta la riforma della assistenza psichiatrica, possa sostanziarsi di contenuti realmente innovativi, e non semplicemente riproporre, sotto una veste più aggiornata ed accettabile, gli stessi contenuti di sempre.

Vincenzo PASTORE
Renato PICCIONE



Silvio.

A Silvio Medos piacciono i cavalli. Me ne parla mentre siamo nel bar più elegante di Trieste, in Piazza Unità. Ha voluto che andassimo proprio lì a bere un Martini e a mangiare un buon dolce. Anche i dolci ben fatti, gli piacciono molto. Al bar mi parla con un'aria che non gli avevo mai riconosciuto in Ospedale, a suo agio, tra i frequentatori della domenica mattina. Mi dice che, fin da ragazzo, amava i cavalli e che la sua unica passione sarebbe stata quella di poter giocare ai cavalli, ma per giocare ci vogliono i soldi e, per avere i soldi, bisogna lavorare; aggiunge che, se però si lavora per avere i soldi, non si ha il tempo per andare a giocare ai cavalli.

Mi dice anche che ha pensato molto alla possibilità di andare a lavorare.

Da ragazzo, non aveva i genitori, era in collegio. Cercavano di insegnargli un mestiere. Pensava fosse opportuno imparare, così, con i soldi che avrebbe guadagnato, avrebbe potuto giocare ai cavalli.

Dopo il collegio, per poter giocare ai cavalli, ha lavorato per un po'. Ma i soldi non bastavano e si è arrangiato con qualche furto. Poi, dopo il riformatorio, è arrivato il manicomio.

Adesso ha 40 anni, venticinque in manicomio, e non ci voleva stare. Non gli era permesso di sapere nulla dei cavalli. Sfogliava con ansia i pochi giornali che di tanto in tanto arrivavano in reparto, alla ricerca di notizie sulle corse, i gran premi, gli ippodromi, i fantini, per tenersi aggiornato. Chiedeva con insistenza di andare via, di andare a giocare ai cavalli. Più chiedeva di uscire, più manifestava l'intenzione di andarsene, più duro era il trattamento che gli veniva riservato. Sempre chiuso nel reparto agitati.

Qualche anno fa, non appena con altri degenti del reparto, è andato a vivere in appartamento ed ha ricevuto il primo sussidio della Provincia, è andato subito all'ippodromo a giocare. E adesso mi dice molto convinto, che non occorre lavorare tanto, che sarebbe anche disposto a lavorare, ma bisognerebbe lavorare non più di tre ore al giorno; dice che, così com'è fatto il mondo, tutti indistintamente, belli e brutti, buoni e cattivi, malati e sani, potrebbero lavorare, con beneficio dell'economia del paese, due o al massimo tre ore al giorno, non ci sarebbero più disoccupati e tutti potrebbero avere tutto quello che occorre per vivere, per mangiare, e per poter giocare ai cavalli.

Nadia

Nadia è arrivata in ospedale che aveva quattro anni, nel 1951. È nata a Capodistria, sua madre e suo padre sono venuti a Trieste proprio in quegli anni. È figlia unica. I medici dicevano che aveva bisogno di cure, che la mamma si dedicasse di più a lei. La mamma doveva lavorare, erano anni molto poveri per tutti. Per quella famiglia non poteva esserci la possibilità di occuparsi di una bambina difficile. I medici hanno consigliato il ricovero nell'istituto psicopedagogico, che quella volta era nel manicomio.

A sei anni Nadia ha cominciato a frequentare la prima classe in istituto. In quegli anni nemmeno si parlava di inserimento nelle classi normali.

A SILVIO MEDOS

LA BALLERINA E IL CORPO

A undici anni la destinarono a diventare ballerina.

Dato il suo gusto delle contorsioni, delle smorfie e lo strano temperamento sembrò adatta a questa professione. Dinoccolata fino ad allora in ogni suo passo, imparò adesso a costringere i suoi legamenti elastici, le sue articolazioni troppo sciolte; attenta e paziente s'insinuava nelle dita dei piedi, nelle caviglie, nelle ginocchia, instancabile; assaliva, avida, le spalle strette e la curva delle esili braccia, spiava, vigile, il gioco del corpo rigido. Riuscì a sprizzar gelo anche nella più voluttuosa delle danze. A diciott'anni aveva una piccola figura leggera come seta, enormi occhi neri. Il suo viso lungo e con tratti decisi, quasi da ragazzo. La voce chiara, priva di civetteria e musicalità, concitata; un'andatura rapida, impaziente. Era fredda, vedeva distintamente l'incapacità delle colleghe e s'annojava ai loro lamenti.

A diciannove anni la colpì un mal pallido, che fece risplendere il suo volto di misterioso candore in contrasto con la crocchia dei capelli neroazzurri. Le sue membra si appesantirono, ma continuò a danzare. Quand'era sola, pestava il piede per terra, minacciava il proprio corpo e lo sottoponeva a pesanti sforzi. A nessuno parlava della sua debolezza. Digrignava i denti di rabbia per quella cosa stupida, infantile, che solo da poco aveva imparato a sottomettere.

Quando un giorno Ella si morse le labbra dal dolore, la madre si gettò sul divano e pianse per ore. Una settimana dopo l'anziana signora si decise e disse a sua figlia che così non poteva continuare, doveva andare all'ospedale. Ella non rispose una parola, lanciò solo uno sguardo astioso a quel volto rugoso, disperato.

Già il giorno seguente si recò all'ospedale. In carrozza pianse di rabbia sotto la sua coperta. Avrebbe voluto sputare sul suo corpo sofferente, lo schernì con amarezza; provava disgusto per la carne guasta con cui era costretta a convivere. Con muta angoscia aprì gli occhi quando tastò le membra che si sottraevano al suo dominio. Com'era impotente, oh com'era impotente! La carrozza strepitò attraverso il cortile lastricato. I portoni dell'ospedale si rinchiusero dietro di lei.

Ora la ballerina disimparò a parlare. Non sentì più il tono imperioso della propria voce. Tutto accadeva senza la sua volontà. Ogni giorno, quasi ogni ora, interrogavano la ballerina sulle faccende del suo corpo. Ben presto si trovò sospinta in uno stato di debolezza e d'oscura paura; le venne orrore di questo corpo. Non osava nemmeno toccarlo, sfiorarlo; fissava le proprie braccia, i propri seni, rabbrivì, quando si guardò a lungo allo specchio. La sua bocca inghiottiva medicine per dargliele da bere; seguiva le gocce amare che scendevano giù e pensava a quel che ne avrebbe fatto esso, il suo corpo, ah, l'infantile, tirannico, sinistro.

E dietro i suoi tratti decisi stava in agguato la rabbia per la venerazione che tributavano a lui, corrotto, in corruzione, mentre trascuravano lei, come fosse morta. Questo offendeva la tirannica. Imprigionò il corpo, l'incatenò. Esso ora le apparteneva, era la proprietà di cui ella poteva disporre. Abitava in questa casa, dovevano lasciarla in pace. Ogni giorno le percuotevano il petto con dei martelli e ascoltavano di nascosto la voce del suo cuore.

PIACCIONO I CAVALLI

Glielo dipinsero sul petto così che tutti potessero vederlo! Con ogni loro domanda le portarono via un pezzo di lei stessa. Le si avventarono addosso con veleni che erano più delicati degli aghi e delle sonde. Scoprirono ogni suo inganno, la ricacciarono completamente nella sua tana di volpe. Tutto le presero quei ladri, e così ella non si meravigliò di diventare ogni giorno più debole e di giacere nel suo letto pallida come la morte. Ma infine s'esperò e si difese. Ingannò i medici, non rispose alle loro domande, nascose la sua sofferenza.

Ma non poté fingersi a lungo così coraggiosa. Ogni giorno e ogni ora passava no le suore, le portavano cibo e medicine; a tutte queste cure la ballerina cedette. Abbandonò di nuovo il suo fantoccio, immersa in un cupo disprezzo si lasciò andare. Non le importava quel che succedeva. Un essere infantile giaceva nel suo letto e la rendeva infelice; perchè doveva lottare per lui, perchè invidiare gli onori che gli tributavano? S'abbandonò, sfinita, nel suo letto. Il corpo giaceva nuovamente sotto di lei, un brandello di carogna; non le importava nulla delle sue sofferenze. Avevano vite autonome. Il corpo era in grado di farsi capire dai dottori. Il loro successo e il deperimento del corpo risvegliarono in lei un'allegria eccitazione e una incontenibile gioia maligna.

Un mercoledì, quando dei soldati passarono vicino all'ospedale al suono di una squillante marcia militare, la ballerina s'alzò improvvisamente a sedere sul suo letto, lo sguardo acceso, le labbra contratte, tutta curva su se stessa. Un istante dopo una voce decisa anche se fioca chiamava la suora al suo capezzale. La ballerina voleva ricamare e chiedeva del filo di seta e della tela. Con una matita tracciò rapida uno strano disegno sulla stoffa bianca. Erano tre figure: un corpo informe, rotondo, su due gambe, senza braccia né testa, nient'altro che una grossa palla a due gambe. Accanto ad esso s'ergera un uomo alto dall'aria mite, con giganteschi occhiali, che sfiorava il corpo con un termometro. Mentre questi era così intento, dall'altra parte una ragazzina saltellante a piedi nudi gli faceva uno sberleffo con la mano sinistra e con la destra pinatava delle forbici appuntite dentro il corpo, dal quale schizzava un forte getto, come da una botte.

Volle danzare ancora, danzare. Volle danzare un valzer, dolcissimo, insieme a colui che era diventato il suo signore, il corpo. Con un moto della volontà riuscì ad afferrarlo ancora una volta per le mani, a gettarlo a terra, il corpo, l'animale inerte, a farlo volteggiare, ed esso non fu più il suo padrone. Un odio trionfante la scosse dal più profondo; non andavano più lui a destra e lei a sinistra, ma ora saltavano insieme. Volle farlo rotolare a terra, la botte, lo zoppetto, farlo rotolare a perdifiato, riempirgli la bocca di sabbia.

Con una voce divenuta all'improvviso roca, chiamò il dottore. Piegata su se stessa lo guardò in viso da sotto in su, lo vide osservare, stupito, il ricamo, poi gli disse con voce calma: "Tu, tu babbeo, babbeo, povero incapace". E gettando via la coperta, s'infilò le forbici da cucito nel seno sinistro. Da qualche parte, in un angolo della corsia, s'alzò un grido acuto. Anche nella morte la ballerina conservò l'espressione fredda, sprezzante intorno alla bocca.

da *L'assassinio di un ranuncolo e altri racconti* di Alfred Döblin

Fino a tredici anni ha frequentato le elementari imparando a leggere e a scrivere. La domenica veniva sempre qualcuno a farle visita: la mamma, il papà o più spesso la nonna. Usciva, andava in città, mangiava i dolci, vedeva i negozi, il mare, le barche, il tram, qualche volta andava alla stazione a vedere i treni. Le piaceva tutto. Il pomeriggio faceva qualche capriccio, sapeva di dover tornare in istituto. A tredici anni era diventata una perfetta malata, buona per passare al padiglione più su: in manicomio. Quasi tutti i bambini degli istituti psicopedagogici tra i tredici e i quindici anni, vengono promossi al manicomio per "continuare la cura".

La nonna è morta che Nadia aveva vent'anni. In tutti questi anni la mamma e il papà avevano, ormai, del tutto disimparato a vivere con la figlia. In fondo alla mamma di Nadia, come avete già capito, non era mai stato possibile vivere con la figlia.

Nel reparto del manicomio Nadia consumava la sua giornata tra il letto e il grande camerone-soggiorno dove erano rinchiuso tante donne. Era molto difficile parlare, avere un'amica; tante camminavano continuamente, si urtavano. Tutte disturbavano tutte. La maggior parte delle donne aveva molti più anni di Nadia. Con loro scambiava quelle pochissime cose che si potevano possedere: una caramella per una sigaretta, un pacchettino di biscotti per un fazzolettino. Con le poche coetanee ricoverate in reparto non riusciva a scambiare che poche parole. Voleva molto bene a Graziella, una giovane assistente sociale. Credo che fosse attratta dal modo dolce e disponibile di Graziella e le piaceva poter sperimentare come fosse delizioso esser oggetto di qualche attenzione, ricevere un bacio, un regalino.

Con l'ospedale che si apriva, Nadia ha cominciato a muoversi. Usciva spesso dal reparto, andava da Graziella; non sapeva dove altro andare e di andare fuori aveva paura. Si è aperto il bar e ha cominciato a spendere i soldi, le cento lire che ora chiedeva al posto dei regalini. Aveva capito che gli oggetti, i pacchetti di caramelle, le sigarette, le cartoline si potevano comprare e che le cento lire erano come gli oggetti.

Alla mamma e al papà ha cominciato a chiedere di restare a casa. Ora era capace di andarci da sola. Chiedeva di restare con molta insistenza. Sempre più spesso era suo padre a doverla ricomporre, in lacrime in ospedale. I genitori non si sentivano in grado, dopo vent'anni, di ricominciare a vivere con la figlia. La madre, tutte le volte che Nadia chiedeva di restare, le comprava in cambio del suo ritorno in ospedale, tante cose: le scarpe, la gonna, la borsetta, pacchetti di biscotti, succhi di frutta. Alla morte del padre, Nadia ha richiesto di nuovo e con insistenza alla madre di andare a casa. La madre ancora di più, essendo sola, si sentiva incapace di vivere con la figlia. Nadia ha cominciato a chiedere soldi a tutti. I negozi erano sempre pieni di cose, mille inviti costringevano a comprare. Non bastavano più duecento lire al giorno per soddisfare il suo bisogno di acquistare e consumare. Alcuni negozianti, di tanto in tanto, ci telefonavano per dire che Nadia era fastidiosa e che era difficile accontentarla. Ogni giorno andava da sua madre a chiedere soldi per comprare le sue cose. Soldi non si può dire ce ne fossero molti in quella casa, e qualche volta sua madre,

non potendo cedere alle sue insistenze, non apriva la porta lasciando che Nadia battesse anche per ore. I vicini di casa, sempre più infastiditi, in queste circostanze chiamavano la polizia. I poliziotti intervenivano, la riportavano in ospedale, ci suggerivano di tenerla chiusa, di non farla uscire perchè nei negozi e nei supermercati del rione dove abitava la madre protestavano infastiditi dalla presenza e dalle richieste di Nadia.

Nadia non sopportava più di vivere in manicomio, la città era troppo più bella. Voleva altro, non più il manicomio, e altro non era possibile darle se non permetterle di andare in giro, vedere, ascoltare, camminare, parlare.

Circa un anno fa Nadia ha fatto cadere la madre sulle scale, mentre insieme stavano uscendo di casa. La madre si è fratturata il polso ed è dovuta andare in ospedale e, con un po' di leggerezza, ha denunciato al poliziotto di servizio lo scaduto. Si è aperta un'inchiesta giudiziaria per accertare le responsabilità. Il giudice istruttore ha ordinato una perizia psichiatrica che ha riconosciuto Nadia inferma di mente. Per questo, pur ritenuta responsabile delle lesioni, è stata prosciolta in istruttoria ma inviata, perchè pericolo pubblico, al manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere per un minimo di due anni. Nel reparto del manicomio dove è ora rinchiusa, Nadia consuma le sue giornate nel grande camerone-soggiorno, dove sono rinchiusate tante donne. E' molto difficile parlare, avere una amica. Tante camminano continuamente, senza meta, quasi a voler misurare in lungo e in largo il grande camerone e camminando, continuamente si urtano. Tutte disturbano tutte.....

Michele

Ho conosciuto Michele quando un infermiere del reparto "C" sudici, si sentì in dovere di mostrarmi tutti i ricoverati che si trovavano nello stanzone-soggiorno. Dopo avermi indicate, con nome e diagnosi alcune persone che si trovavano immobili sulle panche o appoggiate al muro, mi disse, quasi con rispetto, indicandomi una persona che girava sempre in tondo, "quello invece è uno schizofrenico cronico. E' una persona che ha studiato: è uno dei tre famosi fratelli Esposito, tutti ricoverati in ospedale". L'"invece" stava ad indicare che non era un cerebropatico, frenastenico come i suoi compagni.

Era entrato nel 47 a diciassette anni. Era evidente che ora s'era accorto che si stava parlando di lui.

Continuava a parlare tra se, a camminare in tondo e spesso a orinarsi addosso. Ma tutti eravamo colpiti per l'ironia con cui sembrava osservare i nostri impacciati tentativi di cambiare le cose e tutti spontaneamente usavano il "lei" nel rivolgergli la parola. Poi cominciarono le uscite da reparto e le serate nel teatro dell'ospedale, dove circa da un'anno ormai si svolgevano manifestazioni ricreative e culturali, sia per gli ospiti di tutto l'ospedale che per la gente della città. Scoprii che anche se camminava in tondo, parlando tra se, apparentemente privato di qualsiasi rapporto col mondo, partecipava con interesse a tutto quanto succedeva sul palco scenico; canzoni, musica o recite: voleva

IL PROFESSOR



Poi nel reparto arrivava il professore, con gli aiuti, gli assistenti, gli infermieri e uno di questi portava la cassetta di legno lucido - 47cm. per 37cm. per 17cm. - e cominciava la cerimonia, pubblica perchè doveva essere esemplare ed avere l'effetto di moltiplicare la sofferenza e morale alimentando angoscia in quelle povere ossa accartocciate sui letti.(...) Il rituale prevedeva anche il contrappunto della voce "diversa" - gli ammonimenti le minacce, i consigli - del professore, il Professor GIORGIO CODA, psichiatra di Torino, l'uomo che avrebbe dovuto alleviare le pene dei malati dello Ospedale Psichiatrico di Collegno e usò 5000 elettromassaggi, portatori di nuovo atroce dolore.

(...) Giorgio Coda, il 12 Luglio 1974 fu riconosciuto colpevole dal Tribunale di Torino, condannato per maltrattamenti a 5 anni di prigione, all'interdizione perpetua dai pubblici uffici e all'interdizione per cinque anni dalla professione medica. I giudici hanno dichiarato nella sentenza che gli elettromassaggi transcranici e lombopubici non avevano scopi terapeutici ma punitivi, che i maltrattamenti erano illegittimi, che nell'ospedale si era creata una psicosi di terrore, un regime di vita inumano e vesatorio.

Con il processo allo psichiatra Coda, per la prima volta, nella loro storia di malati istituzionalizzati essi conoscono il diritto di parlare.(...) I matti escono dall'eterna clandestinità, come da una sorda prigione. Ritrovano l'identità smarrita negli stanzoni da lager di Collegno, gli si riconoscono diritti al pari degli altri: di chi è sano; quale che sia, il verdetto non potrà cancellare questa conquista di uomini che riguadagnano da se stessi il diritto di chiamarsi uomini.

Il malato? un veicolo della malattia. Il campo di una sfida. Il terreno della sperimentazione. Non lo schizofrenico, ma la schizofrenia, non l'alcolizzato, ma il delirium tremens. Imbottito di farmaci, punzecchiato di endovenose, sconvolto dagli elettroshock, imbambolato dalla paura, egli esiste in quanto ha una malattia: dentro il manicomio, è il suo unico patrimonio, la fonte dei suoi rari diritti, la ragione della sua stessa sopravvivenza, l'esegesi del suo opaco destino. Se il medico sovrasta e domina la malattia, il malato la subisce e le si arrende; l'uno possiede tutto, l'altro non possiede nulla; l'uno è lo stregone, l'altro il paria. L'uno ha la scienza, l'altro neppure la conoscenza. Su tale concezione si regge un sistema ancorato a molti valori, uno solo escluso: l'integrità della persona umana. In tale contesto e con tali limiti, anche Coda era un bravo medico. Un medico "all'avanguardia", come dirà di se stesso.

GIORGIO CODA

A domanda risponde: "Ho praticato circa 5000 elettromassaggi"

Dal diario di un ex degente del manicomio di Collegno, Mario M.: "Quando en tra in sezione mi mandarono in una cella chiusa senza sapere quello che mi doveva succedere. La mattina seguente mi portarono in reparto dove vidi una macchina su un carrello e mi dissero che dovevo mettermi sul letto, poi si avvicinarono due infermieri e mi misero in bocca una gomma, e delle cuffie sulle tempie e venne il medico e mi diedero della corrente. Non potete immaginare quanto male possa fare. Quando fu finito stavo per andare via, quando lui mi richiamò indietro e mi fece tirare giù i vestiti, così vidi a mettermi quei due pulsanti sulla parte genitale e a premere. Per me fu la fine di tutto e il male che sentivo non potrò mai dimenticarlo. Questa tortura così crudele continuò per parecchie mattine. Ricordo benissimo che quando venivano le ore nove per me era un grande tormento. La paura era tanta che tutte le volte dovevo andar fuori per potermi liberare dal vomito. Tutte le volte che mi trovavo di fronte a lui mi inginocchiavo per chiedere pietà e lui non faceva una mossa. Quando ero sul letto incominciava a premere quel bottone, io chiedevo pietà e lui diceva che non eravamo in un asilo infantile e che questo che mi faceva, lo faceva solo per darmi un esempio. Quando tutto era finito non potevo neanche camminare dal dolore e non vedevo l'ora di poter un giorno finire. Perfino nella notte sognavo quello che mi doveva succedere per un maniaco senza cuore. Anche se siamo malati ci va un pò di pietà. Voi non sapete quanto possa far male e rovinare una persona per tutta la vita....".

Relazione di un infermiere del manicomio di Collegno: Vittorio Leone. "Allora in nome della scienza se ne vedevano delle brutte. Ho prestato servizio per quattro anni alle dipendenze di un medico che, affermando la terapeuticità degli elettroshock, sperimentava le sue teorie sugli alcolopatici sui catatonici, e perfino sui morti per vederne le reazioni. Questo tipo di terapia si chiamava elettromassaggio: consisteva nell'applicare due elettrodi alle tempie del paziente e poi, anziché dare la corrente in misura da far perdere la coscienza, nell'agire alternativamente sul pulsante, procurava infinite scariche con un effetto che doveva essere terribile. Basta pensare che per tenerli fermi si doveva essere almeno in tre o quattro sorveglianti ben robusti. Tutto questo alla presenza dei candidati a tale tortura, che nel frattempo attendevano il loro turno distesi in fila sui letti, terrorizzati dalla paura e invocanti ad alta voce di non sottoporli al trattamento, promettendo di non bere più. Infatti questa terapia veniva effettuata in prevalenza sugli alcolisti. Il "luminare della

restare sempre fino alla fine. Non voleva mai stare con gli altri suoi compagni di reparto, ma dignitosamente in disparte.

Il reparto "C" (ex reparto agitati e in seguito reparto sudici), era rimasto come la più acuta contraddizione nell'ospedale in trasformazione, esempi di custodia intesa come mantenimento della pura sopravvivenza fisica. Al "C" vi era un certo numero di bambini handicappati, nessuno ha mai pensato di insegnare loro a parlare, a mangiare, a pulirsi o a tenersi puliti, a vestirsi. I degenti messi in fila venivano lavati col getto d'acqua di un tubo di gomma da giardino e insaponati con la scopa. Le porte erano aperte, ma nessuno usciva: tutti stavano seduti sulle panche e appoggiati al muro, senza espressione né desideri, quasi nessuno usava più il gabinetto e, se lo faceva, non poteva pulirsi o lavarsi. Chi non mangiava da solo veniva imboccato a tempo di record. Non c'erano tovaglioli né tovaglie.

Quando si cerca di parlare con Michele, si allontana, parla da solo; continuamente e a bassa voce. Da un po' di tempo ha cominciato ad inserire dei "sì", dei "no", dei "ma sì" nelle risposte. Ubbidisce a tutto quello che gli si dice di fare, con distacco. Lo accompagnamo sempre al gabinetto. E' stato quando abbiamo cominciato a frequentare l'ex asilo che ci siamo accorti che era capace di scrivere, di leggere e che se gli si diceva di disegnare il sole, scriveva "SOLE" infinite volte. Riusciva a scrivere anche pensieri semplici. Gli ho chiesto di scrivere il suo nome. Ha scritto quattro-cinque volte la frase "come ti chiami" senza risposta.

Non mi guarda in faccia e quando sono io a guardarlo si volta dall'altra parte senza smettere di parlare. Il 12 marzo del 1975 stupì tutti mettendosi da solo le scarpe e allacciandosi correttamente le stringhe. In quei giorni siamo andati a trovare il fratello Giulio. Dopo un po' di disagio Michele ha alzato gli occhi e lo ha guardato a lungo immobile e silenzioso. E' stata la prima volta che ha guardato in faccia qualcuno, e da quella volta ha cominciato a guardare in faccia anche me.

Ora si cerca di far vivere Michele in un altro reparto. Durante il giorno sono sempre con lui. In questo reparto tutti sono autonomi. Michele è aiutato da tutti. Ora tiene bene i suoi vestiti; basta accompagnarlo al gabinetto, non si orina più addosso. Guarda in faccia a tutti.

Giovanni.

Ho conosciuto Giovanni al reparto "P", mentre, nel camerone, come al solito, negli ultimi vent'anni, era occupato a rifare i letti. Con poche parole dette sottovoce si è presentato e si è mostrato ossequioso nei miei confronti, perché ero il suo medico.

Giovanni periodicamente mi scriveva una lettera con allegate 500 lire dove, con linguaggio frammentario e a tratti "incomprensibile", mi chiedeva un pezzo di terra in ospedale; se era il tempo della semina per seminare il grano, se era il tempo delle patate per zappare le patate. Le 500 lire erano il prezzo che voleva pagare perché io mi interessassi al suo caso. Gli infermieri

del reparto mi raccontavano come oramai da anni, non ricordavano più quanti, Giovanni scriveva lettere in tal senso e, a loro dire e dei medici che mi avevano preceduto, quello scrivere così strampalato, incomprensibile ed il voler pagare la terra con 500 lire era il segno inconfutabile della sua malattia.

Giovanni era e sarebbe rimasto "schizofrenico". Aveva circa cinquant'anni quando l'ho conosciuto; metà della sua vita l'aveva passata in manicomio. Tentavo a volte di capire di più discutendo con lui, ma i miei tentativi rimanevano frustrati. Giovanni continuava a parlare sottovoce, alitando le parole, dimostrando in questa maniera, secondo me, tutto il rispetto ed il terrore che egli aveva del medico e di tutti coloro che avevano potere su di lui.

Siamo usciti una volta insieme in macchina e, per fare questo ho dovuto insistere una settimana. Dopo quella passeggiata e dopo esserci fermati in un bar, Giovanni, che non riusciva a rendersi conto di come un medico ed un infermiere potessero andare fuori con lui e con altri degenti, parlare insieme, stare seduti allo stesso tavolo, voleva ricompensarmi come al solito con una lettera con allegate le 500 lire.

Sono venuti gli artisti, e, dopo altre insistenze perchè Giovanni non voleva venire, Giovanni ed io insieme a tanti altri, siamo andati al "laboratorio P".

Nei giorni successivi, al laboratorio, in una situazione in cui più immediato era il contatto fra le persone, Giovanni mi ha parlato dei fratelli che erano a Trieste. Ho ritrovato i fratelli e, per la prima volta dopo vent'anni, Giovanni è stato in visita dal fratello. Da questo primo incontro ne sono scaturiti altri ed abbiamo progettato una rimpatriata a San Giovanni di Umago (oggi in territorio jugoslavo).

I parenti mi chiamavano in disparte e, un po' colpevoli, mi chiedevano se era "pericoloso". Il fratello Antonio e sua moglie, dopo un paio d'ore di dialogo, sempre chiamandomi in disparte, mi hanno chiesto se era possibile che, per prova, Giovanni rimanesse a casa per qualche giorno durante la prossima primavera. Siamo ripartiti con la promessa che saremmo ritornati di lì a poco e con la sicurezza che Giovanni cominciava finalmente a concretizzare i suoi desideri "incomprensibili" che tante volte aveva cercato di esprimere.

Giovanni, il 22 marzo del 1973, con la primavera, è tornato a San Giovanni di Umago. Lavora nella terra rossa, la terra di cui parlava nelle lettere, va a pescare di notte con il fratello Antonio e con i nipoti. Al pomeriggio ripara le reti. Ha un suo posto e una sua dignità.

Giovanni, dal marzo '73, è stato sempre ad Umago e, a poco a poco, ha recuperato sempre più spazio. Nel giugno '75 Antonio ha cominciato a star male, le gambe si sono fermate, la memoria lo aiutava poco e dormiva male. I parenti, e Giovanni stesso, hanno detto, pensando che il manicomio aveva guarito Giovanni, che venisse anche lui. E così Antonio è venuto a ricoverarsi nel reparto dove era stato Giovanni per tanti anni e, mentre Antonio era ricoverato a Trieste, Giovanni svolgeva tutte le funzioni proprie di Antonio nella casa al paese. Settimanalmente Giovanni tornava in manicomio a trovare suo fratello, che questa volta era ricoverato.

scienza" soleva accompagnare le scariche elettriche con frasi come: "Bevi ancora?" "Il Barbera è buono?". Mi ricordo di un malato che dopo una lunga lotta era riuscito a sfuggire e a buttarsi sotto il letto. Aggrappato come era alla rete non riuscivamo a tirarlo fuori e il medico dava ordine di applicargli gli elettrodi in quella posizione. Il trattamento "terapeutico" veniva così effettuato ugualmente senza aver avuto il tempo di mettergli la gomma tra i denti, in modo che non si morsicasse la lingua. Molti sono oggi i ricoverati che si trovano con pochissimi denti in bocca, grazie a questi "trattamenti terapeutici". Per gli omosessuali la terapia era l'elettromassaggio pubico. Consisteva nell'applicare gli elettrodi uno sul basso ventre e uno sulla spina dorsale. Il più delle volte dopo alcune scariche elettriche si verificava una fuoriuscita di feci e sperma, dovuto al rilassamento dei muscoli, sottoposti al passaggio della corrente. Le urla erano agghiaccianti."

Dall'intervista a Coda sul 'Messaggero': "La mia sensazione era che il trattamento servisse per il dolore che provocava: riflessi condizionati cioè. Certamente - e parlo dell'enuresi - la mia cura, l'elettroshock lombopubico, era molto meno dolorosa delle iniezioni intra-trachidee di acqua distillata. Io poi cercavo di uscire dai metodi conformisti ed inutili. In verità ho avuto anche dei risultati davvero brillantissimi. Del resto l'elettroshock transcerebrale che io usavo era un'alternativa meno grave e dolorosa dei lunghissimi periodi di contenzione a letto cui i malati di Collegno erano sovente costretti, però - appunto - mai i miei.

Si sentiva la testa stretta da una morsa e poi basta (...). A quell'epoca, si usava anche la lobotomia prefrontale. Contro l'aggressività. Insomma si tagliava il cervello a fettine. Io mai. Come funzionava questo trattamento? Si facevano due buchi nella calotta cranica, qui davanti, o anche si scoppiava la testa; poi si introduceva uno specillo che recideva gli afferenti corticali o sottocorticali. Insomma il malato diventava completamente idiota. Sì, questo trattamento è stato applicato anche a Collegno. Provi lei a interrogarne uno di questi malati: non potrebbero più accusare il medico, perchè non possono parlare. I miei pazienti, invece, possono parlare, ecco me! Stanno, insomma molto meglio di quelli (...).

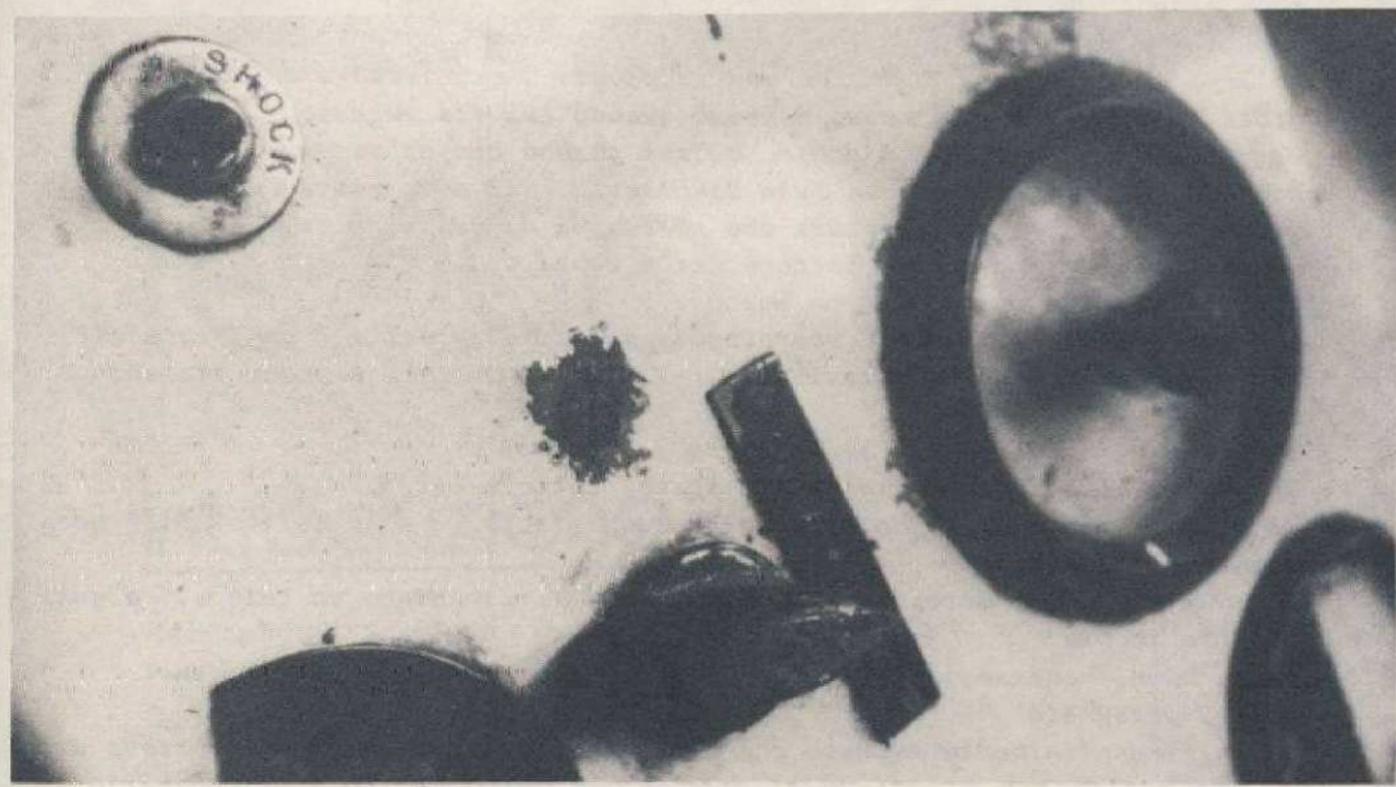
Per un anno, non di più l'insulinoterapia. Iniezioni di insulina a dosi massicce, per provocare uno shock violento. Ma poi ho visto che i pazienti non miglioravano, la casistica era delle peggiori e ho smesso.

(...) La mia cura è più teatrale, si presta meglio ad essere criticata, colpisce l'immaginazione assai maggiormente che non il malato legato al letto. Francamente è l'unica spiegazione possibile alle accuse contro di me. Ma non ripeterei più quelle cure. Intanto, perchè esistono gli psicofarmaci, poi perchè ho capito che l'aggressività dei malati spesso crea soltanto una reazione al loro sentirsi esclusi. Oggi con questi malati ci ragionerei. Allora, noi psichiatri, questo particolare non lo comprendavamo".

Quando gli avvenimenti precipitano e Coda è formalmente incriminato, la sua linea difensiva si smarrisce. Le argomentazioni dotte si spezzano e si sfilacciano contro gli scogli di rognose contestazioni. Coda è costretto a scendere nei dettagli, a dare spiegazioni, a rammentare circostanze.

Dal verbale d'interrogatorio del 27 Marzo 72: "Le applicazioni di elettroshock a bassa intensità, per il loro carattere doloroso, potevano essere interpretate come punitive mentre in realtà non lo erano affatto, perchè avevano lo scopo di modificare i comportamenti anormali e in special modo violenti. Per questi comportamenti vi erano in quell'epoca soltanto quattro forme di cura: l'elettroshock Cerletti; la pirito-terapia; i sedativi a forti dosi; la contenzione prolungata. L'elettromassaggio era un surrogato dell'elettroshock, che aveva il vantaggio di non provocare gravi lesioni e di non incidere sul cuore.

A DOMANDA RISPONDE: "A Collegno ero il solo a praticare tale tecnica. L'avevo imparata dal dottor Treves, come modifica dell'elettronarcosi. I colleghi mi inviavano i loro malati quando ritenevano che necessitasse un



intervento sedativo. Io mi rimettevo al loro parere e giudicavo quale terapia fosse più adatta al soggetto. Escludo pertanto, che gli elettromassaggi avessero scopo punitivo. Per quanto riguarda i casi di cui alle testimonianze, ricordo che il De Cicco era un masturbatore da schizofrenia e l'applicazione dell'elettroshock lombopubico aveva lo scopo di far interrompere l'azione masturbatoria ripetuta. La dottrina ritiene che l'effetto di tale tipo di elettroshock è duplice: cioè quello di attivare la coscienza e quello di ingenerare nel paziente un condizionamento negativo da paura. Tali effetti si raggiungono nel caso di masturbatori, perdita d'urina e anoressia.

(...) Durante l'elettromassaggio avveniva qualche volta, ma assai raramente che per la contrazione dei muscoli facciali mandibolari il paziente si rompesse qualche dente, nonostante avesse tra i denti l'apposita gomma che aveva lo scopo di evitare morsicature della lingua ove il paziente avesse un eccesso convulsivo.

Ritengo che tra le varie terapie sedative operate all'epoca, l'elettromassaggio in tutte le sue forme, fosse la meno dolorosa e al meno traumatizzante.

Dal verbale d'interrogatorio dell'11 aprile 73: "Confermo nei fatti le dichiarazioni da me precedentemente rese. Escludo qualsiasi volontarietà da parte mia nelle lesioni che sarebbero state causate alle persone di cui al capo d'imputazione. Contesto che le applicazioni elettriche abbiano potuto provocare le lesioni lamentate dalle parti lese. Non ho mai saputo delle lesioni, altrimenti in tal caso avrei provveduto a farle curare idoneamente dallo specialista dentista, com'era consuetudine quando un malato aveva il mal di denti."

"(...) Per ciò che riguarda gli incontri di pugilato, ribadisco il loro carattere puramente pedagogico. Contesto che durante il periodo di mia direzione, si siano verificati, su mio ordine, episodi di contenzione al letto, per punizione e tanto meno al termosifone."(...)

Nessun psichiatra di Collegno, durante tutta l'istruttoria si è presentato a testimoniare contro Coda.

*Non risulta che in quegli anni la direzione sanitaria di Collegno si preoccupasse delle cure dentarie dei ricoverati.

Laura.

Stavo a Subbiano, il babbo era contadino... E la mia mamma mi prese, mi mise in collegio, dopo di lì mi mise in manicomio, io avevo tre anni. Perché andavo in qua e in là, dalle macchine, avevano paura che andavo sotto a una macchina, loro avevano paura, non potevano guardarmi, andavano a lavorare, sicché mi mise in manicomio. Sempre qui dentro, sò venuta a tre anni, non sò più andata via...!

La mamma col babbo era divisi, prima stava insieme, ma dopo era divisi: io ero la prima, il mio fratello la mia sorella e quell'altra l'ultima... E il mio zio ha detto: "Non pigliarla perché tanto viene a pigliarla la mamma" dice, la mamma dopo morì e non è più rivenuta...

A trovare mia sorella volevo andarci, ma io un ci ho tanta voglia perché loro vengono difficile a trovarmi, ... il suo marito ha detto: "Sì lunedì, vengo a te a prenderti", e l'ho veduto? io no! Mi pigliano pel culo, loro un gliene frega niente di me, io manco io, io ci ho manco voglia di andare a trovarla.

Io senti, avevo la pensione, veniva il mio cognato, prima riscotevano loro... poca la pigliava per la benzina, per venire a trovarmi, per portarmela a me, e poi poca me la portava a me. E io mi ero accorta troppo tardi, se m'ero accorta prima io lì pigliavo subito, andetti dal dottor Barnà...

Quando ero cresciuta, so' stata alle Inquiete, mi prese l'infermiera, mi prese, mi legò, mi torse il braccio, m'impannucciò con l'acqua... co' un cencio impannucciò, un cencio bagnato in faccia, poi lo stringeva forte! E le davano le chiavi, faceva battere il capo in terra, faceva battere, tutto faceva! Per non esser calma e bone faceva questi lavori, le legavano così, chi i piedi, le mani, e faceva di tutti, chi in cameretta.....

E una malata... una stata in cameretta... metteva la merda su per il muro, ora è morta quella lì, morì, una volta andò il dottore, prese questa Margherita, prese la merda, prese, la tirò al dottore, non l'acchiappò mica perché prese l'uscio, richiuse. Quando andava in camera la mattina sette o otto infermiere andava a lavare, toccava sempre chiamar me, perché l'infermiere avevano paura di questa malata: questa malata a me mi voleva bene come al suo marito, a un figliolo.... Anche sola io andavo, a me questa malata mi faceva nulla.

Ora l'ospedale è cambiato, chi ha la libertà, chi va via, c'è tante cose, è meglio ora, i malati ora son più contenti. Ci ho un amico, a Casa-famiglia omini, due, no, tre, si va d'accordo, scherzano: ma non trovo amici, non tanto, sto meglio sola.

Mio fratello ci ha i figlioli, la Maria, Alberta, dopo c'è un maschio. Non me le ha viste le fotografie?... Ora gli ho comprato la bambola, grande così c'è un disco di dietro, se la prendi per mano cammina. Ora dico, "Quando sei grande Albertina, te la regalo." perché ce l'ho qui. Come faccio a portarla? Mi tocca metter sul treno, ma io.... La bambola io ce l'ho sopra l'armadio dove c'è le valigie, perché lì tante volte vengon malati, vengon dentro, ma io non la voglio toccare: è col cappello, è lassù in cima, sopra i lenzoli, c'è le valigie, le ho coperte perché non piglia la polvere.

Elvira.

Io, quando ero giovane, mi sono confusa con un uomo, un giovane che eravamo quasi uguale di età, e tutto

è andato a finire male, mi ha tradito e mi ha lasciato una bambina. Questa bambina mi ha portato nei guai: io ero rimasta senza casa, senza niente, avevo la bambina per la strada e ho dovuto metterla in collegio; però in collegio gli ero vicino: ho trovato una piccola casupola e sono stata vicina a lei. Lui era soldato, è tornato, non ha voluto sapere niente, più niente mai, e da allora io incominciai a sentirmi male. Però io tirai avanti.

Si era nel '44 la bambina era piccola. Sicché io la bambina ho dovuto metterla in collegio per arrangiarmi, per lavorare, e tutti mi davano il lavoro tutti mi aiutavano, m'hanno fatto studiare la bambina in collegio, m'hanno fatto di tutto, perché ero una donna onesta, una donna che non c'era niente da dire, insomma, cercavo il lavoro e nient'altro.

Poi dopo è stato un bel punto che io non ce l'ho fatta più, la bambina aveva dodici anni, io mi sono ammalata, e ho dovuto lasciare il lavoro, ho dovuto internarmi. Non potevo più stare in casa: avevo questa casa da sola, e piangevo e mi disperavo: allora il vicinato seran tutti accordati di aiutarmi, di potermi curare. Però curarmi in casa non mi potevano curare perché ero sola e tutti non potevano venire a curarmi in casa. Sicché ho dovuto internarmi.

Quando m'hanno portato qua, la Croce Bianca, mi hanno scaricata qui davanti e mi ha preso una suora, a braccetto, mi portò giù alla vigilanza e mi ha detto: "Li rompi i vetri te?" e io: "I vetri, io? Io? i vetri? Perché devo rompere i vetri?" io dicevo no? "Ma che mistero è questo?" io dicevo. "Perché devo rompere i vetri?"

Dopo successe che io dopo otto mesi sono andata a casa, nella mia casa, quella piccola casupola. E da lì dopo ho ripreso il mio lavoro, sono riandata ai tabacchi, hanno riaperto i tabacchi, e io sono andata a lavorar di nuovo. Son stata tre anni, mi son riammalata, son ricascata di nuovo, però senza aver motivo di niente, io son ricascata, forse il motivo era perché io non ero tranquilla.

Son tornata, sono diventata depressa: e sono diventata pesante, e sembrava che fossi stata un quintale, per camminare mi ingrossavo le gambe, non potevo camminare, ero mortificata, mi sentivo...

Dentro la camerata c'era sette letti, in questi sette letti c'era sette malate, tutte legate erano. Io quando ho visto queste malate legate, che se cosavano, poarine, da sé, per liberarsi, io mi sono impaurita. Invece di andar su di morale, io andai giù di morale, e da lì successe che cascai ancora di più. Io avevo paura e berciavo, strillavo, avevo paura a star lì, allora mi dicevano: "Stai, e se tu strilli vai alle inquiete, sai!"

Il reparto inquiete, com'era, signorina! Era una tortura veder torturare la gente, vedere la gente in una stanza mangiarci, beberci, pisciarci, farci popò, tutto quanto! Una cosa incredibile! Poi dormivano nell'alga, l'alga lo sa che è? Dormivano nell'alga senza camicia, senza niente, le buttavano là... A me però mi lasciavano fare, perché io ero lucida, capito?

Io son rimasta in tutto più di vent'anni. Dal '71 ho visto tanti cambiamenti. Mandavano a gruppi, a gruppetti però non come ora che mandano così liberamente a Arezzo, insomma, allora mandavano a gruppetti, due o tre donnine al bar dell'ospedale, ma mandar fuori non è mica tanto che mandano fuori andar fuori la gente respinge, capito?

- Buon giorno, dottore.

Il dottore rispose al suo saluto, ma nel farlo non guardò Rjuchin, bensì Ivàn Nikolàevic, che sedeva immobile con la faccia incattivita e le sopracciglia aggrottate, e non si era mosso nemmeno quando lui era entrato.

- Ecco, dottore, - disse Rjuchin, chissà perché con un sussurro di mistero, dando un'occhiata impaurita a Ivàn Nikolàevic, - il noto poeta Ivàn Bezdomnyj ... ecco, vede ... abbiamo paura che si tratti di delirium tremens.

- Beveva molto? - chiese il dottore fra i denti.

- No, beveva ogni tanto, ma non molto ...

- Non tentava di acchiappare scarafaggi, ratti, diavoletti o cani randagi?

- No, - rispose Rjuchin sussultando, - l'ho visto ieri e anche stamani ... era perfettamente normale.

- E perché è in mutande? L'avete preso dal letto?

- E' venuto al ristorante in quello stato, dottore ...

- Ah, ah, - commentò il dottore molto soddisfatto; - e le ferite? Si è accigliato con qualcuno?

- E' cascato da un muro; poi al ristorante ha picchiato un tale ... e qualche altro ancora.

- Bene, bene, - disse il dottore e, rivolgendosi a Ivàn; - Buongiorno!

- Salve, parassita!

Rjuchin rimase talmente turbato che non osò alzare gli occhi sul cortese dottore. Ma quello non si offese affatto e con gesto svelto e abitudinario si tolse gli occhiali e sollevando un lembo del camice, li ripose nella tasca posteriore dei pantaloni. Poi domandò a Ivàn:

- Quanti anni ha?

- Ma andate tutti al diavolo! - gridò Ivàn bruscamente e girò la testa.

- Perché si arrabbia? Le ho forse detto qualcosa di sgradevole?

- Ho ventitré anni, - disse il poeta eccitandosi, - e spogerò querela contro voi tutti. Specialmente contro te, pidocchio! - aggiunse rivolgendosi in particolare a Rjuchin.

- E perché vuole dare querela?

- Perché hanno preso me, che sono sano, e mi hanno trascinato a viva forza al manicomio! - rispose Ivàn con ira.

- Lei non si trova al manicomio, - disse tranquillamente il medico sedendosi sopra uno sgabello bianco con le gambe cromate, - ma in una clinica, in cui nessuno la può trattenere se non ce n'è bisogno.

Ivàn Nikolàevic gli diede un'occhiata di traverso, incredulo, ma bofonchiò:

- Grazie a Dio! Finalmente una persona normale, dopo tanti idioti e inetti citrulli, primo fra tutti Saska!

- Chi è questo inetto Saska? - domandò il dottore.

- Eccolo qua; è Rjuchin, - rispose Ivàn additandolo con l'indice sporco.

Rjuchin arrossì di sdegno. "Bel modo di ringraziarmi", pensò con amarezza, "per essermi occupato di lui! E' una vera canaglia!"

- Insomma, perché l'hanno portato qui da noi? - domandò il medico dopo aver ascoltato con attenzione le sferzate di Bezdomnyj.

- Mi permetta di domandarle: perché si è recato al ristorante con la sola biancheria?

- Non c'è niente di strano, - rispose Ivàn; - avevo fatto il bagno nel fiume e mi avevano fregato i vestiti lasciando in cambio questa porcheria! Non potevo mica andare in giro nudo per Mosca! Mi sono messo addosso quello che c'era perché avevo fretta di arrivare a Griboedov.

Rjuchin non aveva voglia di parlare ma dovette spiegare come stavano le cose:

- Stasera il direttore della "Massolit", Berlioz, è andato sotto un tram, agli Stagni.

- Non mentire, tu non sai niente! - urlò sdegnato Ivàn a Rjuchin. - Io vi ho assistito, non tu! L'ha cacciato apposta sotto il tram!

- L'ha spinto?

- Ma chi ha detto "spinto"? - esclamò Ivàn irritato dalla balordaggine generale. - Uno come quello non ha bisogno di spingere! Può fare certe cose ...!

Sapeva in anticipo che Berlioz sarebbe finito sotto il tram!

-Qualcun'altro, oltre a lei, ha visto quel consulente?

- Questo é il guaio, soltanto io e Berlioz.

- Bene. E' quali misure ha preso per acciuffare questo assassino? - A questo punto il medico si voltò e gettò uno sguardo alla donna in camice bianco seduta in disparte ad un tavolo, che tirò fuori una scheda e si mise a riempirla.

- Ecco quali misure: ho preso un cero nella cucina ...

- Questo? - chiese il medico indicando una candela rotta, posata insieme all'icona, sul tavolo davanti alla donna.

- E l'icona a cosa serve?

- Già la piccola icona ..., - disse Ivàn arrossendo; - è l'icona che li ha spaventati di più, - e indicò nuovamente Rjuchin. - Ma il fatto è che lui, il consulente, lui ... parliamoci chiaro ... se la intende col maligno ... Non è certo una cosa semplice acciapparlo.

- Sì, - continuò Ivàn, - se la intende! Questo è un fatto. Ha parlato personalmente con Ponzio Pilato. Non c'è bisogno di guardarmi a quel modo. Dico la verità! Ha visto tutto, le palme, il portico. Insomma è stato da Ponzio Pilato; lo posso garantire.

- Be', be', be' ...

- Mi sono dunque appuntato l'icona sul petto e via di corsa!

Un orologio batté due colpi.

- Ehi! - esclamò il poeta alzandosi dal divano; - sono le due e io me ne sto a perdere il tempo con lei. Scusi, dov'è il telefono?

- Lasciatelo andare al telefono, - ordinò il medico agli infermieri. Mentre Ivàn afferrava il ricevitore, la donna domandò a Rjuchin:

- E' sposato?

- Scapolo - rispose Rjuchin sgomento.

- Iscritto all'unione professionisti?

- Sì.

- E' la polizia? - urlava intanto Ivàn nel ricevitore. - Parlo con il commissariato? Compagno di turno, provveda subito ad inviare cinque motociclette armate di mitragliatrici per la cattura di un consulente straniero. Come? Passate a prendermi, verrò io stesso con voi. Parla il poeta Bezdomnyj; dal manicomio ... Qual'è il suo indirizzo? - chiese, sottovoce, al dottore che prendo il ricevitore con la mano; poi gridò di nuovo: - Mi sentite? Pronto! ... E' uno scandalo!

Rjuchin si mise a tremare. La donna schiacciò un bottone sul tavolo e sulla superficie di vetro apparve una scatolina lucida e una fiala sigillata.

- Ah, è così?! - fece Ivàn gettando attorno uno sguardo feroce, da animale braccato. - E va bene ... Arrivederci!!! - e con la testa protesa in avanti si gettò contro la tenda della finestra.

Si sentì un tonfo abbastanza forte, ma il vetro dietro la tenda non si incrinò neppure e un minuto dopo Ivàn si dibatteva tra le braccia degli infermieri. Rantolava, cercava di mordere, urlava:

Lo tennero fermo ancora per qualche istante, poi lo fecero sedere sul divano.

- Banditi! - gridò il poeta balzando dal divano, sul quale venne messo nuovamente a sedere.

- Siete riusciti a rinchiudermi, - mormorò, sbadigliando ancora una volta.

Poi posò la testa sul cuscino, appoggiò la guancia sul pugno chiuso, come un bambino, e con voce già assonnata, senza astio borbottò: - E va bene ... la pagherete ... io vi ho avvertiti, fate come volete ... Per adesso mi interessa più di tutto Ponzio Pilato ... Pilato ...

E a questo punto chiuse gli occhi.

- Dottore, - chiese sottovoce Rjuchin stupefatto, - è veramente malato?

- Eh, sì.

- E che cos'ha? - domandò ancora Rjuchin timidamente.

Il medico lo guardò con stanchezza e rispose:

- Eccitazione dei centri motori e della parola ... Interpretazioni deliranti ... Un caso visibilmente complesso. Schizofrenia, probabilmente. Ed inoltre alcoolismo ...

A Arezzo, però... Come parlare, fuori, non c'è nessuno che parla insieme, chi c'è che parla con noi? Per esempio, hanno provato già a cercare dei quartieri, per metterci dei malati, un quartierino per metterci tre o quattro o cinque malate, ma non c'è stato bene di poter trovare niente. C'è poca alleanza, poca vicinanza c'è tra noi e fuori.

Filomena

Ho incominciato a lavorare in miniera a vent'anni, io ero la caposquadra. Allora io a vent'anni, quando ho finito le scuole ... non è che avessi proprio finito, ho smesso perché avevo bisogno di soldi, avevo bisogno di lavorare, perché ero troppo, troppo assoggettata alla mia sorella, vivevo con mia sorella e mio cognato. I miei genitori erano già morti.

Penso che sia stata mia sorella che m'abbia fatto portare in ospedale, perché c'era mio cognato che brontolava ...

Ma io non ... quando mi hanno portata nell'ospedale io non avevo niente, io sono diventata matta! Sono diventata matta vivendo nell'ambiente, in quell'ambiente!

Ma io non è che abbi fatto nessuna stranezza perché m'avessero portata al manicomio. Io ci rimasi tanto male quando mi vidi al manicomio, perché ... una volta stata in un manicomio, una non è più creduta, non è più considerata, né dai suoi né da nessuno, e questa è un'umiliazione tanto grande.

Non lo so perché gli altri sono venuti qui, questo io non glielo so dire. Io, per esempio, sono ancora qui perché mio fratello non mi piglia.

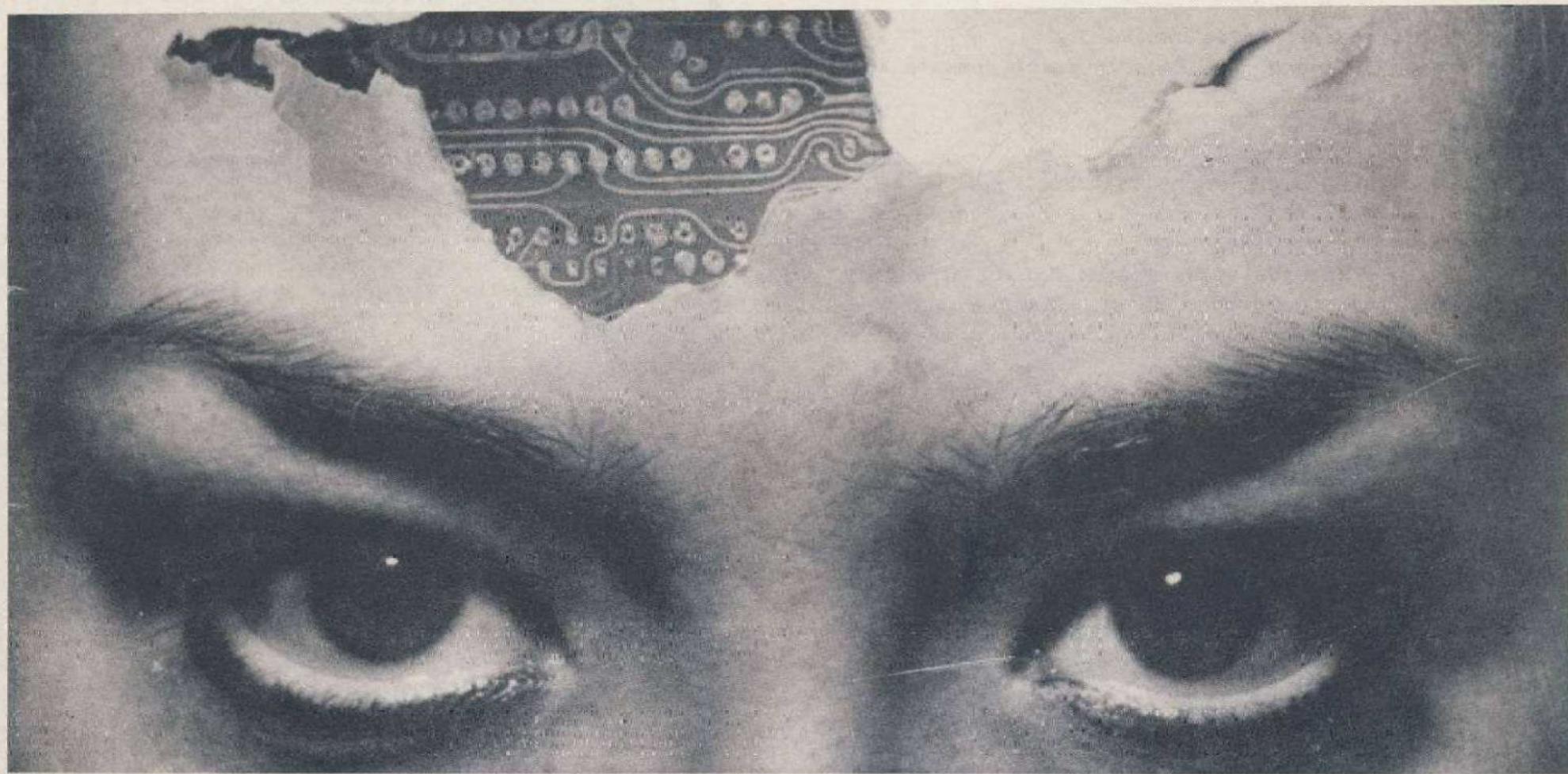
Una che è per uscire da qui, per stare proprio bene bisogna che trovi anche un altro ambiente più ... e per me uscire da qui e andare a casa è già una cosa grande, ma uscire da qui e andarmene in un ricovero, me ne sto qui. E tutti facciamo questo ragionamento, perché bisogna anche inserirsi nella società civile, perché se si esce di qua e si va in un ricovero dove ci trova ancora persone che hanno la mentalità di qua, è inutile andarci, perché allora più uno si amareggia e basta.

Vede perché, l'ospedale psichiatrico è un ospedale disgraziato, perché leggono sui giornali che quelli che escono fanno quello che fanno, e allora hanno paura; hanno paura, io non lo so cosa si possa fare, già ce ne sono che effettivamente fanno dei guai. Ma dei guai li fanno anche le persone di fuori.

Ho fatto all'amore tanti anni con uno, poi ci siamo lasciati ... Mia sorella era tanto contraria non me lo fece sposare, forse sarà anche quello che ... mi ha dato un dispiacere: l'avrei sposato volentieri. Lavorava in miniera anche lui, era già perito minerario. Lo ricordo molto bene il mio fidanzato, che era un bellissimo giovane, io lo ricordo sempre, ci siamo lasciati ma non si è sposato neanche lui; quasi quasi adesso andrà in pensione perché lui ha sempre lavorato.

Mi voleva quest'omo più ricco e volevano che mi sposassi con lui, magari dice: "L'amore vien dopo!" "Non è mica vero", ho detto, "questo non è vero, io non mi sento di andare a letto con quest'omo!" "A me non piace e non lo piglio". E così abbiamo incominciato lo scompiglio

TRIESTE : LABORATORIO SOCIALE



Dopo un'esposizione di quanto prevede e cambia la legge numero 180 del '78 rispetto a quella precedente del 1904 diventa necessario esaminare da vicino come questa è stata applicata nella realtà.

L'Ospedale Psichiatrico di Trieste (ora ex) è certamente un'occasione privilegiata per esaminare dal vivo l'applicazione della legge, e ciò essenzialmente perché la riforma psichiatrica partì e cominciò a concretizzarsi proprio a Trieste, ove operava il Prof. Franco Basaglia.

Rifare la storia di come è nata la legge a partire da Trieste sarebbe lungo, anche se utile.

Basti sapere quindi che nel 1971 l'amministrazione provinciale (democristiana) chiamò il Prof. Basaglia a dirigere l'Ospedale Psichiatrico di Trieste. Questi, sostenuto da un'equipe compatta attorno al suo progetto, e con l'appoggio dell'amministrazione provinciale iniziò l'esperimento di 'libertà terapeutica'.

Basaglia teorizzava la necessità della chiusura e della riconversione dei manicomi e dell'origine non personale ma sociale delle malattie mentali e di tutte le forme di devianza più in generale. Secondo Basaglia le devianze sono forme di ribellione di una vasta maggioranza che rifiuta i valori culturali ed i canoni comportamentali di una ristretta minoranza che detiene il potere sociale, ed utilizza le istituzioni per reprimere quanto vede

di diverso da sé, invece di lasciare che si esprima liberamente. La repressione, la mancata espressione di queste diversità generano tensioni e malesseri sociali, la cui ultima conseguenza dopo un processo di interiorizzazione è la malattia mentale. Guarire le malattie mentali e prima ancora evitare la loro insorgenza significa quindi dover lavorare sulle istituzioni psichiatriche e sociali in genere affinché capovolgano la loro funzione, rendendola da repressiva a liberatoria dell'energie e dei desideri dell'individuo e fornendo risposte reali ai suoi bisogni.

Le porte dell'ospedale vennero aperte, 'i matti' cominciarono nuovamente a uscire, taluni dopo decenni, dai cancelli di 'San Giovanni' (è il nome del rione dell'ospedale, ma per i triestini dire 'andare a San Giovanni si intende va con un certo timore, andare al manicomio'; 'i matti' venivano accompagnati per un giro in città, o in gita, e contemporaneamente cominciavano a venir realizzate iniziative di apertura del comprensorio dell'ospedale alla città. Cominciavano a venire organizzate feste per tutta la cittadinanza nell'ampio parco, o nel teatro dello ospedale, concerti, incontri, assemblee.

Lo scopo era quello di riavvicinare nuovamente due realtà fino a quel momento separate: quella del 'sano', cioè quello che sta "dall'altra parte del cancello", e quella del "insano di mente", del 'matto' quello che fino a quel momento era stato considerato una persona automaticamente pericolosa, da reprimere, da controllare, da recintare quindi in un ghetto, ben distante dai 'normali', dai 'sani' in modo da non farli sentire in alcun modo minacciati dal

la presenza del 'matto', che è divenuto tale non per fatalità, per caso, o per motivi genetici, ma per cause sociali anche complesse, e comunque molto spesso ben identificabili.

Era questo il centro dell'analisi e della proposta di Basaglia: 'matti' si diventa, in seguito ad uno scontro molto duro e continuato con leggi sociali, ideologie, rapporti umani che non rispettano l'individualità del singolo accettandone appieno la diversità, con un'ideologia sociale cioè che reprime le esigenze più profonde dell'individuo in nome delle idee della maggioranza.

La cura di tale disturbo, di tale malattia non può quindi realizzarsi con ulteriori repressioni dell'individuo, con la sua segregazione e la separazione dalla società dei normali, ma al contrario andando alla radice delle cause sociali della malattia.

Ciò significa ridare al malato fiducia in se stesso, nelle sue capacità e risorse, nel suo diritto ad essere diverso dagli altri, intervenendo nel contempo e per quanto possibile nelle strutture (scuola, famiglia, lavoro, etc...), che lo hanno condannato e represso, giugnendo così ad essere causa dell'insorgenza della malattia.

Tutto ciò significa quindi rompere ogni segregazione non solo fisica, e riavvicinare progressivamente 'matti' e 'sani', affinché possano progressivamente riconoscersi come simili ed accettarsi con pienezza e tolleranza.

Ecco quindi il significato più profondo delle feste, degli incontri, delle gite, dei momenti d'incontro nel comprensorio di San Giovanni a Trieste.

L'ESPERIENZA DELLA RIFORMA PSICHIATRICA A TRIESTE.

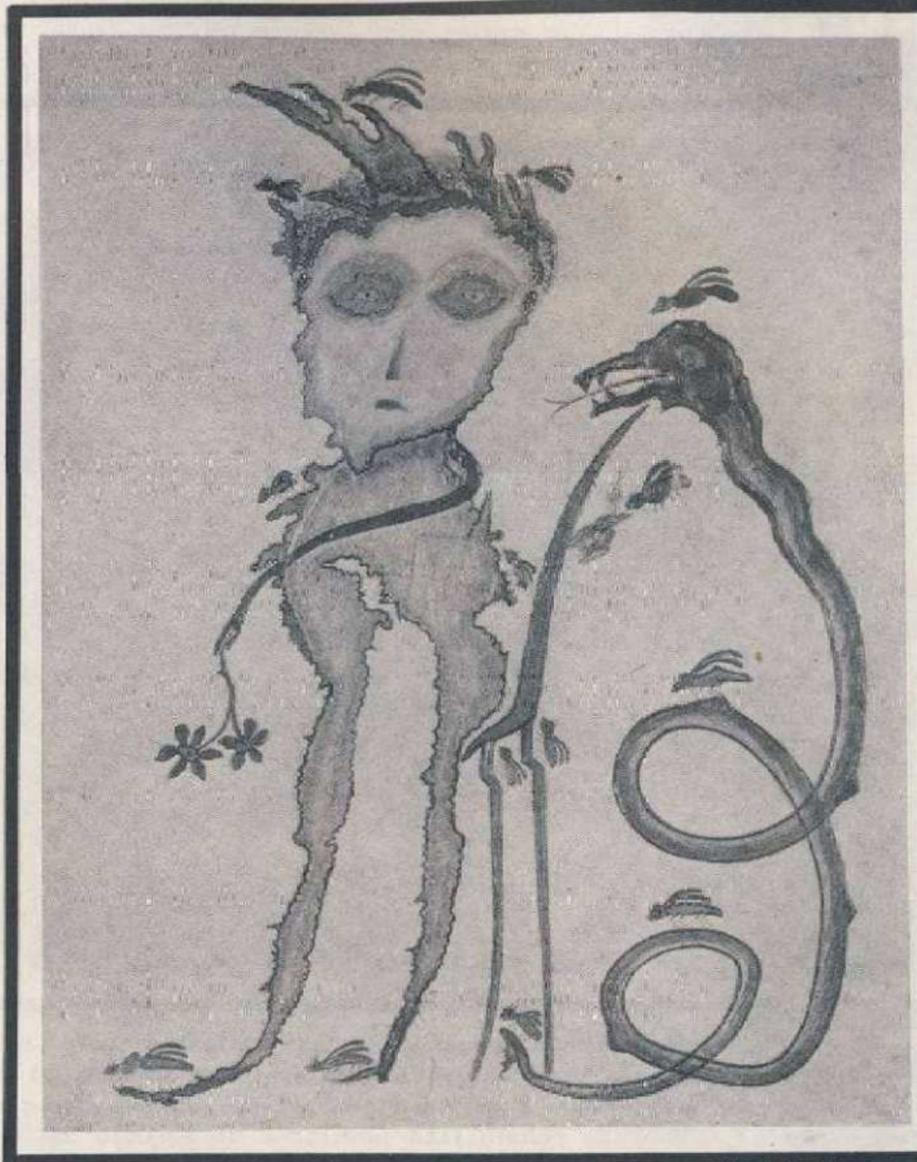
Con la legge 180 venne decretata, recependo la teoria e la pratica basagliana, la chiusura dei manicomi e la loro sostituzione con strutture di tipo territoriale, non coercitive, che forniscono supporto ed assistenza in vario modo alle persone soggette a disturbi psichici. Tali strutture sono i Centri di Salute Mentale (CSM), che a Trieste funzionano in maniera encomiabile (basti pensare che i Servizi di Salute Mentale di Trieste sono un osservatorio/progetto pilota sulla psichiatria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). I C S M a Trieste servono ciascuno quarantamila abitanti su un territorio poco più che rionale, sono aperti ventiquattro ore al giorno, sette giorni su sette, ci sono sette/otto letti per le situazioni acute, ma la degenza nei centri è un'eccezione, e non la regola (è così capovolta la logica di segregazione e separazione del vecchio ospedale psichiatrico).

In ogni C S M ci sono tre o quattro psichiatri, e venti infermieri; gli operatori lavorano all'interno della Sede del Centro e con interventi di supporto e assistenza su tutto il territorio di competenza.

Il C S M dispone inoltre di una rete di appartamenti in città per gruppi di pazienti che abbiano bisogno di una continuità di assistenza per tempi lunghi. Presso l'Ospedale Generale esiste un servizio di guardia psichiatrica. Se una persona ha bisogno di più di dodici ore di intervento, il trattamento viene effettuato presso il C S M del quartiere da cui essa proviene.

Esistono inoltre cooperative di lavoro per circa duecento persone, nelle quali gli utenti possono esercitare una attività lavorativa assistita (l'Unità Sanitaria Locale di Trieste nel 1984 ha erogato 1.200.000.000 di lire in sussidi e assistenza economica alle persone dimesse dallo OPP. È importante sottolineare che, sempre nel 1984, il numero di trattamenti sanitari obbligatori è stato infe-

riore alle dieci unità (!!). Tutti gli altri sono stati richiesti direttamente dagli utenti (altra grossa differenza rispetto al vecchio DP, in cui la situazione dei trattamenti obbligatori era ben diversa). Esiste inoltre un'equipe dei Servizi di Salute Mentale che lavora all'interno del carcere di Trieste per fornire assistenza ai detenuti. I C S M si prendono cura anche di persone con disturbi psichici che abbiano in corso un procedimento giudiziario facendo in modo che il periodo di arresto domiciliare venga trascorso presso il Centro. Inoltre i Servizi di salute Mentale mettono a disposizione laboratori di musica, di teatro, di artigianato, di pittura, arti varie, agricoli, sale video e di registrazione musicale, etc. Artisti, attori, pittori, uomini di spettacolo e innumerevoli volontari italiani e stranieri, hanno colto e lavorato all'esperienza.



Tutto quanto descritto finora è un'esperienza unica in Italia. Questo perché l'equipe psichiatrica è per la maggior parte quella che diede vita all'esperienza nata negli anni settanta e dimostrò una forte determinazione nel portare avanti il suo progetto malgrado i molti ostacoli burocratici e politici esistenti. Va infatti precisato che la legge 180 non ebbe mai un regolamento d'attuazione a livello nazionale, che vincolasse ogni Ente Locale ad interventi precisi, determinati e quantificabili, lasciando perciò la parte più importante della legge, cioè la sua concreta attuazione, sulle spalle e la buona volontà delle singole equipe psichiatriche esistenti in ogni realtà territoriale, e alla disponibilità politica di ogni singolo Ente Locale.



La situazione di Trieste, rispetto ad altre realtà italiane, è quindi favorita dalla situazione politica e di lavoro che l'equipe psichiatrica basagliana ha alle spalle, anche per quanto riguarda la disponibilità degli Enti Locali, cosa che invece non si riscontra in molte altre situazioni italiane, principalmente a causa della sordità politica di USSL, comuni e provincie. Da questa pratica triestina, da cui è nata la frase/slogan "La libertà è terapeutica", ha preso il via la riforma della legge psichiatrica italiana, esperienza a cui guardano ora con interesse tutti i principali paesi europei ed extra europei.

La rivoluzione concettuale basagliana porterà nel volgere di alcuni anni alla riforma delle leggi sugli ospedali psichiatrici; il manicomio di Trieste verrà così dichiarato chiuso per essere sostituito da Centri Medici e da assistenze sociali regionali. Le palazzine e le strutture che lo ospitavano in forma centralizzata, ancora dipendenti dei servizi psichiatrici, sarebbero ora ancor



maggiormente disponibili ad ospitare nuove iniziative culturali provenienti dalla città, secondo il progetto basagliano. Così però non accade. Da una parte sono cambiate le sensibilità politiche in seguito all'esaurirsi della spinta rinnovatrice che aveva animato i movimenti sociali negli anni settanta, dei quali la riforma psichiatrica era stata uno dei felici prodotti egli entusiasmi e all'interesse che avevano suscitato le proposte dell'anti psichiatria si sostituiranno progressivamente spinte conservatrici che hanno portato in tempi recenti a proposte di revisione in senso restrittivo della riforma basagliana. Dall'altra, a livello locale e con le stesse intenzioni restauratrici, si tenta un processo di "normalizzazione" dell'ex OPP. solo una parte di Trieste ha saputo infatti capire ed accettare la proposta di Basaglia; il rifiuto del diverso, del "deviante" nei suoi vari aspetti (il matto, il carcerato, il tossicodipendente, il giovane che rifiuta di farsi inquadrare...) è infatti ancora molto forte, e lo shock di "veder

aprire le porte del manicomio" è ancora più forte per una città abituata troppo spesso a pensare ancora nei (malcompresi) termini della Felix Austria dell'imperatore Francesco Giuseppe. Si accetta così l'abbandono delle "terapie" da lager nazisti per i malati di mente, ma non che la "devianza" in genere sia considerata con la normalità della vita. Si tenta pertanto da più parti di ridimensionare l'OPP e rimettere le "cose a posto", osta colandone in vario modo l'esistenza ed i progetti. Uno dei principali canali di normalizzazione è il tentativo di distruzione delle esperienze culturali che hanno avvicinato la popolazione al manicomio/ghetto, e quindi principalmente quelle non controllabili realtà messe in piedi dal mondo giovanile che nel comprensorio avevano trovato ospitalità.

"UNA CITTA' COME LABORATORIO SOCIALE"

Uno dei principali canali attraverso i quali gli operatori psichiatrici riescono a rompere il ruolo del manicomio come luogo istituzionale di ulteriore emarginazione è quello culturale. L'ampio parco dell'Ospedale, alcune palazzine ed un teatro situato nel comprensorio vengono messi a disposizione, da Basaglia, dell'intera città affinché vengano organizzate feste, concerti, iniziative culturali nel 'manicomio liberato' per dare la possibilità alla città di vivere in un altro modo insieme ai malati mentali.

L'ospedale psichiatrico di Trieste oggi non esiste più. Il comprensorio di S. Giovanni, con i molteplici padiglioni e palazzine risalenti all'inizio del secolo, si presenta oggi svuotato, in buona parte abbandonato, in attesa di reimpieghi ad altri usi, e in parte già oggi riutilizzato. Vi trovano posto una scuola materna, una scuola superiore, il laboratorio scenografico del teatro lirico comunale, alcune zone verdi sono state trasformate in zone coltivate biologicamente da una cooperativa agricola, e solo in piccola parte è ancora utilizzato a fini tradizionalmente sanitari, ospitando la direzione dei Servizi di Salute Mentale e la clinica psichiatrica universitaria.

Chi però mette piede nel comprensorio, pur tra lo stato di colpevole abbandono causato dalla mancanza di interesse da parte dell'amministrazione pubblica, si accorge subito di trovarsi in un 'territorio' particolare.

I giovani che frequentano S. Giovanni sono molti e non per motivi tradizionalmente sanitari. Nel giro di pochi anni l'ex O.P.P. diviene la base operativa, la casa di una larga fetta della popolazione giovanile che per tanti anni è stata sistematicamente esclusa dai programmi 'ufficiali' della cultura. Vi trovano così posto molti gruppi musicali, teatrali, di pittura ed altro, divenendo in breve tempo il centro culturale per eccellenza della Trieste diversa ed emarginata. La Trieste giovane sembra rinata a nuova vita. Crea forme di convivialità che uniscono la città normale e quella deviante in una miscela pulsante e vitale.

Progressivamente i gruppi giovanili cominciarono non solo a venir occasionalmente ospitati nelle strutture, ma a trovare nel comprensorio un'ospitalità fissa, con la messa a disposizione dei padiglioni e delle sale, instaurando un rapporto di collaborazione molto stretto e continuativo con l'equipe psichiatrica basagliana.

I 'matti' vedevano così il comprensorio animarsi di molte iniziative non psichiatriche che li coinvolgevano ed alle quali prendevano sempre più parte. Inoltre i giovani vedevano per la prima volta degli spazi messi a loro dispo

sizione, nei quali operare senza ottuse preclusioni, a contatto con una delle realtà umane più duramente represses fino a quel momento.

L'equipe psichiatrica basagliana che tutt'oggi opera nel comprensorio continua a sviluppare il lavoro culturale svolto negli anni precedenti con i giovani; continua a fornire spazi ed appoggi ai giovani che li richiedono per sviluppare esperimenti di lavoro culturale e sociale; si fa promotrice in proprio di iniziative che vanno in nuove direzioni.

Raccogliendo il lavoro reale che si è andato sviluppando negli anni, sono stati costituiti dei laboratori la cui esperienza è significativa.

Il Laboratorio di Pittura ha sede in un padiglione messo a disposizione di alcuni giovani e di alcuni operatori dei servizi psichiatrici che intendevano sperimentare il canale della comunicazione sociale attraverso la pittura.

Inizialmente il laboratorio era completamente autofinanziato mentre in seguito è stato sostenuto in vario modo dagli stessi Servizi di Salute Mentale o dalle USSL. Il laboratorio di pittura è liberamente frequentato da tutti coloro che intendono provare a dipingere assieme ad altre persone, a sperimentare tecniche, ad apprendere delle nuove, a ricevere anche le prime nozioni sull'uso dei mezzi. Non ha importanza se i frequentatori del laboratorio si presentano come 'utenti' dei servizi psichiatrici, l'importante è che lavorino insieme, collaborino nella realizzazione di mostre, di pitture collettive così da superare la barriera di non comunicazione e di timore che esiste nei confronti del diverso.

Al laboratorio di pittura, che si è ingrandito al punto di gestirne anche uno di sartoria ed uno di ceramica, vengono spesso commissionati lavori da parte dei Servizi di Salute Mentale in occasione di iniziative di vario genere.

Con la stessa logica di funzionamento operano anche gli altri laboratori.

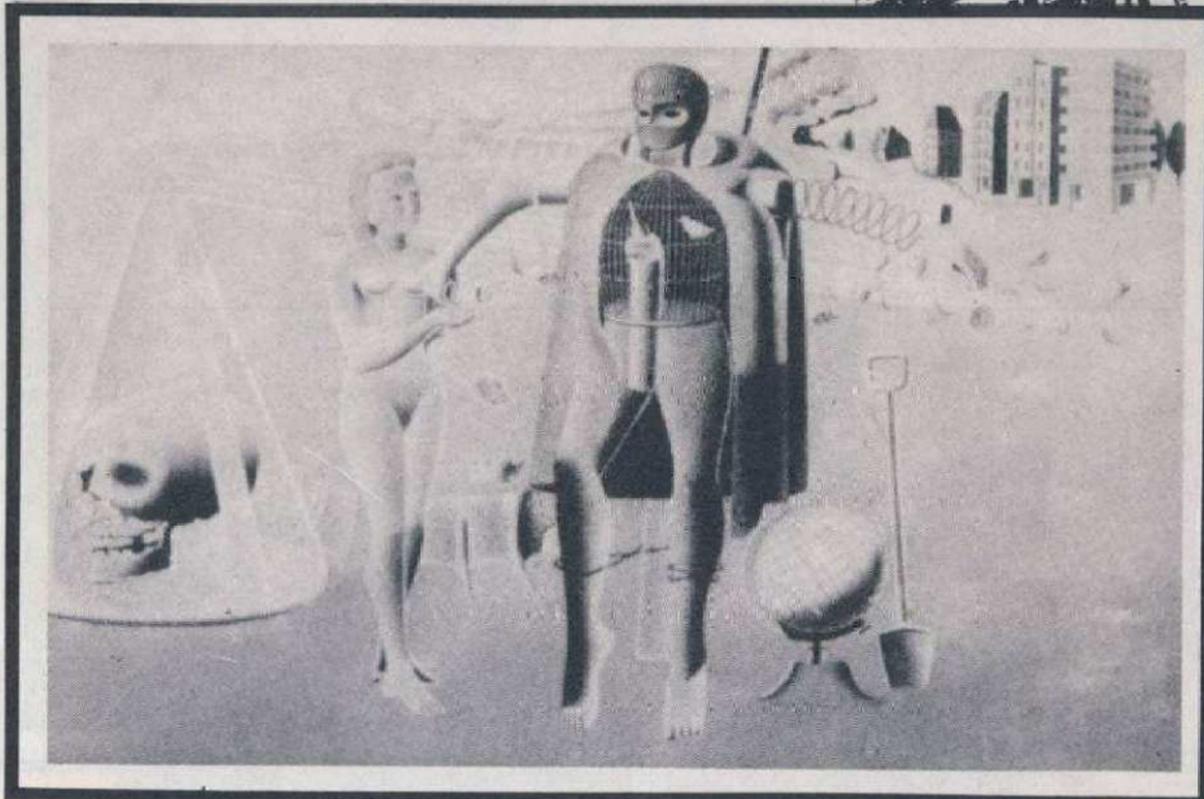
Il Laboratorio Teatrale è nato con l'intenzione di rivolgersi primariamente agli utenti dei servizi psichiatrici, affiancandoli nel loro lavoro di ricerca teatrale ad attori professionisti e ai giovani della città interessati a questo progetto.

Il Laboratorio di Musica è nato invece con l'intenzione di rivolgersi prevalentemente ai giovani utenti del CMAS. Si affianca a questo laboratorio la Coop. Il Posto delle Fragole (coordinamento di gruppi musicali) che comprende una sezione di video-tape ed ha recentemente aperto una radio, e nel corso dell'estate ha organizzato periodicamente delle discoteche all'aperto nel vasto parco del comprensorio. La cooperativa organizza anche interventi d'animazione all'interno del carcere e gestisce un corso di vela per gli utenti dei Servizi di Salute Mentale, su una barca, la 'Califfo', acquistata grazie ad una sottoscrizione pubblica.

Tutti i laboratori si sono basati sull'attività volontaria e gratuita dei loro animatori, su alcuni rari finanziamenti, ma soprattutto sull'autotassazione dei loro partecipanti. Ultimamente la Provincia di Trieste ha rifiutato l'assunzione con contratto a termine di alcuni di questi animatori e un parziale finanziamento di queste iniziative.

Le due cooperative, quella agricola e quella denominata Il posto delle fragole, sono nate nel 1978/79 su un progetto preciso di reinserimento lavorativo di handicappati, di ex utenti dei servizi psichiatrici, di ex tossi codipendenti o ex carcerati, basandosi anch'esse, in parte, sul lavoro volontario, ma anche su finanziamenti pubblici mirati a tale progetto. Nel volgere di alcuni anni l'attività di queste due cooperative si è allargata fino a coprire anche altri settori d'intervento ed altre fasce di popolazione.

La Cooperativa agricola 'Monte S. Pantaleone', che coltiva alcuni campi presenti nel comprensorio dell'ex OPP secondo i principi della biodinamica, raggruppa così anche giovani provenienti dalla città in cerca di un lavoro a contatto con la natura. Fra i lavori svolti non va dimenticata la presentazione di un progetto, elaborato con la collaborazione del WWF e della LIPU per la bonifica ed il recupero del vasto parco dell'ex OPP, che versa in condizioni di grave abbandono.



In tal modo Trieste è divenuta una sorta di enorme laboratorio sociale, nel quale si sperimentano nuove forme di convivenza quotidiana superando le mura dell'ex manicomio per coinvolgere l'intera popolazione.

Si tratta di un esperimento che se riuscirà ad essere portato a termine capovolgerà totalmente i concetti di 'devianza sociale' e di 'cura' e 'prevenzione' della medesima. Un esperimento che ha una rilevanza mondiale, considerando il tipo di società alienante nella quale viviamo. Per questo tipo di esperimento, Trieste è stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, 'centro pilota per le ricerche sulla psichiatria.

Malgrado le difficoltà, le idee e le lezioni di Basaglia si stanno allargando. In pochi e meno ancora i Triestini si rendono conto di questo ruolo di enorme importanza che ha assunto l'esperienza di Trieste: quello di un enorme laboratorio scientifico e sociale.

a cura di Maurizio Bekar della Coop. Il posto delle fragole.

IL LABORATORIO DI PITTURA

Ecco qui "l'articolo" che in pratica articolo non è.

Sicuramente difettoso per quanto riguarda gli agganci con la realtà - con tutto ciò che si è creato, costruito, pensato dal '71 ad oggi - è d'altra parte ricco di interessanti spunti teorici, di tutto quello che sta alla base del lavoro dei laboratori.

Probabilmente sarebbe stato migliore un articolo che avesse cercato di unire il lato teorico e quello delle realizzazioni ma sicuramente sarebbe stato di una lunghezza ragguardevole vista la quantità di iniziative nate attorno alla "collina" (mostre, teatro, feste, incontri, convegni, cinema, cooperative di lavoro, discoteca, concerti, produzioni video ...)

Spero che ci sarà un bilanciamiento in questo senso con la parte fotografica.

*buon lavoro
Enrico*

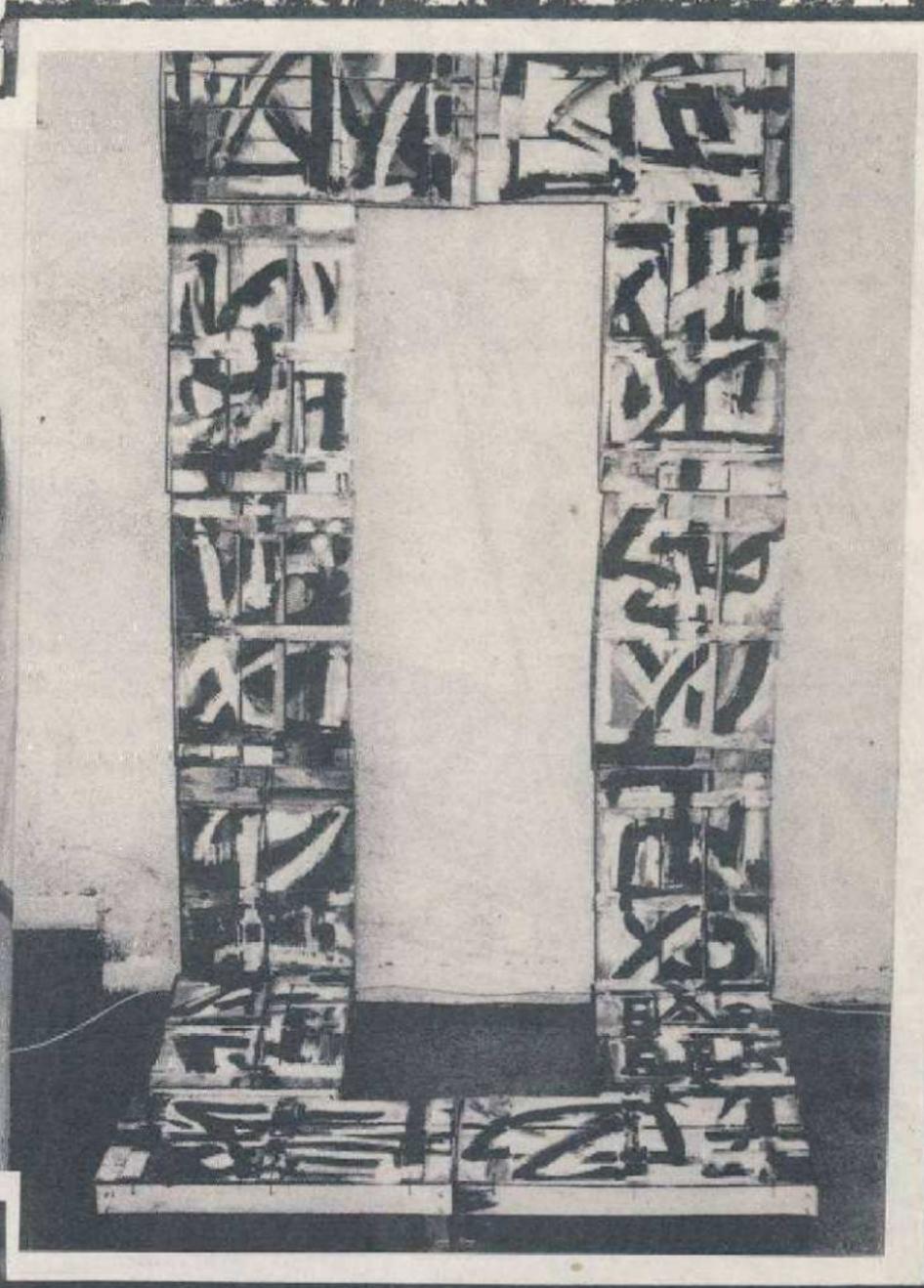
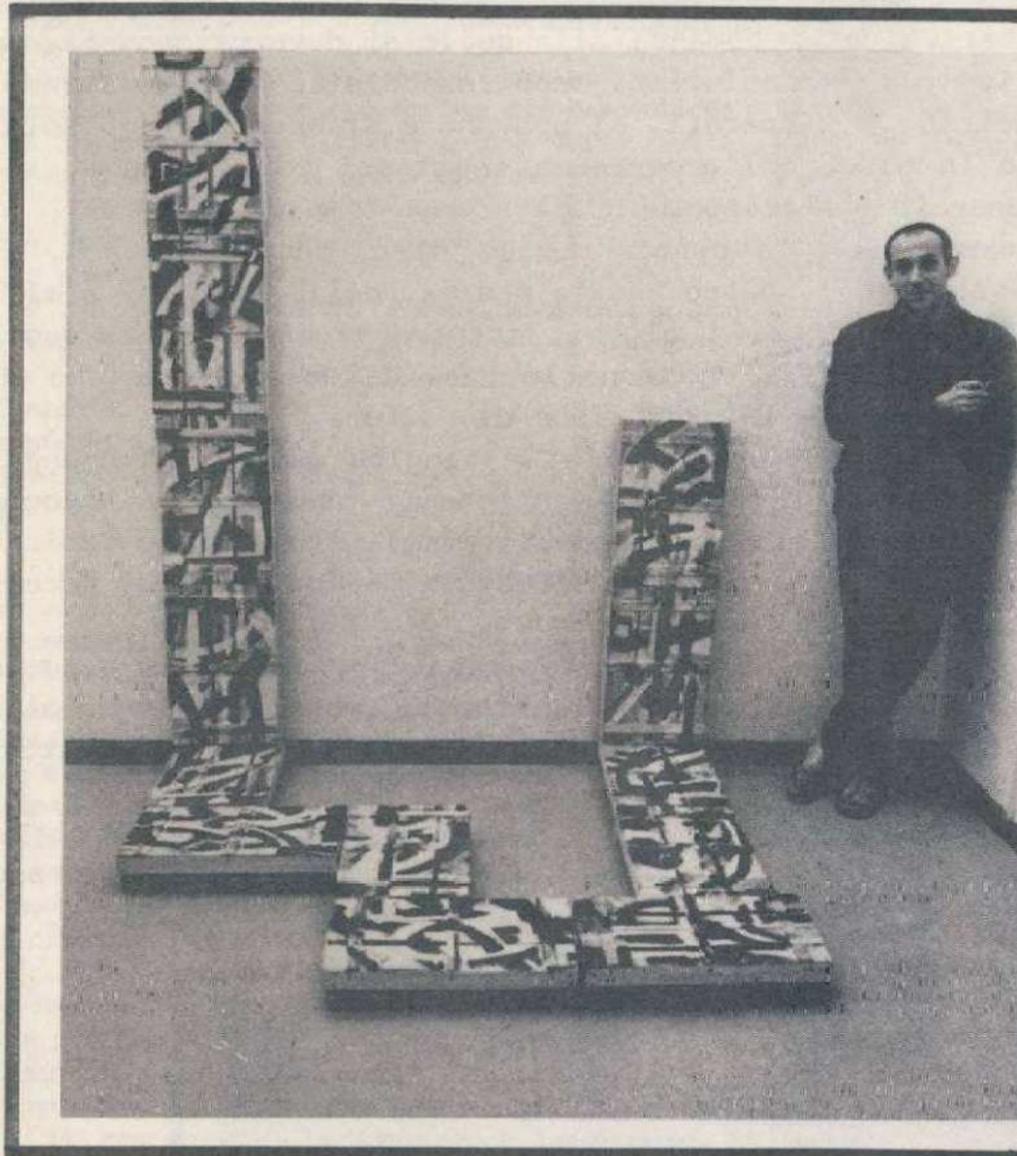


Circa tre anni fa sulla collina di S. Giovanni a Trieste, nascono i laboratori di Pittura, Musica, Teatro nei reparti svuotati dell'ex O.P.P.

Essi affondano le loro radici nella pratica di deistituzionalizzazione svolta a partire dal '71 e ne rappresentano in un certo senso la continuità. Tutti gli operatori che oggi vi lavorano sono gli stessi che hanno partecipato al processo di smantellamento del manicomio e di costituzione dei C.S.M.

L'apertura progressiva degli spazi manicomiali ha consentito, anche fisicamente, l'appropriazione di questo territorio da parte di nuovi soggetti sociali. Questo contesto oggi accomuna in un lavoro quotidiano: artisti, volontari, artigiani, giovani disoccupati, carcerati in semilibertà, utenti ed operatori dei vari servizi.

Esso rappresenta un momento di alleanza pratica nella costruzione di situazioni di vita che utilizzano anche la rete istituzionale trasformandola a misura più umana, dimostrando una possibilità di cambiamento nei rapporti fra i vari ruoli e nella dialettica tra domanda e risposta.



Qui non si prefigura l'applicazione di ARTE-TERAPIA: valore proiettivo del disegno, psicodramma, musico-terapia; non tentiamo cioè di incapsulare tecniche artistiche per adattare a nuovi e moderni moduli di terapia psichiatrica né ci limitiamo alla "fuoriuscita", alla catarsi, alla liberazione del problema attraverso la sua rappresentazione.

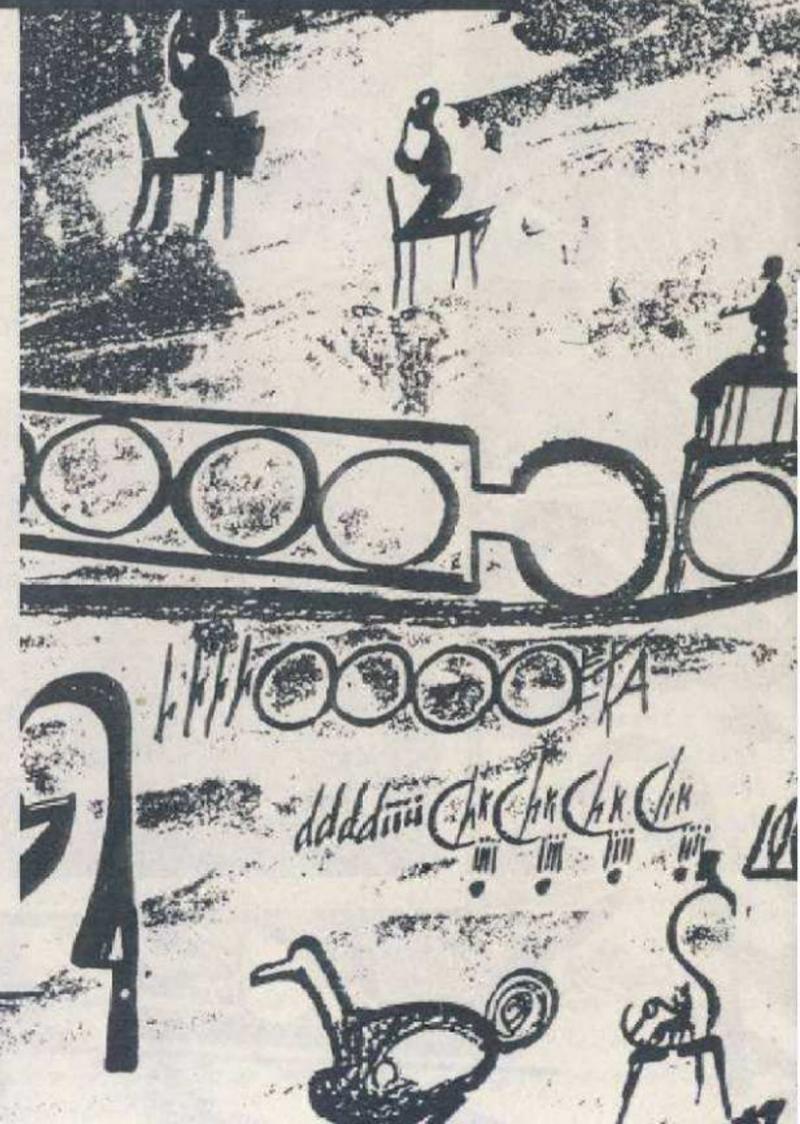
Le tecniche artistiche vengono usate come occasione per valorizzare e scambiare le risorse soggettive.

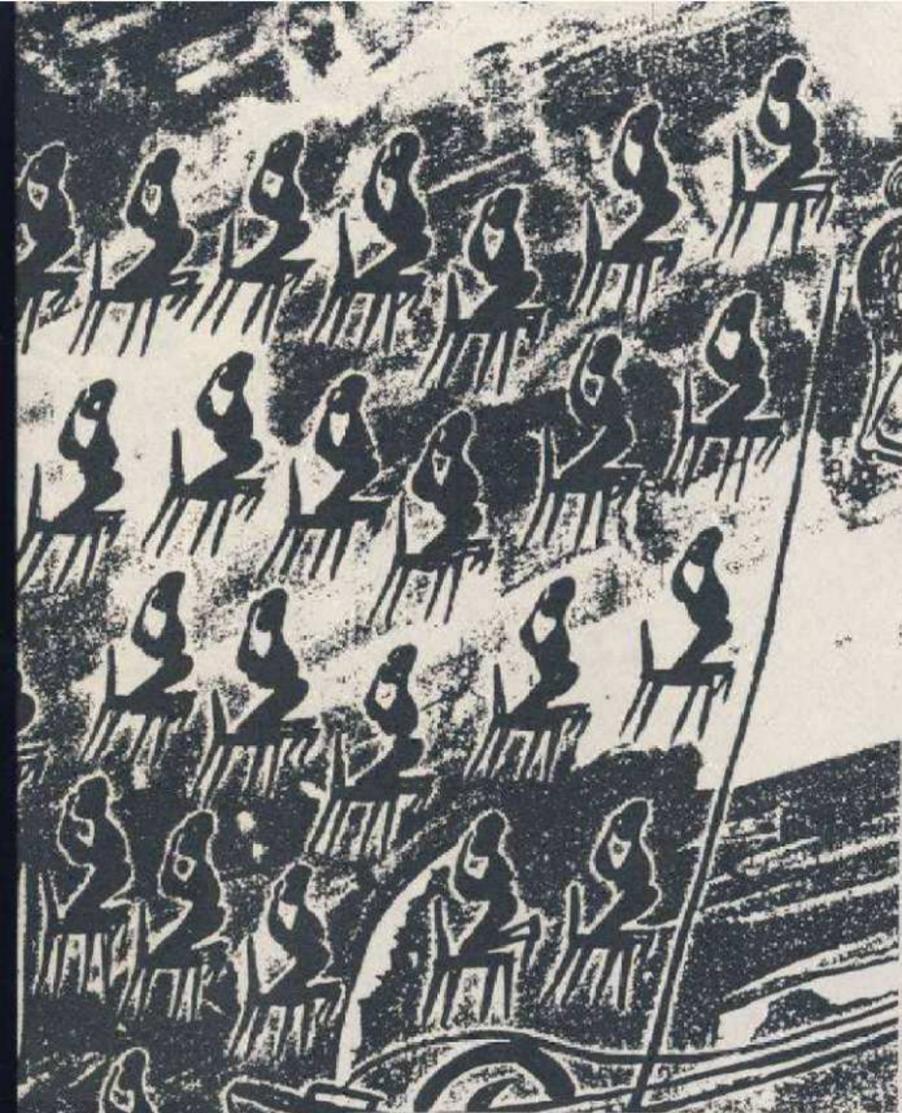
In psichiatria abbiamo scoperto che creare una risposta al problema della follia, una volta ripulita dalle croste istituzionali che la riproducono, ci conduce da entrare negli ambiti non sempre codificabili dell'esistenza sofferente del soggetto e così facendo abbiamo stravolto i codici classici che preformavano l'intervento dell'operatore psichiatrico.

Così in arte, partiamo dalla realtà della vita quotidiana, dalle sue necessità e difficoltà, da tutti gli elementi che di essa fanno parte (situazioni, persone, dati di fatto, oggetti, suoni) e attraverso la stimolazione di processi creativi manipoliamo, ricreiamo, reinventiamo la funzione di tali elementi.

La realtà dei laboratori si inserisce in tal modo in un progetto generale di riconversione e utilizzo della ricchezza di un inserimento sempre più organico di queste strutture nella vita della città.

Stimolare l'espressione dei soggetti ha come conseguenza l'estensione quanti





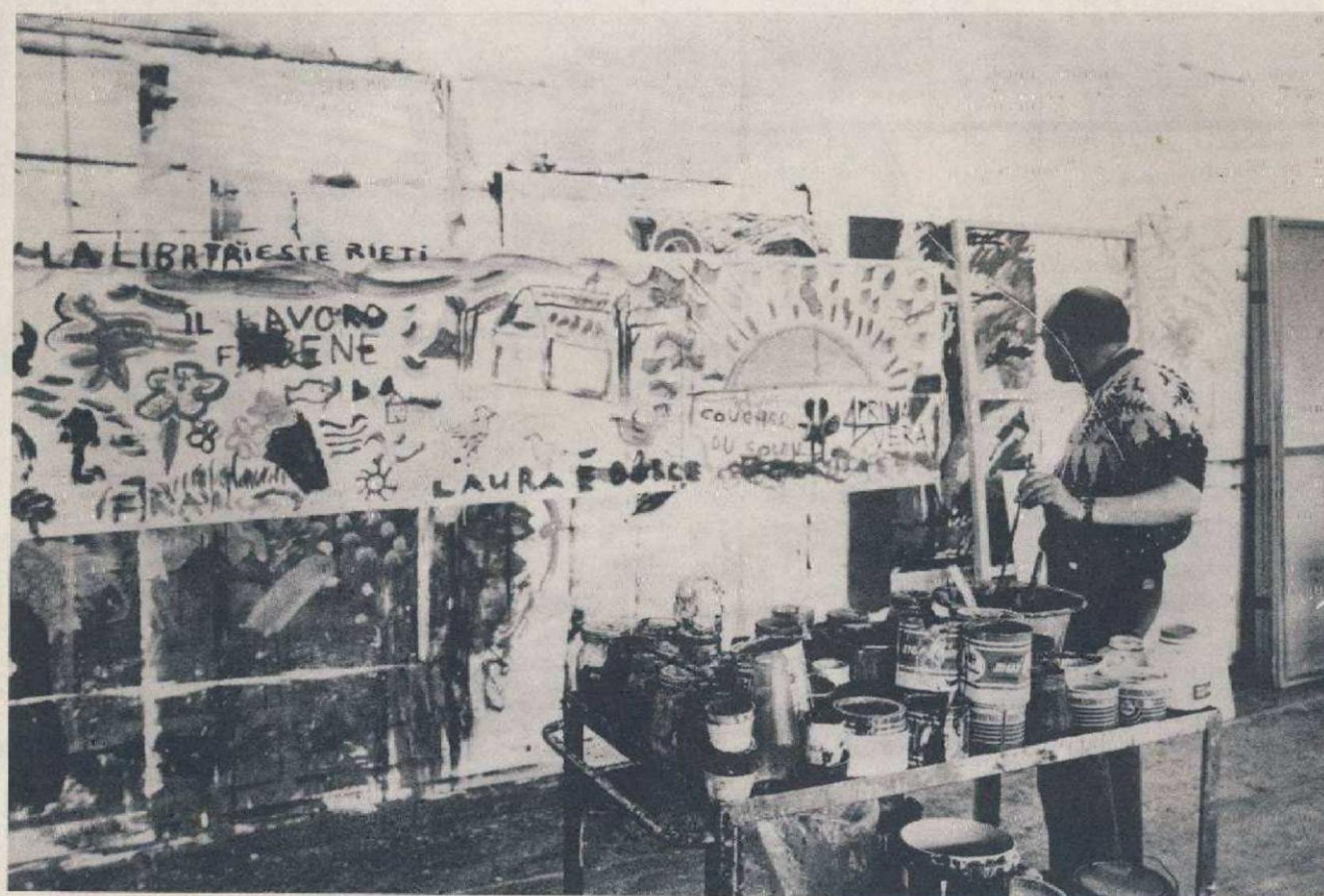
tativa e qualitativa della domanda alla quale si deve rispondere. Si cercano così di volta in volta le soluzioni meno insoddisfacenti, valutando le circostanze con i metri più disparati, si provano e si sperimentano soluzioni svariate, mettendo in gioco all'occorrenza sé stessi come persone, secondo una prassi ormai generale e continua.

La nostra scommessa diventa perciò quella di calpestare, usare, mettere in discussione gli spazi del teatro, della musica, della pittura, a misura dello uomo "insolito" ma di tutti i giorni, attraverso una pratica quotidiana di trasformazione della realtà che pone le basi di un modo nuovo e diverso di produrre salute attraverso la produzione di cultura.

Lo stile di lavoro non si iscrive in un alogica del divenire una scuola sui modelli già esistenti, pur avendo attenzione ad usare tutte le occasioni di arricchimento e promozione di conoscenza; ma gli sforzi sono tesi a produrre caratteristiche di fluidità per una struttura che permetta di recepire, mutare e rispecchiare i bisogni della gente.

L'assenza di un programma didattico-terapeutico rigidamente predeterminato, vuole dare spazio ad una situazione elastica che modifichi le regole tecniche omologanti e favorisca l'emergere di una logica della creatività come funzione del benessere.

Un ambito così pensato e costruito si pone in un'ottica di rottura della separatezza tra sano e malato, diventando uno spazio che in nessun modo è destinato unicamente alla malattia e alla sua cura, ma si dilata, ritrovando



un filo che collega le storie dei soggetti modulando risposte che vanno nel senso della prevenzione/produzione di salute.

Questa che noi identifichiamo come nuova funzione produttiva, permette di superare terapie obsolete (ergoterapia, ludoterapia) e restituisce la dignità di un rientro nei meccanismi di scambio sociale.

L'obiettivo è di incidere in un modo innovativo nei meccanismi troppo spesso irrazionali del sistema produttivo, salvando e possibilmente accrescendo il paesaggio interiore dei comportamenti della collettività, sperando che le nuove logiche diano sempre più ragione alla fantasia.

Quello a cui si tende, anche se non sempre ci si riesce, è l'attenzione a dare ad ogni individuo una rivalutazione esistenziale con/dentro/al di là della sua sofferenza e creare così le premesse per un'offerta al mercato di ricchezza umana, oltre che di prodotti, a partire dalle esigenze e dalle possibilità di ciascuno.

Il lavoro può così a volte anche svincolarsi dalla necessità di produrre merce e frequentemente si realizza la produzione di valori d'uso: socialità, riproduzione di sé, piacere del fare, del creare per sé, per gli altri, ricerca di tempi e ritmi di lavoro propri.

Peraltro in circostanze sempre più numerose, avendo delle cose valide da scambiare con altri, parecchi cominciano già a gustare la possibilità di qualche guadagno, magari per alcuni di portata solo sussidiale, ma che, in quanto determinato dalla realizzazione dei contenuti più fantastici, svolge un'ulteriore funzione di una terapeuticità difficilmente misurabile.

D'altra parte dover far fronte ad impegni di lavoro come spettacoli, concerti, allestimenti e trovarsi all'ultimo momento con un lavoro da finire e con l'angoscia di non farcela, è un fatto che si ripete spesso ancora oggi, nonostante l'esperienza acquisita.

La ginnastica quotidiana fatta di confronti e di contraddizioni è servita a darci la grinta, la paura, la tensione, la sicurezza dell'equilibrista, di chi cammina sulla fune.

La differenza rispetto a ieri è che abbiamo imparato a giocare con questa difficoltà/necessità, ad accettarne il rischio fino a farlo diventare un metodo di lavoro che permetta di incidere sulle cose e modificarle.

Angela Pianca
Fulvio Sisto
Stellio Ficur
Carla Prodocimo
Giuseppe Rosati
Paolo Dorio
Claudio Misculin



EDIPO: Misero me, dove m'aggiro, / in quale parte della terra, quale? / dove va la mia voce /
/ portata via dal vento? / O mio destino, dove sei caduto? /

CORIFEO: In un abisso, Edipo, / ch'è meglio non vedere, / non sentirne parlare. /

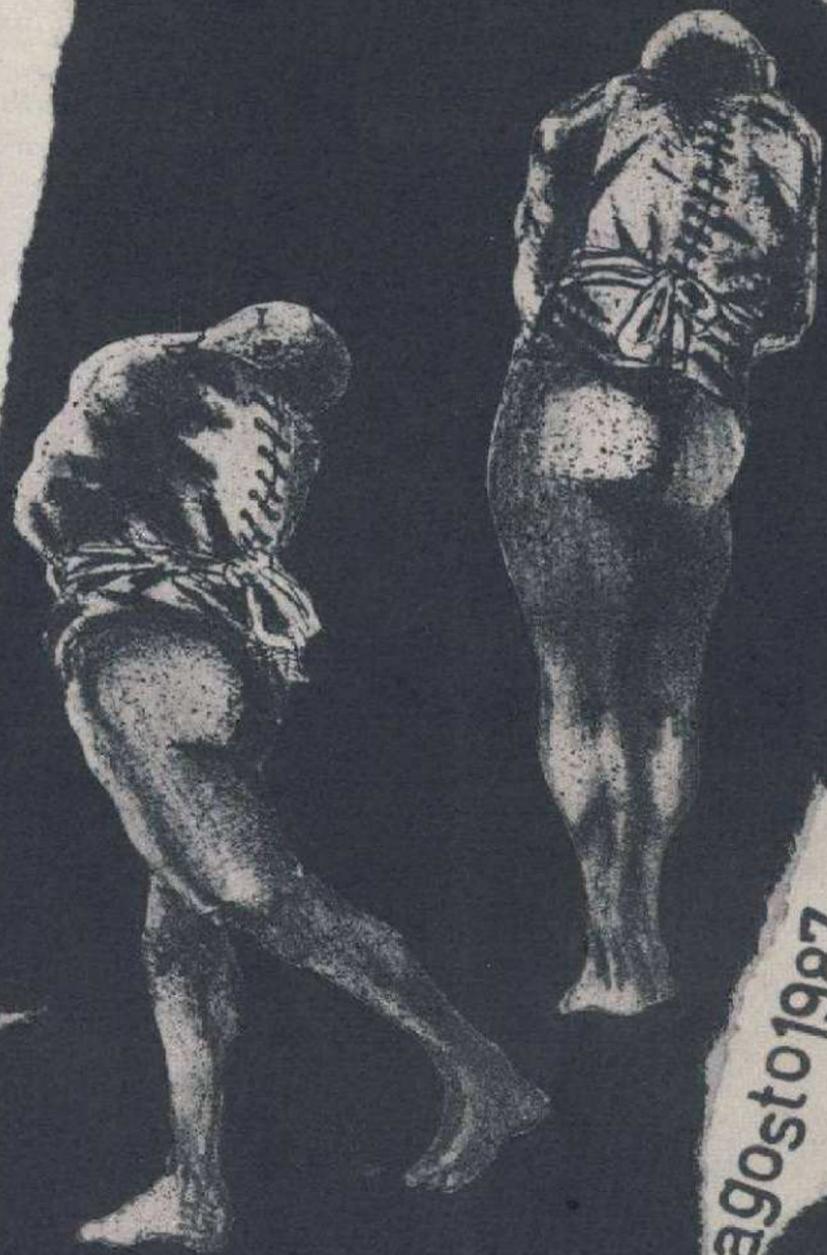
(Sofocle - Edipo Re)

artcore

LA PAZZIA

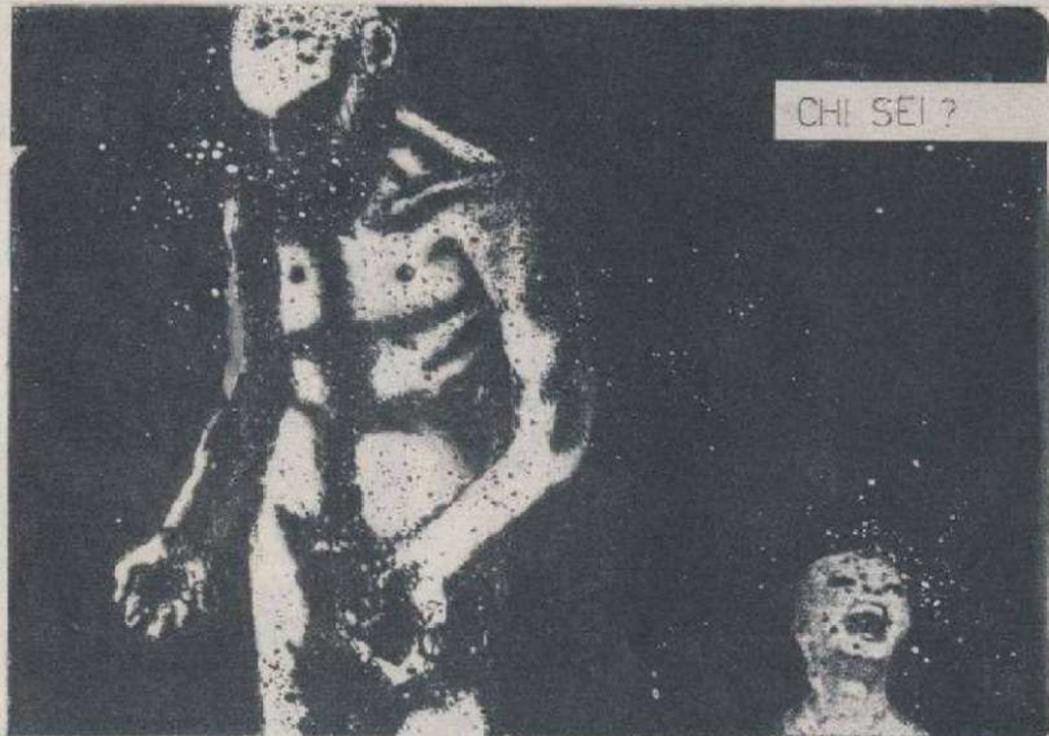
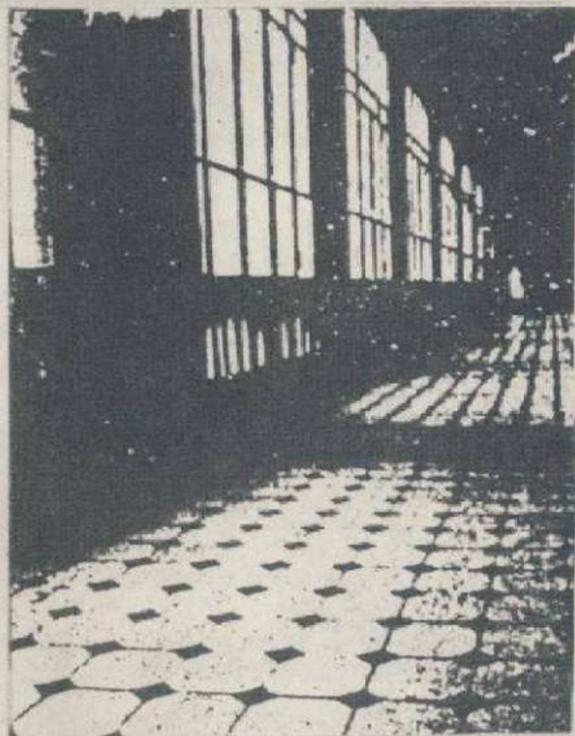
angosce, paure, ossessioni,
allucinazioni di un internato

by *enrico viola*



agosto 1987

trieste



CHI SEI ?

PERCHE' T'INSINUI NEI MIEI SILENZI ?



... PERCHE' GRIDI !



ECCO ...



DI NUOVO SOLO ...

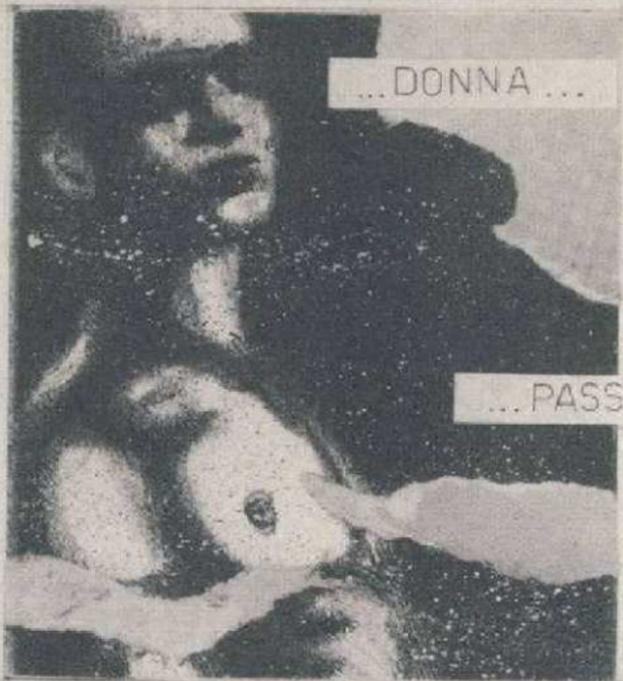
BUIO



POSSO PENSARE

... PENSARE ...

... RICORDARE ...

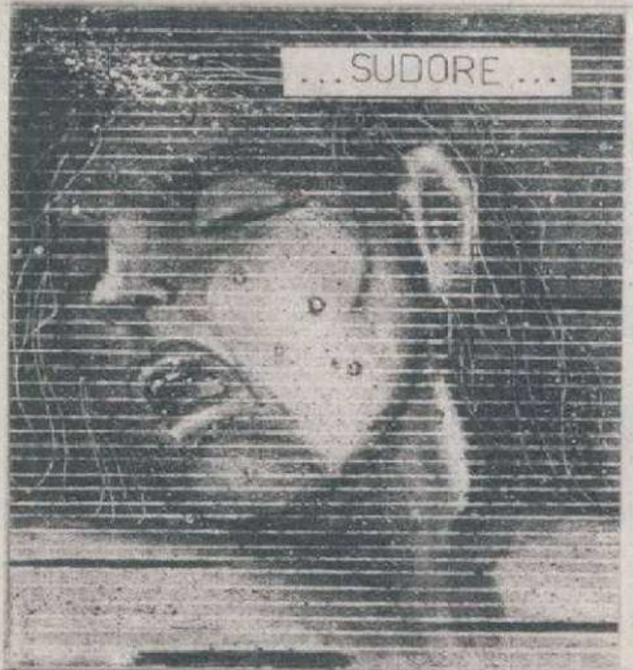


... DONNA ...

... PASSATO ...



... CORPO ...



... SUDORE ...



... SENO ...



... VAGINA ...

... PENETRAZIONE ...



... MATERNITA' ...

... POSIZIONE FETALE ...



... STO BENE ...

... INTROVERSIONE ...

- deformazione - allucinazione - MANICOMIO - violenza - psicofarmaco - lobotomia - ELETTROSHOCK!



... NON SOPPORTAVATE ...

... SÌ ... NON SOPPORTAVATE ...

... LO SGUARDO OSSESSIVO ...



... L'IMMOBILITA' ASSOLUTA ...



... IL LUNGO SILENZIO ...



... LO SCATTO IMPROVVISO ...



... IL GRIDO INASPETTATO ...

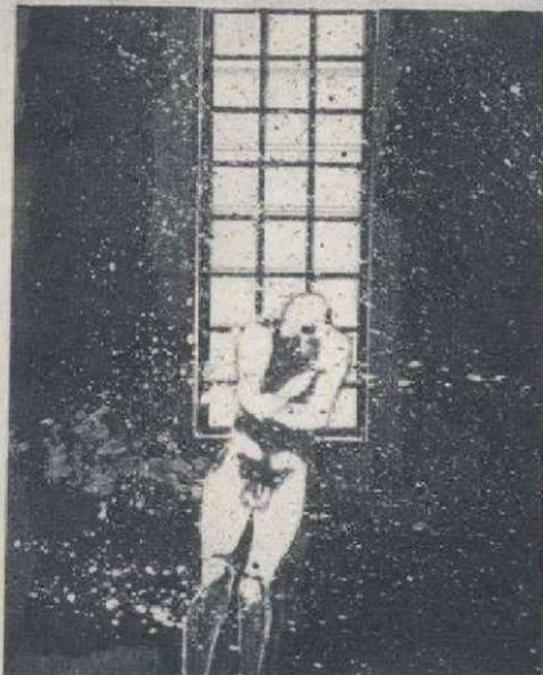
- le ombre tristi alle finestre - luce biancoazzurra ... nerocupo - strascicano i piedi senza meta

DIVERSITÀ

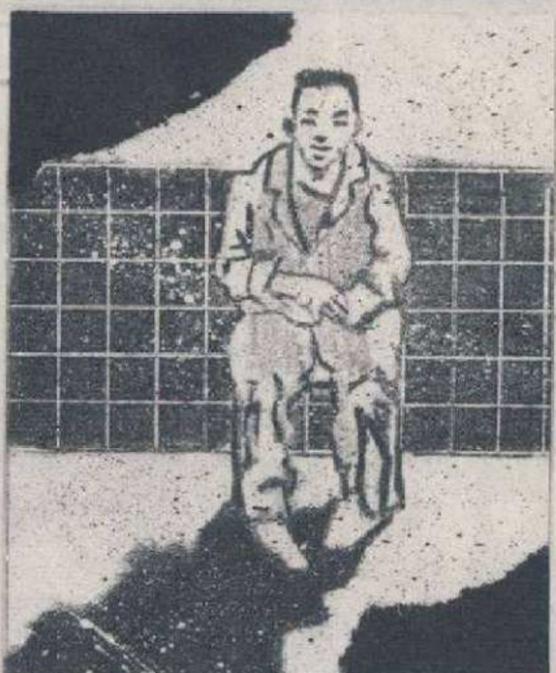
-RECLUSIONE

-INTOLLERANZA-

CHI SIETE ?



PRIGIONIERI ?



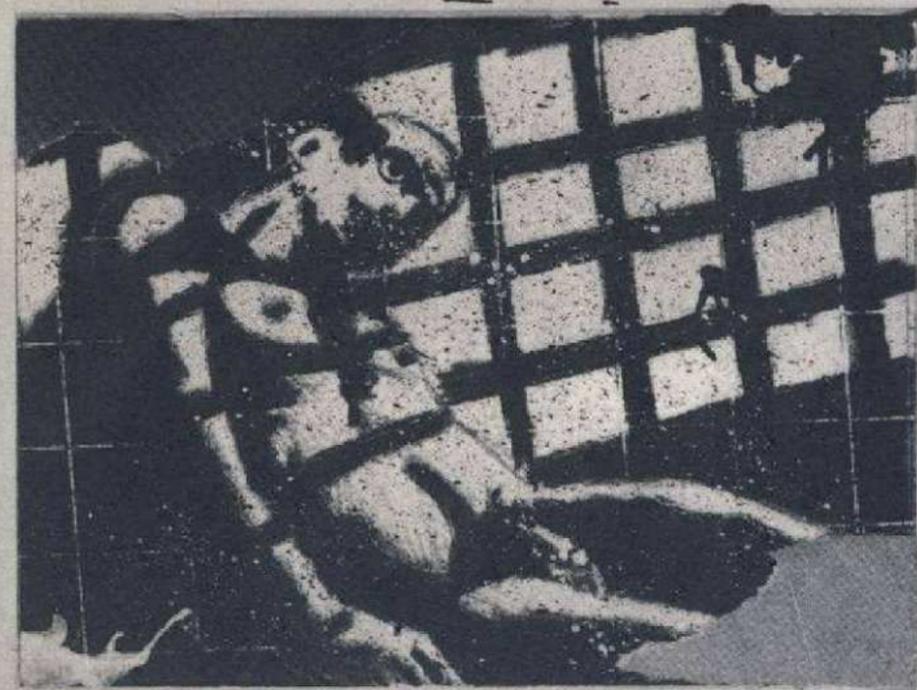
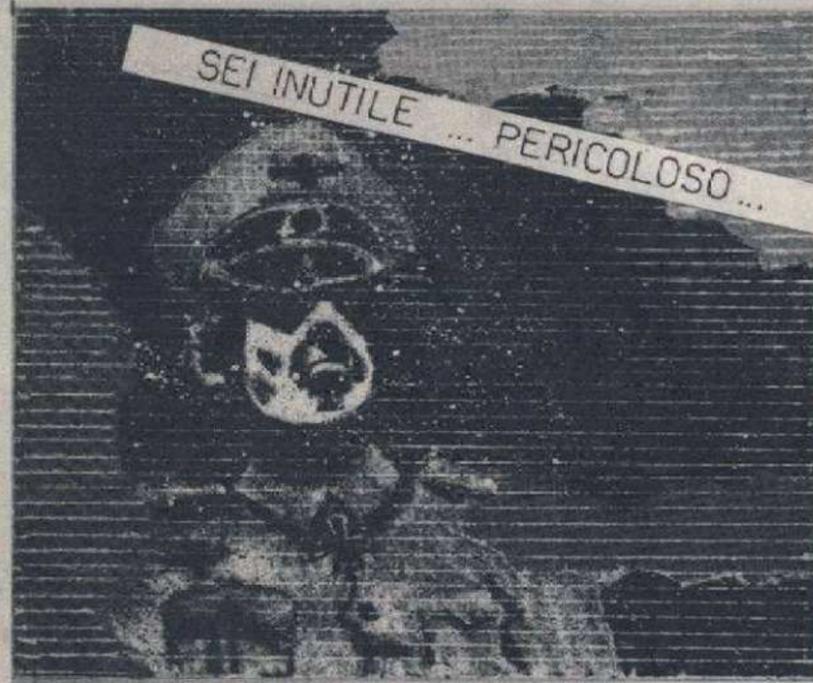
IMPICCATELO!



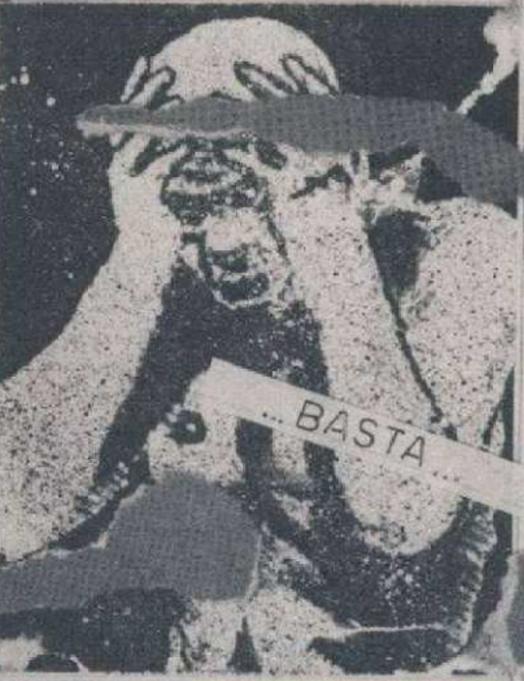
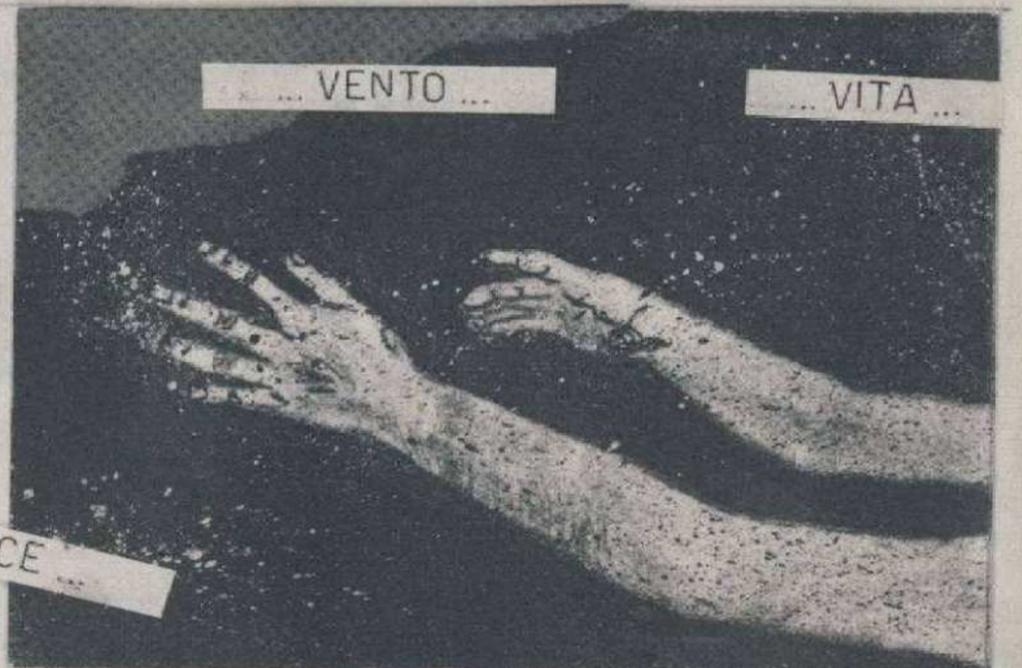
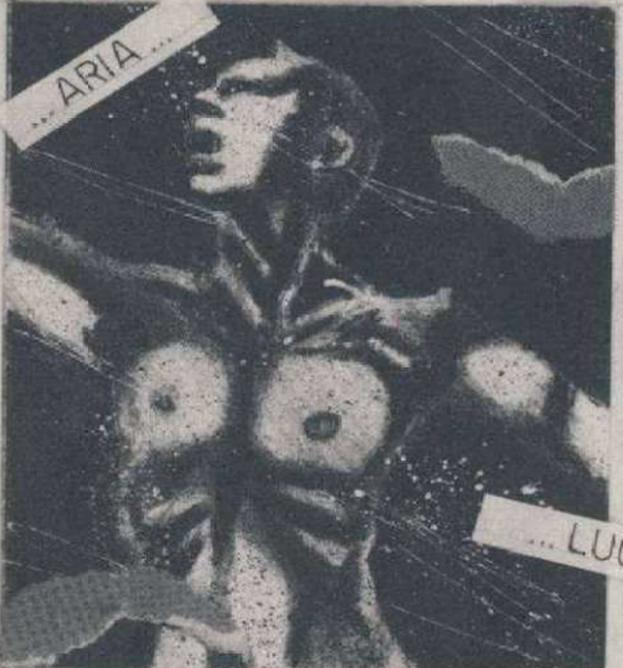
LAGER!



-ANIMALI!- corridoi oscuri - stanze umide - qualcuno cade - ... ALZATI! - ... occhi nel vuoto.-

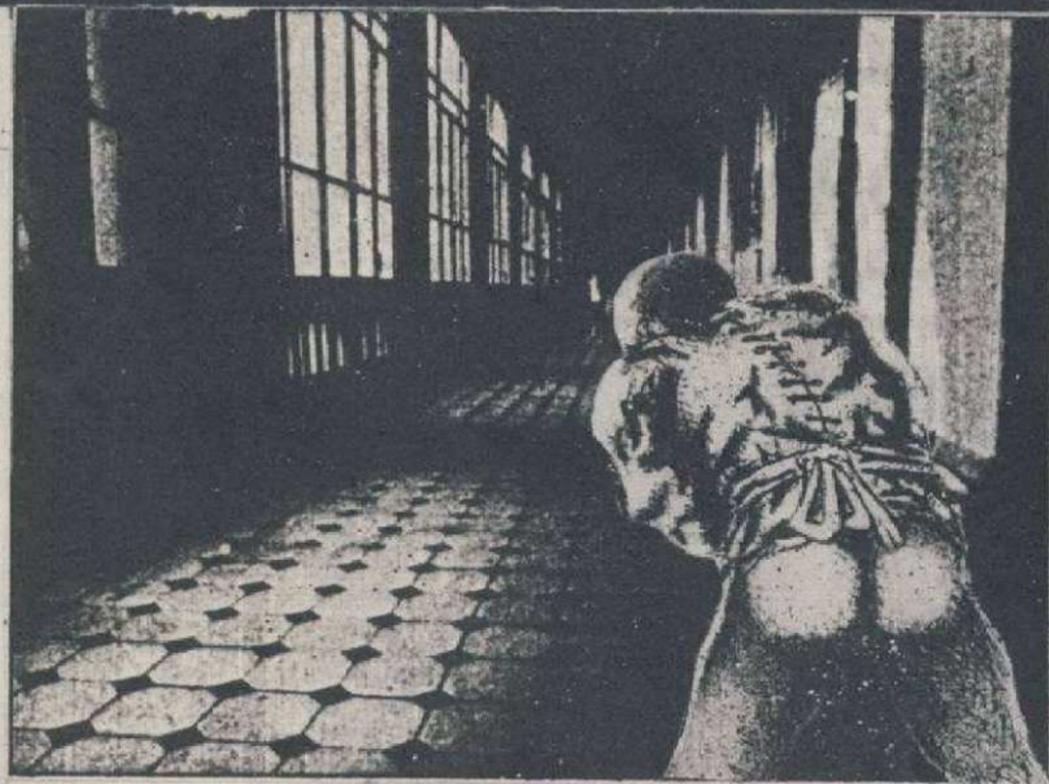


-agitarsi - BLOCCATELO!- ...stringhe, lacci, guinzagli...-piastrelle gelide...-sorridente piangendo...-



... OGGI COME IERI ... IERI COME DOMANI ...

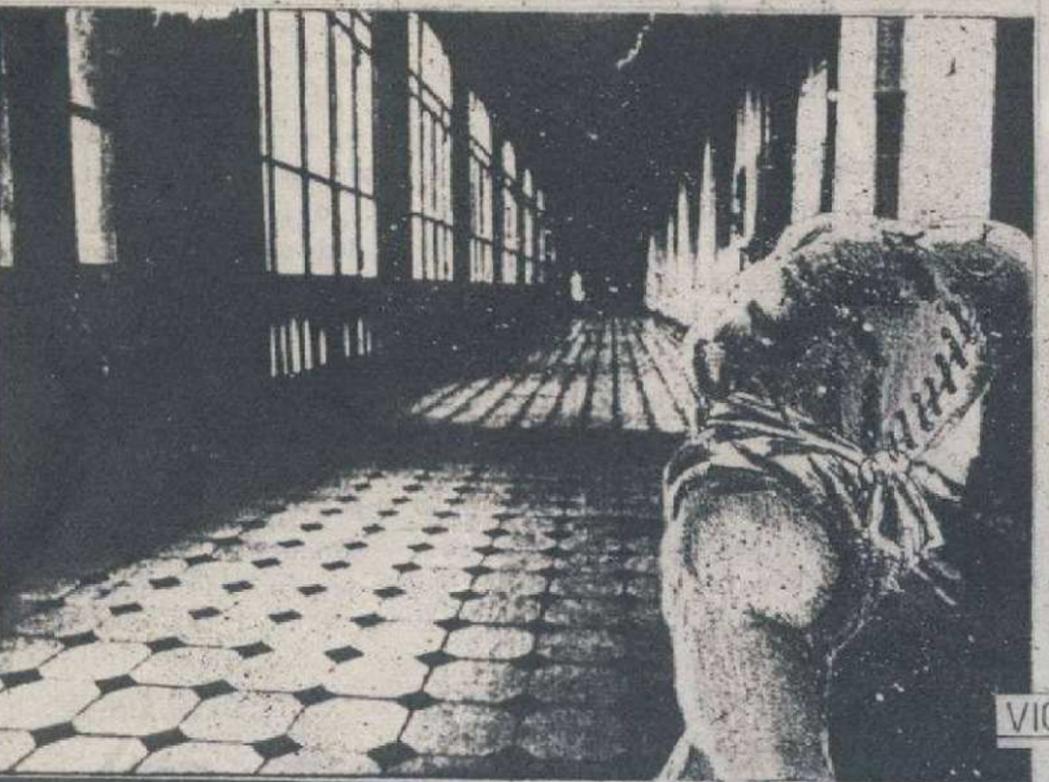
... PRIGIONIERO ...



... TRISTE ...

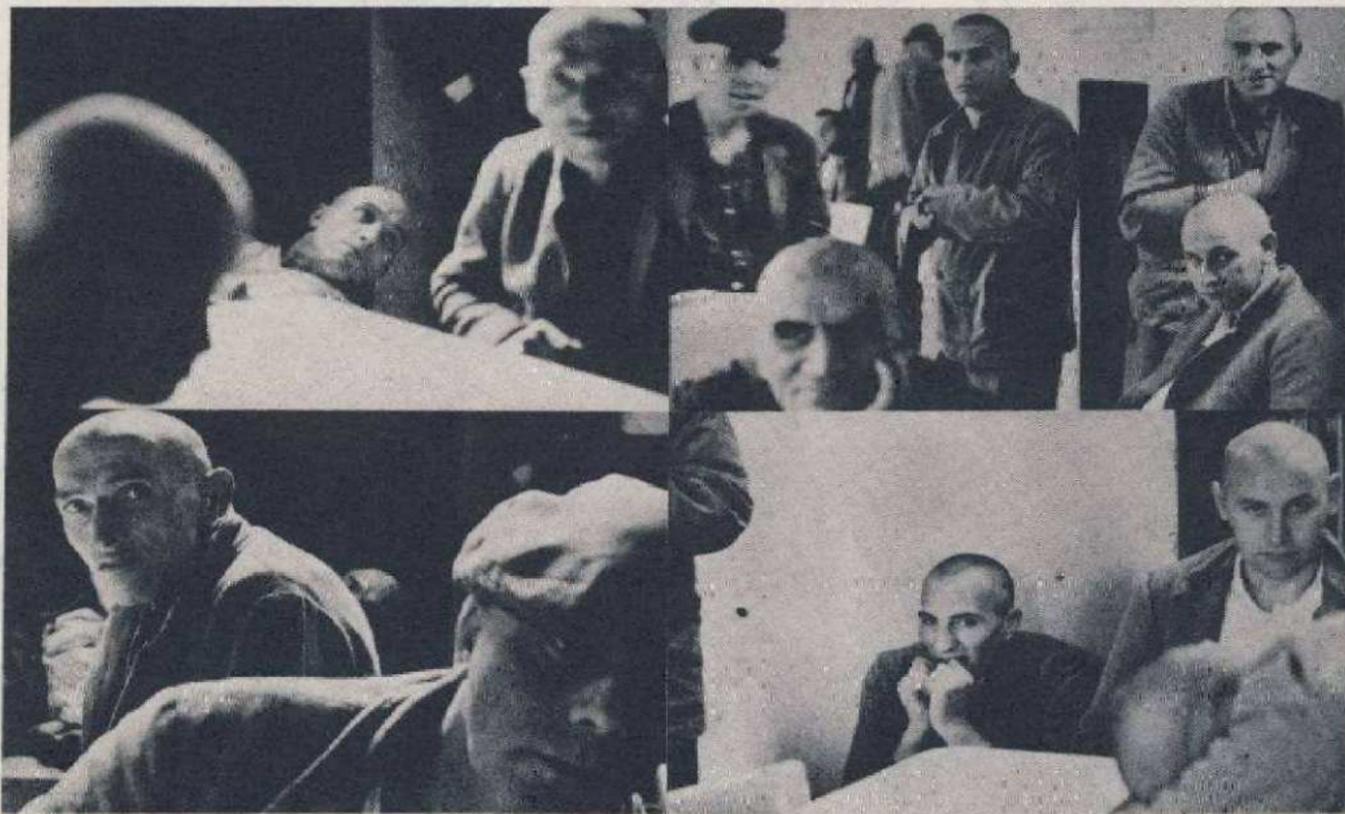


... MUTO ...



VIOLA ENRICO 1987

UN'ALTRA OPINIONE



L'articolo che segue è stato redatto dal direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Mombello, Alberto Madeddu. Abbiamo deciso di dargli spazio perchè racchiude tesi ed opinioni di chi non condivide propriamente la 180 e i suoi retroterra culturali. E' interessante notare come in questo scritto sia attaccata una cultura democratico libertaria, che con la promulgazione della 180 ha messo fine alle infamie e alle sofferenze arretrate dall'Istituzione manicomiale, a molti esseri umani. Invece di preoccuparsi di denunciare il voluto, e grave boicottaggio attuato dai partiti istituzionali, che non hanno mai attuato piani di finanziamento e di approntamento di strutture sul territorio, viene attaccata la legge nella sua globalità, e si mistifica la situazione attuale senza tener conto di ciò che accadeva prima e di quelli che sono stati i frutti e gli effetti della cultura dell'Istituzione Totale. E' altrettanto facile e denigratorio, per il prof. Madeddu, affermare che da parte di chi sostiene una cultura libertaria, venga attuata una sorta di esaltazione della follia e del matto come non plus ultra della sovversione, dell'istintività, etc..... Nessuno ha mai voluto sostenere che sia piacevole lo stato d'animo di chi soffre e paga personalmente l'emarginazione di strutture sociali disumanizzanti, che non considerano come valore fondamentale l'essere umano.

Parte di questa relazione è stata esposta ad un recente Convegno. La "testimonianza concreta" era stata sollecitata ma non è stata ancora pubblicata negli atti del congresso. Forse perché non denuncia, non accusa ma cerca di stare dalla parte del malato e dei suoi familiari. Così come lo psichiatra veramente sociale sceglie e dovrebbe lavorare dentro e fuori dell'Istituzione.

In attesa delle riforme o delle controriforme poco o niente è cambiato all'Ospedale G. Antonini di Limbiate. Qualche tamponamento rimediato frettolosamente per turare le falle più vistose ed i vuoti più clamorosi dell'organico. Con l'affluire di nuovo personale sarà forse avviato il programma di ristrutturazione e di trasformazione comunitaria atteso da molto, da troppi anni dal nostro Presidio Ospedaliero.

Per questo ritengo opportuno riproporre "qui e adesso" le stesse considerazioni. Considerazioni reiterate ed invariate perchè invariate sono le risposte mancate, le risposte "di traverso" e le risposte negative alle molte richieste, alle molte domande inutili degli uomini dispari della psichiatria.

UOMINI DISPARI IN PSICHIATRIA

Qualche anno fa uno psichiatra di Parigi, Roger Gentis, scriveva: "Giuro che se domani si decidesse di liquidare in Francia, con mezzi morbidi o delicati, ottantamila malati mentali o psichicamente ritardati, molti milioni di persone troverebbero ciò giustissimo e si parlerebbe sicuramente di opera umanitaria".

Questo tipo di happy-end, che dovrebbe corrispondere alla nota affermazione di Deutsch "La civiltà di un popolo si misura dal modo in cui tratta i suoi malati", era del resto già stato anticipato e sbrigativamente eseguito (senza inceppamenti culturali o contro-culturali) dalle disposizioni impartite da un certo Hitler ai suoi "specialisti" sanitari, poco prima dell'invasione della Polonia.

Alcuni aspetti attuali dell'assistenza psichiatrica in Italia (per colpa della 180 o per colpa della mancata applicazione della 180) ripropongono e richiamano gli atteggiamenti individuali e collettivi, consci o inconsci, di un rifiuto difensivo antico e persistente dei malati difficili (definiti "irrecuperabili") e del loro carico assistenziale, valutato anche economicamente come sempre più gravoso ed inutile.....

In effetti "il cambiamento" ricalca il modello adottato da Reagan negli Stati Uniti.

Per ridurre la spesa pubblica Reagan ha chiuso i manicomi e spedito (go-out) i malati in strada, cominciando dagli assistiti più vulnerabili e più indifesi.

In Italia si è arrivati alla stessa misura, considerata progressista e liberatoria. Per inciso certe alienazioni risultano tanto più pericolose e temibili quanto più strumentalizzano, come presupposto o come pretesto un sentimento, stravagante astratto della libertà.....

Lo Stato quindi trattiene denaro pubblico (denaro che dovrebbe servire, tra l'altro, a creare strutture alternative ai manicomi, strutture previste e delineate ma ancora praticamente inesistenti) per poi pretendere che il malato psichiatrico venga "curato" dalla famiglia. Famiglia spesso definita "patogena".....

Il rifiorire delle cliniche private, le loro lunghissime liste d'attesa, i prezzi della degenza quotidiana (previa cauzione, ovviamente) testimoniano concretamente alcuni indubbi risultati ottenuti dalla legge 180.....

Altro risultato concreto: la condanna a morte dell'ospedale psichiatrico, con un processo inutile perché l'accusato era già da molti anni moribondo.

...Finalità dell'Istituzione è di essere gestita dai rappresentanti spesso meno preparati e meno dotati di una "lottizzazione" politica dilagante, travolgente e forse fatale e irrimediabile.

...Così uno dei nostri reparti più moderni (dotato di palestra, di atelier, di sala riunioni, di sala cinema ecc.) è stato "confiscato" e spicciamente trasformato in un Istituto Tecnico.

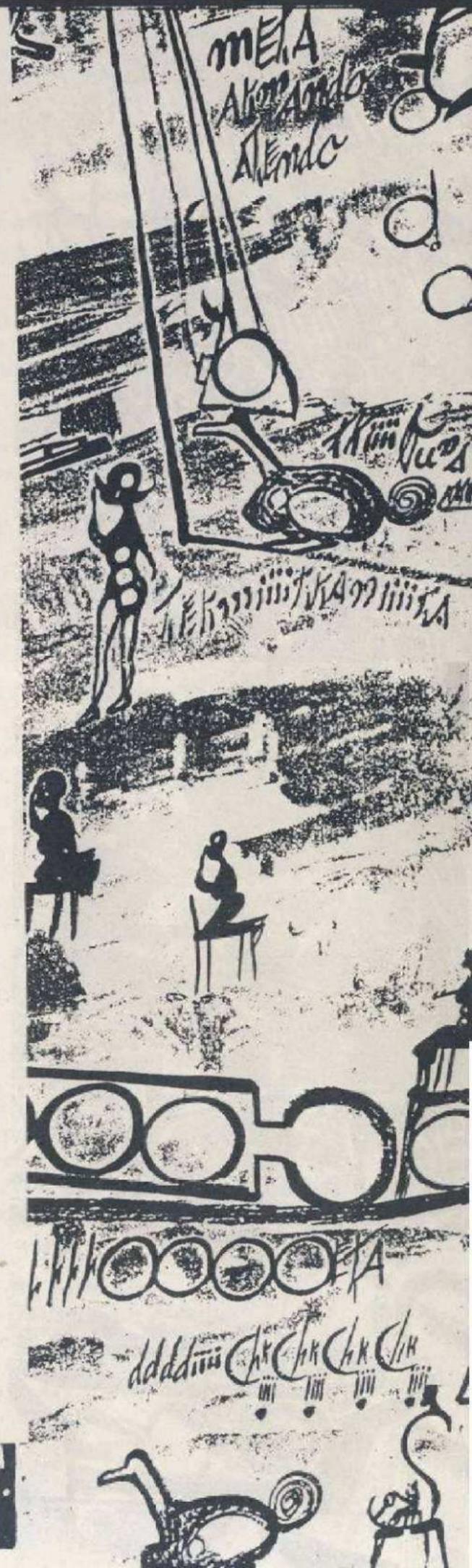
Così il nucleo centrale, storico e culturale dell'Ospedale (Villa Pusterla) è stato trasformato in un Istituto d'Agraria.

Con ulteriore sottrazione della zona agricola, prima adibita, tra le altre, alla terapia delle attività (aktiveretherapie) dei ricoverati. Oltre seicento studenti usufruiscono forzatamente dell'ingresso comune con impossibilità anche minima di controllo dei degenti che entrano e che escono con o senza "permesso", mescolandosi, non sempre gioiosamente, agli studenti e ai molti che si recano ai Centri Polispecialistici (prelievi o visite) strutturati dall'Unità Sanitaria Locale all'interno e raggiungibili sempre attraverso l'unico ingresso comune dell'Ospedale.

Superata e sbriciolata in questo modo l'arcaica funzione custodialistica, deresponsabilizzando il personale di reparto e della portineria per gli allontanamenti e le fughe di malati anche rischiosi (dopo la "vertigine dell'uscita", di solito rientrano volontariamente) persistono comunque le ricorrenti citazioni del Procuratore della Repubblica "per mancata assistenza d'incapace" o, al contrario per "sequestro di persona", secondo gli antichi regolamenti, che la nostra situazione incomparabilmente caotica ci permette di trascurare.

...All'insegna quindi delle "minuscole utopie" personali e private, per affrontare e contrastare i problemi delle turbe psichiche, della repressione, delle devianze, dell'esclusione, dell'emarginazione e dello stesso "ospedalismo", attraverso tappe ideologiche frastornanti ed incalzanti si è arrivati finalmente alla distruzione dell'Ospedale Psichiatrico.

E finalmente si è capito che non è orrenda la follia, ma sono orrendi l'Istituzione e i medici che





vi lavorano. La follia deve rimanere pura e bella, elegante e alla moda, con i suoi stati sognanti o fantasie che spesso fanno spettacolo o poesia, con le sue visioni ed illusioni al di là o al di qua della ragione, che stimolano i nostri deliri interpretativi.

...La follia deve "poter vivere le sue contraddizioni", spesso distruttive contro le quali, malgrado tutto, si era affinato l'intervento psicofarmacologico sempre più adeguato, ma considerato attualmente una colpevole e deplorabile forma di contenzione chimica. Contenzione chimica che intossica (ma tutti i medici alla ricerca o nella scelta del male minore sono degli intossicatori professionali) sopruso farmacologico che "cosifica" il malato, ma per altro facilita "quel distacco che ci permette spesso di soccorrerlo validamente" e ha reso possibile l'approccio sociopsicologico, prima di solito accuratamente evitato.

Del resto per impedire che l'Autorità medica entri in una dimensione oppressiva non basta discutere l'uso dei farmaci, ma occorre rivedere la relazione autorità-dipendenza dialetticamente mascherata.

...L'Ospedale Psichiatrico ha rappresentato per spazio fisico (non si tratta di "letti" ma di ambiente adatto) e per spazio temporale (periodi "necessari", non degenze stagnanti o interminabili), una inconfutabile possibilità di sopravvivenza per gli "uomini dispari", per quegli uomini cioè psichicamente disturbati che "non vogliono o non possono guarire" e che non rientrano negli schemi e nei bilanci assistenziali, economici e politici degli psichiatri o degli antipsichiatri.

L'emarginazione (inutile ricordarlo agli psichiatri rampanti nell'ideologia e più ancora rampanti nella carriera) non nasce dalla diagnosi psichiatrica, nasce dal rifiuto intransigente di una società dove nidificano i miti dell'efficienza e della produttività. L'emarginazione nasce soprattutto dalla paura insostenibile del diverso e dell'imprevedibile.

...La lotta all'Istituzione si è trasformata in un'altra istituzionalizzazione delle strutture intermedie. Strutture scarse, inefficienti e vaghe che, quando ci sono, scandiscono le prestazioni molto burocraticamente solo nei giorni feriali, mai interventi serali e notturni, mai al sabato o alla domenica. Strutture la cui precarietà serve solo a potenziare le cliniche private.

Da una parte quindi l'Ospedale psichiatrico che favorisce l'installarsi di un malato nello stato cronico d'incapacità sociale e di adattamento, con l'imperativo conseguente di evitare l'ospedalizzazione e di sopprimere l'Ospedale.

Di contro le proposte alternative si riassumono nelle forme di presa in carico extra ospedaliera (sul "territorio", debitamente mitizzato) che favoriscono una cronicizzazione più coperta ma sottile e diffusa, con "affiliazione" ad un nuovo ambiente dove la vita sociale è spesso ridotta ai soli rapporti con gli operatori.

...Tra riforma, rivoluzione e restaurazione, tra positività e negatività della legge 180, gli "uomini dispari", più chiariti, più compresi e spiegati, clinicamente, sociologicamente, psicometricamente ed analiticamente più conosciuti, rimangono di fatto sempre più abbandonati.

Nessun provvedimento serio o semplicemente adeguato rappresenta una risposta ai loro bisogni, alle loro esigenze anche più elementari e, per strabismo politico o per strabismo scientifico, debbono procedere nella meticolosa cancellazione di sé, affrettando spesso la loro lenta avanzata verso il nulla, secondo itinerari che "altri" hanno predisposto per la loro dissoluzione terminale.

E se è vero che l'essere autentico dell'uomo è un essere -per- morire, i miei uomini dispari, quei cinquecento che sono rimasti nel mio Ospedale Psichiatrico (dopo le porte aperte, dopo le dimissioni selvagge, e dopo i suicidi) masticano da tempo e ruminano precocemente le loro ceneri in crescente solitudine.

...Nel Presidio Ospedaliero G. Antonini a numero pressochè invariato di ricoverati (circa 500 dal 1978) corrisponde la fuga di molti psichiatri, di quasi tutti gli psicologi, di un centinaio di infermieri e di operatori vari.

...Lo psichiatra che è rimasto a cronicizzare con i suoi cronici, profondamente marcato da ambivalenza, nell'atmosfera stagnante, dove si organizzano sempre più stancamente sentimenti di attrazione e di repulsione, di rispetto e di disprezzo, perfeziona la sua storica impotenza, perde anche il vigoroso piacere di indignarsi, diventa infine, nei giorni che trascorrono "immobili" sull'Ospedale, un uomo diverso dagli altri uomini.

Anche lo psichiatra diventa "un uomo dispari" con insopportabile, vergognosa, angosciata consapevolezza della precarietà della sua presenza e del suo mestiere superfluo.

Alberto Madeddu

(Direttore del Presidio Ospedaliero
G. Antonini di Limbiate -MI-)

"MOMBELLO"

I degenti di questo ospedale sono persone che si portano dietro 30 anni di Istituzione Totale. E' proprio contro questa tendenza che noi stiamo andando, contro l'Istituzione Totale. Ecco perchè nascono la legge 180 e la legge 833. Adesso siamo arrivati ad una situazione per cui solamente se è volontario può essere effettuato il ricovero, cioè i ricoveri avvengono solo mediante la proposta volontaria dei pazienti, altrimenti bisogna passare attraverso il medico curante e poi il sindaco, e nei casi di T.S.O. la trafila è piuttosto lunga. Direi quindi che oggi la tendenza generale non è più di reprimere il disturbo del paziente, la conflittualità o la sua patologia, ma di affrontarli in maniera differente.

Si sta cercando di cambiare linea, cioè di passare da Istituzioni Totali a Istituzioni dove si permette al paziente di recuperare certe sue abilità. Il nostro compito è così quello di rispondere ad esigenze diverse degli Ospedali Psichiatrici dove ora si vuole andare oltre alla "cura in sé" in favore della dignità e del rispetto dei degenti.

Quali osservazioni hai da fare nello specifico della 180 ?

Io personalmente ritengo la 180 molto avanzata. D'altro canto questa legge è stata osservata in altri paesi perchè ritenuta un passo molto avanzato della medicina clinica.

Come legge è ottima, solo che è venuta a mancare la parte pratica, sono venuti a mancare dei centri di riabilitazione, i famosi CRT, i centri residenziali.

Ora la legge andrebbe applicata invece di continuare semplicemente a leggerla, anche perchè la parte più strettamente terapeutica viene lasciata un po' in second'ordine, proprio perchè mancano le strutture e l'esigenza adesso è di creare delle strutture alternative a quelle più istituzionali dell'ospedalizzazione. Si pensa di creare dei centri costituiti da appartamenti, villette dove creare delle piccole comunità in cui lavorare assieme ai pazienti cercando di associare alla parte strettamente medico-farmacologica un trattamento di tipo riabilitativo o risocializzante. Certo è difficile sia per i finanziamenti che per le strutture insufficienti...altrimenti non esisterebbe il problema della legge 180.

Per quanto riguarda le carenze, sono da attribuire innanzi tutto alla separatezza degli interventi. Non esiste coordinamento tra prevenzione, cura e riabilitazione. Bisogna trovare un punto d'incontro tra questi tre momenti.

Un'altra cosa che ritengo importante è il decentramento dei servizi, soprattutto quelli che si devono trovare all'interno della società. E' meglio creare dei centri o delle piccole comunità in cui si viva, piuttosto che creare dei luoghi ghetto.

E' chiaro che vi sono momenti in cui un individuo ha bisogno di un posto dove venga protetto. Ad esempio gli schizofrenici nei momenti di scompenso hanno bisogno di essere contenuti, e i reparti che ci sono negli ospedali psichiatrici devono servire da contenimento nel momento in cui il paziente ha una crisi di tipo acuto. Però, poi si deve lavorare all'esterno dell'ospedale, nei CPS, nei CRT o in altre iniziative che si possono portare avanti.

E' importante stabilire un collegamento tra medico curante psichiatra, e psicologo in modo che si possa intervenire in maniera precisa sul paziente. Inoltre ci devono essere moda-

lità d'intervento al di fuori del reparto psichiatrico che possono essere le attività ambulatoriali, gli interventi domiciliari e le comunità terapeutiche.

Mancano proprio queste cose, o comunque sono insufficienti e contribuiscono a creare il problema della legge 180.

E' inutile lasciare un psicotico grave in balia della famiglia senza assistenza sociale. Tra quella che può essere l'idea e quella che è la pratica c'è una grave frattura. Dal punto di vista teorico possiamo essere tutti d'accordo ma nella pratica ci si rende conto che le difficoltà sono davvero grosse. Recuperare i locali, creare delle équipes che lavorino su queste situazioni.... questo è uno dei più grossi deficit, non rispetto alla legge ma alla sua attuazione.

Però risolvere questi problemi, riguarda le istituzioni e di conseguenza le organizzazioni politiche.....

Questo è un problema che spetta ad organi che io non voglio giudicare, però posso dire che una maggiore efficienza ci aiuterebbe a svolgere il nostro lavoro meglio.

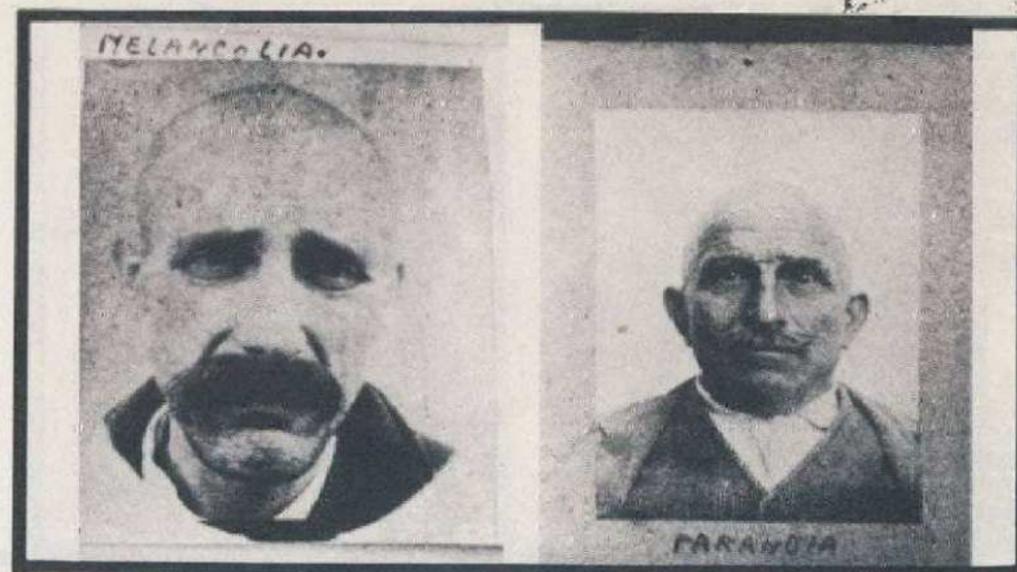
Le cose non si possono risolvere in due o tre anni. E' passato molto tempo perchè rendere reale questo progetto non è semplice, e di questo ne siamo tutti convinti.

Non credi che si tratti di una questione politica, il boicottaggio ?

Non so se poi sia una questione solamente politica quanto anche di organizzare tutto in maniera coordinata. Non si può fare tutto velocemente, ci vuole del tempo. Questa è una legge molto difficile da applicare. Molto spesso non teniamo conto delle difficoltà che ha la sua applicazione. La legge ha un sua logica interna. Quando la legge è chiara non lo è più, o comunque è molto difficile da applicare, nel momento in cui si passa all'atto pratico. Credo, però, che sia una questione di tempo. I nuovi operatori, gli psichiatri che stanno venendo fuori in questi anni, sono persone che hanno la volontà di portare avanti questo tipo di lavoro.

Cosa sono i CPS ?

Sarebbero i Centri Psico Sociali. Gli ambulatori dove il





paziente si rivolge per una richiesta di aiuto o di assistenza, all'esterno. Sono situati all'interno dei quartieri per cui il paziente è agevolato a trovare una situazione favorevole per reperire un centro. I CRT sono invece i Centri Territoriali dove si possono attuare alcuni tipi di terapie e dove si possono svolgere attività diverse da quelle più strettamente cliniche.

Ci puoi dire qualcosa in merito alla legge 180 ?

L'articolo 1 della 180 è un punto fondamentale, vi si dice che esiste una dignità umana che deve essere rispettata. Non è più come in passato per cui era facile internare qualcuno in un manicomio senza che questi venisse garantito. Presupposto questo molto importante. Poi c'è l'articolo 2, in cui si dice che, solo in casi particolari, negli ospedali generali i reparti psichiatrici possono tenere in osservazione una persona che comunque vi può rimanere per un periodo limitato di 7 giorni quando non ci sono altre possibilità extraospedaliere. Questo si rende possibile nelle fasi di crisi acute del paziente.

I familiari chiedono spesso il ricovero ?

No, questo viene proposto dal medico e poi si inizia la trafila. Ecco in questo senso è importante che chiunque, nei casi di TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), può chiedere al sindaco la revoca del trattamento, e quindi questo paziente viene dimesso immediatamente.

Hai molti rapporti coi familiari ?

Vi sono dei casi in cui la presenza dei familiari è molto importante, altri in cui no. Non si può generalizzare. Varia a seconda dei casi. E poi molte volte il coinvolgimento dei parenti è relativo, anche perchè magari sono lontani o non ci sono.

Direi però che a volte si verificano rapporti viziati e altre in cui l'interessamento dei familiari, ai fini della cura, non è importante. Possono esserci anche casi in cui esistono rapporti affettivi di tipo patologico e che quindi non si possono considerare positivi.

Non parlerei comunque di rapporti buoni o rapporti cattivi coi familiari... Molto spesso i problemi non riguardano solo il degente, ma tutta la famiglia stessa.

C'è un'altra cosa riguardo la 180, e nello specifico l'articolo 7, in cui si decreta la scomparsa dell'Istituzione

manicomiale. Con questo articolo infatti si vuole eliminare il rapporto tra malato e medico esistente in passato. Prima esisteva un'Istituzione ghetto: il manicomio; ora si cercano delle strade alternative nel rapporto col malato.

Secondo te questo sta effettivamente accadendo ?

E' chiaro che nel momento in cui ci sono dei cambiamenti ci sono anche delle resistenze. E' chiaro che per cambiare il modo di vivere con il paziente, deve cambiare anche un modo di pensare, e che bisogna avere delle soluzioni alternative precise.

Chiaramente c'è chi non è d'accordo con la legge 180. Io dal mio punto di vista credo che sia buona, e che deve ancora trovare una sua completezza a livello pratico. Molti dicono che i pazienti sono stati abbandonati a se stessi, e questo è il parere di molti famiglie di malati. Se, come viene definito nella legge 180, vi fossero un numero maggiore di centri alternativi, di comunità extramurarie adeguati alle esigenze che ci sono realmente; probabilmente non esisterebbero più questo tipo di lamentele. Ci sarebbe invece la possibilità di lavorare meglio, e non solo di curare il paziente in senso farmacologico, ma anche attraverso questi centri, di trovare soluzioni alternative al problema dalla pura e semplice curializzazione.

Così come sono importanti gli interventi preventivi oppure di emergenza che devono essere attuati all'interno delle famiglie.

Cosa intendi per prevenzione ?

E' la cosa più difficile da attuare. Anche in questo caso sarà il tempo a sciogliere i nodi. Prevenzione vuol dire anche cercare di eliminare situazioni di tipo patogeno, parlo anche a livello sociale.

In che senso ?

Se ad esempio una famiglia vive in una stanza con 8 figli più i genitori, e il bambino comincia ad avere dei problemi inerenti alla sua personalità, si vedrà di venire incontro alle esigenze della famiglia e quindi toglierla da una situazione così "rischiosa". Chiaramente ci sono delle condizioni sociali che possono favorire dei conflitti. Questo che ho portato è solo un esempio. Intendevo dire che a livello di prevenzione non devi vagliare solamente la situazione del paziente ma devi vedere anche la situazione in generale.

Vi sono dei nessi tra condizioni di emarginazione, situazioni familiari e follia ?

No, non credo. E' chiaro che una persona molto ricca invece di andare in ambulatorio andrà dal suo psichiatra. E' ovvio che in una situazione sociale meno abiente uno viene da noi in manicomio.

Ma anche qui non è ben chiara la cosa. Io non farei differenze di condizioni sociali ed economiche.

In alcuni casi esiste il nesso ma in altri proprio no. A seconda dei casi puoi avere una miriade di soluzioni differenti. E' fondamentale sbagliato generalizzare. Ti muovi a seconda dei casi, delle situazioni. Ogni volta che hai un paziente, la cosa più difficile è quella di non far combaciare quel caso con tutti quelli che hai visto.



Perchè quello è un singolo, ha una sua storia; ci possono essere dei punti in comune con altri tipi di disturbi ma anche questi vengono sconfermati, dopo un po'.

Tornando al discorso della prevenzione, questo riguarda le strutture sociali ?

Sarei già contento che funzionassero i momenti di cura e di riabilitazione più che quello preventivo. Quello della prevenzione è un problema che va bene in alcuni casi quando questi sono chiari ed evidenti.

Quello che tu dici è che si deve intervenire prima possibile, cercando di eliminare delle situazioni che possano peggiorare o aggravare le condizioni di un individuo ?

Sì certo, e anche lì dipende dal caso specifico. Io intendo eliminare le caratteristiche che possono aggravare le situazioni dei singoli pazienti. Possono essere interventi di tipo sociale, di tipo terapeutico, è molto difficile definire in uno schema che cos'è la prevenzione.

Tu hai scelto di lavorare qui dentro oppure si è trattato di coincidenze ?

Io parlo di coincidenze; oggi in generale credo che sia un lusso aver la possibilità di scegliere cosa si vuol fare. E' stato un po' casuale che io sia qui, c'era bisogno di un supplente psicologo, ho fatto la domanda, ed è stata accettata.

Visto che hai iniziato a lavorare qui, pensi si continuare o vuoi andartene ?

E' una delle più grosse domande. Quello che farò in un futuro non lo so. Io onestamente lavoro più di quello che prendo, ma questa è una scelta individuale. C'è invece chi dice: 'dò un certo tot, rispetto al luogo dove sono', ma a me piace questo lavoro e faccio quello che posso.

Se poi qualcuno mi chiedesse se faccio il lavoro di psicologo, in senso ortodosso (diagnosi etc...) sarei un po' titubante a rispondergli di sì. E questo perchè qui dentro ci sono persone che sono qui da decenni e per le quali c'è ben poco da fare diagnosi. Sono già state fatte e puoi far solo delle verifiche, dei controlli.

Il lavoro su cui io batto particolarmente è più quello di tipo risocializzante, portando avanti attività che non sono di mia stretta competenza, ma che io ritengo importanti per loro. Secondo me bisogna adattarsi anche alla situazione in cui tu operi; io vivo qui e cerco di rispondere ai loro bisogni o a quelle che possono essere le loro richieste. Come ad esempio l'uscire la sera con loro e andare a mangiare la pizza. Anche perchè io so che con la pizza io posso fare altri tipi di lavori, quali mettere in contatto i vari pazienti tra di loro.

Esistono rapporti anche tra degenti di reparti diversi ?

Può darsi che qualche paziente tra un reparto e l'altro si conosca. I rapporti sono tra loro molto superficiali, e legati molto alla situazione che vi è in quel momento. Io ad esempio faccio fare delle attività dove è necessaria la collaborazione, cercando così di farli avvicinare, tenendo conto della loro patologia, delle loro difficoltà, della loro vergogna.

Loro sentono molto il passare monotono del tempo ?

No, forse non lo sentiamo neanche noi. Questo è un posto senza tempo, nel senso che non ci se ne accorge.

Quando io parlo di esperienze comunicabili, parlo di un vissuto personale talmente forte, impercettibilmente con sapevole. Sono delle sensazioni che ti prendono sin da quando arrivi a quando te ne vai. C'è di tutto, quello che loro hanno vissuto e che ti trasmettono: una parola, un gesto un sorriso. Ti comunicano qualcosa che tu afferrisci ma di cui non sei consapevole immediatamente.

E tu vivi dal mattino alla sera in mezzo a questa realtà; una realtà molto forte....e qui non esiste il buono, il giusto, il cattivo.... Non so neanche se esiste in assoluto. Non so se esiste la sofferenza, questo concetto.

In loro non la vedi ?

Noi abbiamo visto nei loro sguardi: la noia, l'apatia e anche la passività; e ci hanno molto impressionato.

Ci sono due elementi come avete individuato pure voi. Forse l'apatia, forse la noia forse questi sono gli elementi che si vedono.

Chiaramente esiste la sofferenza, però non è la sofferenza come la intendiamo noi, è qualcosa di estremamente soggettivo. E' qualcosa di diverso da quello che noi possiamo capire o interpretare. E' importante trasmettere gli qualcosa di diverso dall'apatia e la noia.

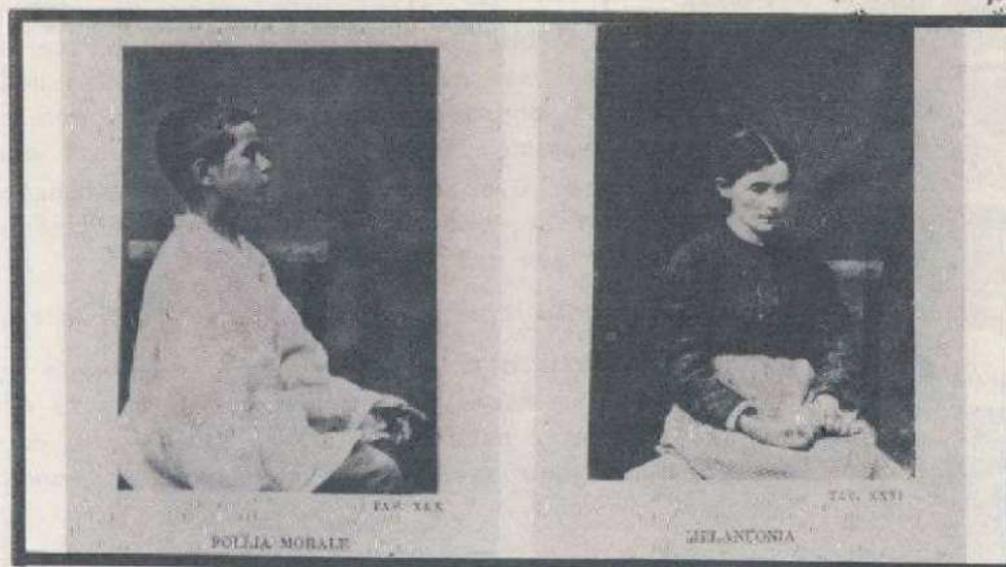
Il nostro compito è anche questo. Perchè questo è un posto dove tu devi dare. Assolutamente.

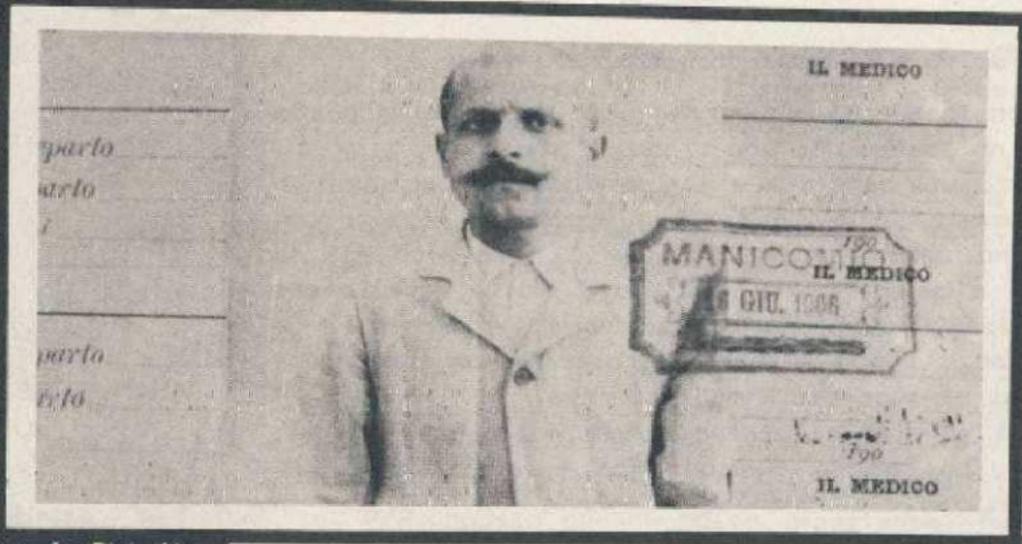
Come esperienza personale credo sia davvero sconvolgente; sei anche tu che giochi con loro. Quando stai col paziente lui non è da un lato e tu non sei dall'altro. Qui ti accorgi che anche tu giochi all'interno di questo rapporto e che ti metti in discussione come persona. Io mi metto sempre in gioco nel momento in cui sto con loro.

Ci sono differenze di rapporto tra chi lavora nelle attività di laboratorio e i vari operatori ?

Qui dipende dalle persone. Puoi trovare chi si mette in gioco, ed è dentro con la sua persona in questo lavoro, per cui non può distanziarsi, non gli è possibile, e trovi chi non lo fa.

Ma metterti in gioco poi vuol dire anche sapersi giocare bene. Sapere come si gioca all'interno del loro rapporto;





anche perchè loro hanno 30 anni di Istituzione alle spalle. Tutti i trucchetti, tutte le cose le conoscono molto bene: come ottenere, e come non ottenere. Così devi tener conto che ci sono delle esigenze che devi bloccare, e altre che devi far venire fuori. Ci sono poi i tuoi bisogni personali con cui devi sempre fare i conti, ad esempio quello di essere gratificato. Quindi significa sapere che ci sono dei bisogni tuoi e dei bisogni loro, e che tu visto che sei psicologo devi essere in grado di saperli gestire. E tutto questo lo devi fare sempre quotidianamente.

Volevamo sapere qualcosa in merito alla sessualità .

Anche qui non si può generalizzare, in alcuni pazienti ci sono certe esigenze che si esprimono con le possibilità che hanno. Altri invece, che non hanno queste esigenze nel senso che intendiamo noi.

Io sono convinto che in ogni caso loro si debbano vivere le loro situazioni. Noi non siamo qui per giudicare se è giusto oppure no.

Questo aspetto della sessualità, solitamente viene negato, e se c'è, non ci viene comunicato e comunque in alcuni pazienti esiste.

Parlare qui di sessualità è molto difficile. Sono persone che sono nell'Istituzione da tanti anni, e che seguono le loro strade, le loro esigenze. Non tutti, certo.

Nelle persone che sono più o meno consapevoli non è molto importante se hanno una loro sessualità o no. E comunque non gliela vai a mutare.

Il problema della sessualità è decisamente irrilevante rispetto a tutti gli altri problemi e bisogni che loro hanno. Anche perchè le patologie spesso volte sono così gravi che non esiste neanche la consapevolezza dell'altro. Se tu non hai consapevolezza dell'altro, non esiste di conseguenza neppure l'oggetto sessuale, questi non ha nessun significato. O, se questo altro vive in funzione di un certo tuo bisogno -per esempio quello di assistenza- l'aspetto sessuale non esiste minimamente.

Vi sono relazioni tra persone di sesso diverso ?

Senti qui è anche difficile che loro riescano a scambiarsi due parole. Per dirti il livello di patologia che esiste qua dentro, sono patologie gravi quelle che dobbiamo affrontare. Ci sono sicuramente dei casi ma sono singoli, 3 o 4 per reparto.

In qualunque caso non è che se si masturbano, o hanno pulsioni di questo tipo, non creano nessun problema.

Anche riguardo l'omosessualità noi ragioniamo con dei parametri che valgono all'interno del nostro mondo, ma che per loro queste realtà non sono le stesse cose che intendiamo noi. Per loro esistono dei bisogni che vanno ancora prima, di quelli che possono invece essere i nostri bisogni.

La cosa più difficile, secondo me, è capire che loro hanno un linguaggio che è molto personale, soggettivo. Una parte è condiviso anche da noi; sono i famosi residui: "Buon giorno", "Buona Sera".

Per parlare con loro devi imparare a utilizzare il loro tipo di linguaggio che ha un significato particolare. La stessa parola per loro ha un significato del tutto personale, per cui il tuo rapporto è sempre differenziato dall'altro. Ogni paziente ha un suo vissuto e quindi anche se le patologie sono simili, quando parli con un paziente devi eliminare quelli che sono i luoghi comuni e ricostruire la sua storia.

Molti errori che si fanno è perchè si dà per scontato: "oh, quello ha quel tipo di disturbo, allora è così!..." si generalizza, si fa la categoria.

Può anche essere così ma devi rifare la strada e non darlo per scontato.

Ti è capitato di legarti magari affettivamente a qualcuno di loro o ad avere rapporti particolari ?

Certo ho avuto rapporti affettivi particolari. Chi dice "per me son tutti uguali" o non capisce nulla oppure non s'è mai messo in gioco come terapeuta e come persona. Anch'io ho le mie simpatie. Mi è simpatico uno perchè evidentemente ci son delle cose in lui che più si incontrano con quella che può essere la mia modalità, il mio modo di propormi.

Non si parla di antipatia o simpatia in sè, ma di coinvolgimento emotivo. Ci sono delle persone con cui sei più coinvolto emotivamente, ne prendi atto e cerchi di capire perchè esiste questo.

E' importante nel nostro lavoro essere in grado di cambiare, di non dare nulla per scontato e tantomeno accettare l'idea che esiste una 'verità'. Esistono diverse realtà e noi di fronte a queste ci dobbiamo adeguare.

Vi sono diversi modi di affrontare il medesimo problema; senza mai partire col dire ciò che è giusto e ciò che è sbagliato.

Una cosa che può fregare l'operatore è avere a che fare con la morale. Il fatto è che noi ci troviamo nel rapporto tra un individuo che si trova di fronte a un'altra persona che soffre e che si porta il suo bagaglio, noi dobbiamo essere molto disponibile ad accoglierli.

Quindi si deve accettare l'idea che non esiste un modello teorico giusto/buono ed uno cattivo. A seconda del paziente possono andare bene delle cose e non altre. E' questo ciò che devi capire quando un paziente ha bisogno di una metodica piuttosto che la mia usuale. Non a tutti i costi io devo applicare il mio tipo di terapia perchè questa è il mio dogma.. Si deve innanzitutto essere umani, comunicare, e fare in modo che l'altro comunichi.

Uno psicologo
dell'Osp. Antonini

Come é per te stare all'interno dell'ospedale psichiatrico?

Sono entrato qui dentro con molte diffidenze, in parte dovute alla totale ignoranza sul mondo della follia e in parte alle mie paure che ho verificato superabili grazie ad un contatto diretto e ad una maggiore conoscenza.

La mia permanenza qui, nello specifico dei rapporti con i malati, non mi da particolari problemi. Noi obiettori siamo stati bene accettati, ci vedono come chi, in un certo senso li fa divertire o chi gli offre delle possibilità in più di fare delle cose che gli piacciono. Nel complesso il rapporto é abbastanza buono. Magari é problematico con dei singoli personaggi, oppure si complica in casi particolari. C'è un malato abbastanza violento che ce l'aveva su con noi, per un certo periodo, perché facevamo lavorare dei pazienti in un orto, e questo lo interpretava come uno sfruttamento da parte nostra nei confronti degli altri.

Come hai vissuto questa situazione? Ti é mai capitato di avere degli scontri diretti?

Sì, mi é capitato, soprattutto nello svolgimento di questi progetti. Generalmente ho affrontato queste situazioni con molta decisione perché ad un certo punto devi mettere la tua parola contro la loro. Se accade che uno si mette a fare l'aggressivo con qualcuno del gruppo in un momento di giochi o di animazione, allora bisogna intervenire facendogli capire che deve rientrare anche lui nel gioco oppure se ne deve andare. E questo é fonte di grossi problemi, anche perché c'è un bel dire su principi teorici, mentre nella pratica, molto spesso, bisogna avere una certa forza nell'affrontare una situazione oltre ai principi.

Forza fisica, psicologica?

No, no. Di tipo psicologico.

Tendi a porre il tuo ruolo?

Sì, ma tendiamo, nel limite del possibile a non imporlo., anche se é chiaro che all'interno del progetto ci deve essere qualcuno che dà gli ordini; questo ruolo di fatto, cerchiamo sempre di scambiarcelo, in modo che non sia sempre la stessa persona ad averlo, per permettere di non impostare il rapporto in termini di superiorità e inferiorità, ma di far sentire che si é in mezzo a loro, e così accade che con noi magari i malati si aprono di più.

Purtroppo in alcuni casi bisogna far valere una forma di autorità, come nel caso dell'elemento violento.

Qui dentro il discorso dell'autorità c'è molto tra i medici e devo dire anche con gli infermieri, che ci tengono di più ad imporre un ruolo ... é questa differenza tra sani e malati. Una volta é accaduto che un malato portò una critica, molto giusta, al suo caporeparto, che gli rispose di stare zitto e di fare l'ammalato. Ne capitano tantissimi di questi incidenti, molti di più di quanto si pensi.

Ti é mai capitato di avere dei contrasti fisici?

No, di tipo fisico mai. Ci sono state e vi sono solo delle comunicazioni d'affetto. No, di scontri mai. Direi che a parte occasioni particolari e sporadiche in cui un degenere é colto da raptus, é difficile che un malato ce l'abbia su con te in maniera immotivata.



Come la vedi utilizzabile l'utilizzazione della forza nei loro confronti?

Se uno ti attacca alla gola e intervengono in tre o quattro per bloccarlo, in questo caso l'uso della forza mi sembra necessario, non mi sembra ci siano altre soluzioni. Non certo a livello di violenza sul malato. Tutto questo aspetto delle camicie di forza e dei metodi coercitivi é stato risolto con l'uso degli psicofarmaci che, in generale, tolgono sia la forza che la carica di aggressività di un individuo.

Tu sei d'accordo con l'uso degli psicofarmaci?

Mah, piuttosto che le camicie di forza o altro penso che siano meglio gli psicofarmaci, anche se purtroppo hanno delle controindicazioni. Ad esempio danno degli effetti come il tremolio ...

Non pensi che rispetto i sistemi 'duri' questo sia solo meno evidentemente violento?

Sì, sì, é vero. Però é il male minore. Il discorso é: prova tu ad avere a che fare con uno che dà 'fuori di matto', per l'appunto, e capisci, ti può creare un'atmosfera assolutamente insopportabile. Cioé, io penso cos'era qui fino a venti, trent'anni fa. Me lo immagino come un luogo di violenze continue. Qui ci sono stati dei fatti di morte ... un infermiere ammazzato circa vent'anni fa. Si creava un clima assurdo, con gente legata, incatenata. Adesso, invece, bene o male uno non viene segregato vivo.

Gli psicofarmaci vengono usati come preventivi?

Sì, vengono somministrati giornalmente, anche tre volte al giorno.

Quini l'effetto dello psicofarmaco é costante?

Sì, direi di sì. Io non me ne intendo per cui poi domandate ai dottori. Comunque lo psicofarmaco va preso costantemente e serve per tenere "giù di tono" l'aggressività e la fase delirante di un individuo. E' una forma che comprime la produttività un po' a tutti i livelli.

Fino a pochi anni fa non c'era contatto diretto. Gli stessi psichiatri avevano un rapporto a distanza, e gli psicologi non avevano rapporti coi malati, perché c'era la "paura del violento". Il direttore ci dice sempre che é da quando sono stati inventati gli psicofarmaci che gli psicologi si sono azzardati a studiare direttamente i malati, perché

prima avevano troppa paura di contatti ravvicinati, da cui non sapevano cosa aspettarsi.

I degenti, secondo te, come vivono lo star qui dentro?

Quando sono entrato qui per la prima volta ho avuto una sensazione di squallore totale. Vedevo questo posto come una galera, un posto dove prima di tutto imperava la noia (cosa di cui sono sempre convinto) con una grande parte di tristezza e malinconia. Andando avanti, dico: la noia continua ad esserci, la tristezza pure però scopro che si è creato una specie di microcosmo, di relazioni, di abitudini che mi ha stupito moltissimo.

In effetti questo è un luogo dove, bene o male, ci sono tante micro storie interne; è un mondo molto più brulicante, con dei propri equilibri interni, di quanto uno venendo dal di fuori non possa aspettarsi. E questo secondo me, perchè gli esseri umani hanno capacità d'adattamento incredibili, riescono nonostante tutto anche in ambienti come questo, così squallidi, magari a ricrearsi delle strutture di relazione.

Molti di loro vivono male star qui dentro, molti altri invece no. Innanzitutto perchè fuori di qui non saprebbero dove andare, e non vi vogliono neanche andare.

Perchè secondo te, non ci vogliono andare?

Non ci vogliono andare perchè da una parte si sentono incapaci, dall'altra hanno paura e quindi gli torna comodo di stare qui dentro.

C'è un degente molto simpatico, che ti dice che per lui è una pacchia qui dentro perchè si mangia e si beve gratis, senza pagare nulla.

Spesso c'è una vera e propria strategia del malato di mente, che ha dei benefici secondari che consistono nell'assistenzialismo; nel quale poi il degente si adagia, ci sta dentro e vive.

Nei loro confronti quali stati d'animo provi e hai provato?

All'inizio ero molto inesperto e quindi mi facevo molto guidare dalla compassione, che è però dato negativo perchè spesso ti fa cadere nel gioco del malato.

Il malato ha infatti una specie di strategia delirante in cui cerca di tirarti dentro e tu con un simile sentimento rischi di assecondare le cose di lui, magari patologiche, anzichè proporgli un rinforzo verso quella che è la sua parte sana.

Ho avuto è ovvio, una evoluzione anche io. Qui dentro ci sono alcuni che hanno delle forme di delirio che fanno leva su alcuni sentimenti per cui uno poi è portato ad immedesimarsi, dimenticandosi che ha a che fare con uno psicotico. Beh, ho imparato pian piano ad acquisire una maggiore scaltrezza a questo livello.

Secondo te è sbagliato separare il fatto che lui sia o meno uno psicotico?

In alcuni casi sì. A parte che spesso anche delle cose molto toccanti scopri che sono delle balle.

Con loro ti trovi ad avere un rapporto con un malato o con un essere umano?

Lo senti come un "differente"?

No, no come un essere umano, che ha però delle sue modalità di rapportarsi a me. E' differente rispetto a me per certi versi, ma per altri no. E allora se possibile gioco il rapporto su questi altri lati, questa sua parte sana.

Esiste in molti di loro una capacità di relazionarsi, in qualche maniera oggettiva, non delirante, non patologica. Noi favoriamo piuttosto una cosa del genere oppure il fare insieme delle attività che possano incentivare delle capacità manuali, di applicarsi, di crescita e non del rinchiudersi nel proprio mondo, isolati.

Per alcune cose, io so che posso trattare, con alcuni almeno nè più nè meno come con te adesso mentre per altre no.

Per la maggior parte dei casi però un rapporto come tra me e te, non è proprio possibile. Però non per questo, non è che loro non siano degli esseri umani. Io credo nel valore di queste piccole cose che io faccio, proprio perchè hanno un effetto benefico su questa umanità che bene o male c'è in loro.

Un Obiettore di coscienza
dell'Ospedale Antonini

Lavoro da venticinque anni. Ho iniziato la mia carriera facendo l'infermiere, poi l'infermiera e dall'82 sono capo reparto.

In questi ultimi dieci anni c'è stato un grosso cambiamento sul piano lavorativo, anche se in effetti qui è solo da un paio d'anni che si risente della venuta della 180, in modo che si vive e si vede l'ospedale sotto un altro aspetto. Prima era il manicomio, con le porte chiuse e i pazienti non uscivano se non erano accompagnati. Bisognava attenersi alla legge.

Vi era una grossa responsabilità da parte nostra sui degenti che oggi è venuta un po' a mancare anche se comunque per un verso esiste lo stesso la responsabilità della custodia dei pazienti, ma è tutto il rapporto con loro che è cambiato. Ora sono quasi tutti volontari e qui ne abbiamo pochissimi in Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), sono

Onofrio Francosca (Demenza senile agitata) - nel manicomio di 18 anni.

praticamente dei liberi cittadini e quindi non gli si può dire "No, tu non esci. Devi stare per forza qui..."

Proprio per questa ragione abbiamo notato dei grossi squilibri come dire: prima erano più accuditi proprio perchè lo diceva la legge, esistevano degli obblighi precisi. Oggi non possiamo più essere così rigidi, e questo ovviamente da una parte è un bene mentre dall'altra no.

Qui ad esempio uno dei più grossi problemi è l'ozio, e un altro grave aspetto è quello della passività. Infatti è aumentato notevolmente il numero degli alcolisti, vi sono alcuni casi di prostituzione e alcuni vanno ad elemosinare.

Il problema della noia e dell'apatia non è forse un limite nel non saper fornire una serie di stimoli da parte vostra?

Sì, infatti. Fino a pochi anni fa non si è fatto nulla in questo senso, anche perchè devo dire che la legge ci era contro. Prima avevamo dei pazienti che andavano a lavorare fuori, c'erano anche delle ditte che portavano dei piccoli lavoretti di artigianato qua dentro e non è stato più possibile proseguire in questo senso perchè si parlò di sfruttamento dei pazienti.

Secondo me era da vedere in un'altra ottica, in quanto era molto utile a loro occupare del tempo per risolvere il problema dell'ozio.

Adesso si sta operando per fargli occupare il tempo; ci sono delle iniziative come gli atelier, si ha in programma una cooperativa di lavoro soprattutto per occupare i più giovani, i più recuperabili.

Come hanno vissuto, i degenti, le modificazioni apportate con la legge 180?

Direi bene. Dalla chiusura dell'Istituzione Totale (si parla di 15 anni fa, in quanto già dal 68/69 vi furono delle battaglie interne per ottenere un'apertura all'esterno) fino alla 180 i degenti hanno vissuto degli importantissimi cambiamenti. Noi invece abbiamo l'handicap del non saper fino a che punto siamo responsabili di loro. Ad esempio se un paziente si allontana non sappiamo cosa possa accadergli... e nel caso accadesse qualcosa ad uno dei degenti al di fuori dell'Ospedale è a discrezione del giudice stabilire le responsabilità, in quanto la legge non è ben chiara.

Succede spesso per gli alcolisti che ubriachi, cadano e si andano a prendere al di fuori dell'Ospedale. Alcuni infermieri si rifiutano, per altri diventa esclusivamente un problema di coscienza.

Esiste un rapporto di coscienza col lavoro da parte degli infermieri, oppure esistono solo le 8 ore di lavoro fine a se stesse?

Non sempre è così, anche se è vero che esistono diversi problemi che variano da individuo a individuo. Non direi proprio che tutti aspettano la fine delle 8 ore o la fine del mese. È vero che negli ultimi anni si è creato un grosso scontento tra gli infermieri, soprattutto tra coloro che lavorano qui da tanti anni, per i quali il cambiamento è stato molto duro. C'è stato un grosso esodo di personale in questi ultimi anni e si lavora sotto organico. Molti se ne vanno anche se per qualche anno potrebbero ancora rimanere. Accettare il cambiamento è stato molto difficoltoso, anche perchè fino a quando il personale dipendeva dalla Provincia era più valorizzato. Ora non esiste più il diploma di

Infermiere Psichiatrico mentre è rimasto quello di Infermiere Professionale, così che oggi sono pochi gli infermieri che entrano in Ospedale Psichiatrico oppure accade che una persona che ha una qualifica, come trova un posto in Ospedale Civile, prende e se ne va.

Così non riusciamo ad avere il personale al completo: ci sono degli ausiliari che fanno dei corsi di 3 mesi e che vengono affiancati in squadra agli infermieri, ma che a tutti gli effetti svolgono il ruolo degli infermieri. Il 50% delle squadre è costituito da persone non qualificate con 3 mesi di una scuola che non serve a niente. E questo a scapito anche dei pazienti.

Abbiamo notato che al bar viene servito il caffè ai degenti nei bicchierini di carta a differenza delle altre persone. Così come i pazienti mangiano in reparto e gli operatori in mensa.

Il fatto di non avere momenti in comune, non è un'ulteriore forma di separazione tra malati e normali?

Ai tempi questi erano reparti sanatoriali, ed avevamo dei pazienti con la TBC, così si tenevano rigorosamente separate tutte quelle cose che venivano usate dagli ammalati, di conseguenza si tratta di una "vecchia tradizione" che è continuata nel tempo anche se non ha più senso.

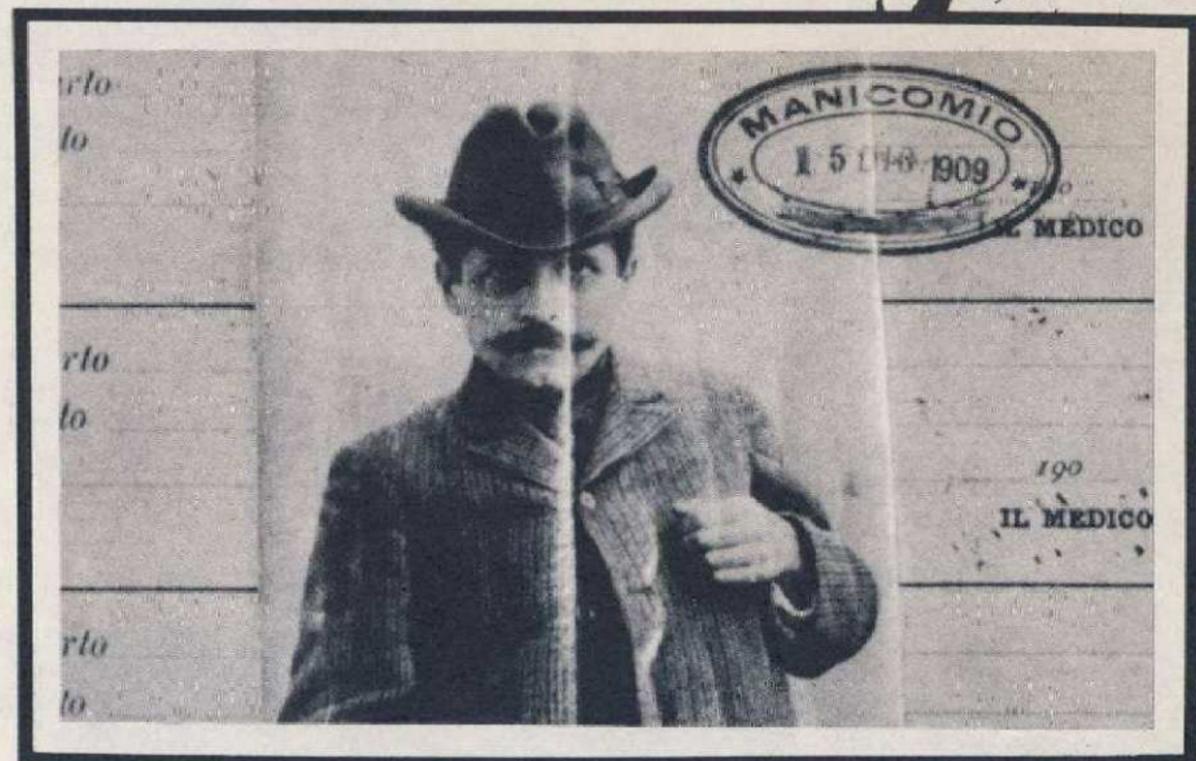
Devo dire che di recente si era parlato di avere la possibilità di portare i pazienti in mensa. Abbiamo fatto questa proposta all'Economo che però ha sollevato una serie di problemi tecnici (non c'è posto, la mensa non è grande...) e così la richiesta è rimasta lì.

Sinceramente non so che tipo di resistenza potesse esistere sta di fatto che la cosa è finita così.

Io, invece, posso dire dell'esperienza del nostro reparto, dove un giorno la settimana si mangia assieme. Mangiare fatto da noi con i pazienti, ed è stata una bella cosa. Organizziamo questo pranzo con una decina di pazienti con i quali ci si suddividono i compiti per cucinare e preparare tutto.

Questa esperienza è vissuta passivamente nella routine delle cose proposte o come uno stimolo?

Tanti si rifiutano di venire anche all'atelier, noi l'invito





lo lasciamo aperto a tutti, lasciamo questa scelta a loro. D'altro canto è anche vero che ci sono pazienti che oziando si trovano bene. Cercheremo di far partire un programma per cercare di spronare queste persone. Comunque chi ha partecipato ai "pranzi", ha vissuto questa esperienza come un ritorno, come un ricordo di quando erano a casa, quando aiutavano la mamma a far da mangiare, "io il sugo lo facevo così".... come se avessero riscoperto qualcosa di perso.

Come vivi il tuo ruolo, la tua professione, le tue mansioni obbligatorie rispetto al fattore umano nel tuo rapporto con i degenti?

Beh, a volte è difficile. Alcune situazioni impongono di essere autorevole e contemporaneamente non devi dimenticare il lato umano. E' difficile avere allo stesso tempo una base di umanità sempre presente insieme nei momenti in cui devi esercitare la tua 'forza autoritaria'. E' difficile e cerco di gestire la cosa al meglio possibile.

Ti capita di avere degli scontri con dei degenti magari anche

Più che con loro, devo dire che questo si verifica con il personale, perché, ad esempio, succede che si, è vero che questi pazienti a volte ti fanno scappare la pazienza, così devo intervenire perché l'infermiere esagera. E allora devo mediare, parlando con l'infermiere/a, cercando di far capire le situazioni, le persone, etc...

Come poni la tua coscienza rispetto all'uso degli psicofarmaci?

Io non faccio altro che eseguire l'ordine del medico, perché non l'ho deciso io che gli devo dare gli psicofarmaci.

Grazie agli psicofarmaci i degenti che hanno reazioni violente vengono tranquillizzati, diventano apatici, vanno avanti e indietro dal reparto al bar/spaccio, sembrano esseri che vegetano. Cosa significa per te, l'uso degli psicofarmaci?

Ma, non lo so, è una questione che non mi pongo. Ripeto, non lo so. A parte che non sono io che li do, ma sono gli infermieri, io su questa cosa non mi pongo il problema, perché non sono io che li prescrivo.

Si, ma il fatto che non sei tu a somministrare gli psicofarmaci non ti esclude dal porti la questione sulla loro utilità. In fondo questa 'soluzione terapeutica' permette di tamponare, di risolvere momentaneamente delle situazioni di sofferenza. Vengono tenuti apparentemente tranquilli, calmi.

Beh, gli psicofarmaci sono un mezzo coercitivo. D'altro canto, se vedo che il paziente che è in cura con psicofarmaci è 'sereno', sono d'accordo, perché altrimenti durante le fasi di delirio o allucinazioni starebbe sicuramente peggio. Accade comunque che poi ci si adagi, perché in pratica con gli psicofarmaci hai risolto il problema.

Molti degenti sono qui da anni. Questa condizione non preclude la possibilità di soluzioni effettivamente curative?

Qui abbiamo a che fare con un problema medico. Si parla di pazienti cronici. Un conto è fare un programma per un paziente acuto: inizialmente gli si dà lo psicofarmaco per

calmare i sintomi più gravi e poi si trova una terapia non farmacologica per il recupero. E' diverso, e non diventa più possibile questa prassi, con gente che è qui da trenta anni. La loro malattia ha cronicizzato, tant'è che molti che ormai non prendono neanche più gli psicofarmaci.

Magari li hanno presi per una vita, ed ora sono fermi a questo stadio e non prendono più nulla.

Purtroppo allora non c'erano altri mezzi. In Italia gli psicofarmaci sono arrivati intorno al '60, per cui sono quasi trent'anni che tanti ne fanno uso ... sono ormai cronicizzati ed ora, dopo anni di terapia farmacologica, sono qui e questa è ormai diventata la loro casa, o perché abbandonati dai parenti o perché questi ormai non li hanno più. Non chiedono neanche di uscire, a loro va bene così.

Ci sono pazienti che poi sono ritornati a casa?

Sì, ricordo di persone che non sono più ritornate qui dentro. Altri tornano periodicamente a farsi controllare, oppure a seconda di come stanno, alternano dei periodi di degenza a dei periodi in cui stanno a casa.

Quelli che hanno i parenti escono e vanno a casa. Quelli che non hanno nessuno hanno anche pochi rapporti con l'esterno o al massimo vanno ai bar fuori dall'Ospedale.

Adesso si stanno facendo, grazie all'arrivo di nuovi operatori, delle uscite settimanali, come andare a mangiare in pizzeria. Ogni dieci quindici giorni si effettuano delle uscite serali con degenti di tre reparti e si è notato un certo cambiamento nel comportamento dei pazienti. Abbiamo notato com'è diverso il loro modo di stare a tavola, di usare le posate, di usare il tovagliolo a differenza di come fanno in reparto; ci tengono a sentirsi come gli altri. Purtroppo riusciamo a farlo solo con dieci pazienti per reparto.

Circa una volta al mese organizziamo delle gite e tenteremo un esperimento, per un numero ristretto, di vivere esperienze in appartamenti che permettano una gestione familiare, condotta da loro con il supporto degli operatori, in modo da fornire la possibilità per i più giovani di vivere all'esterno.

Com'è vissuto all'interno dell'ospedale il problema della sessualità?

Ci sono dei problemi, anche se qui la percentuale delle persone anziane è molto alta. Questo ad esempio è un reparto femminile, e ci sono delle donne che hanno fatto uso di anticoncezionali. Una ha la spirale. La scelta dei contraccettivi la fa il medico, le mandiamo dal ginecologo che decide di conseguenza.

C'era una donna che si prostituiva per avere i soldi e lo faceva contro voglia. Ogni volta che ritornava lei stessa ci raccontava che andava a prostituirsi, e piangeva. Nel suo caso vi era un problema familiare.

La madre non le faceva arrivare i soldi. Ora abbiamo chiarito questa cosa e facciamo in modo di non lasciarla senza denaro, altrimenti lei ci scappa e va a prostituirsi di nuovo. Fino a poco tempo fa prendeva degli anticoncezionali, ora è un grosso rischio, quando esce c'è sempre qualcuno di noi con lei.

Poi ci sono gli uomini. E qui è un grosso problema perché ce ne sono ancora in efficienza, e si arrangiano. Qui dentro si sono formato delle coppie che si sa che hanno

il loro sfogo. Non so dove, come e quando. Penso che ci siano anche degli omosessuali, ma anche tra gli uomini stessi... d'altro canto... è successo anche questo, che hanno provato tra di loro. E quando ti capita giri l'angolo e passi via... Non puoi sgridarli o proibire. D'altro canto se non hanno altri mezzi, e loro si accoppiano tra loro, cosa vuoi fare... una punizione sarebbe vissuta malissimo.

Comunque, rispetto ad un discorso di sessualità, ho l'impressione che non sia stato fatto nulla in senso più generale, mentre penso che i medici abbiano sicuramente seguito, nel caso del mio reparto, queste due, tre donne che hanno rapporti. Ma io in questo momento non vi so dire di più.

Quali sono i rapporti tra i degenti?

Le donne stanno più a gruppi, si difendono di più insieme ed hanno formato dei gruppetti. Magari si accudiscono anche tra di loro mentre gli uomini pensano di più a se stessi. Non ci sono grossi rapporti, amicizie se ne stanno più isolati. Sai, è ovvio c'è l'eccezione per cui trovi anche tra gli uomini chi accudisce l'altro. Tra di loro, anche nei nostri confronti, si difendono. E' anche vero che per certi versi si legano molto al personale che diventa un po' la loro famiglia.

I degenti dei diversi padiglioni hanno dei rapporti tra di loro?

Accade molto raramente che abbiano rapporti perchè sono sempre stati chiusi nei reparti. Non c'è mai stato scambio di rapporti tra pazienti di diversi reparti, in alcuni casi vi sono persone che hanno mantenuto vecchi rapporti d'amicizia anche dopo il trasferimento in altre palazzine dell'Ospedale, ma sono casi sporadici. Il più delle volte non si conoscono tra di loro, infatti si sta tentando con l'istituzione dei laboratori di mettere insieme pazienti di diversi padiglioni.

L'ultima volta che siamo andati in pizzeria abbiamo raggruppato tre reparti e abbiamo notato che tra loro non parlavano molto.

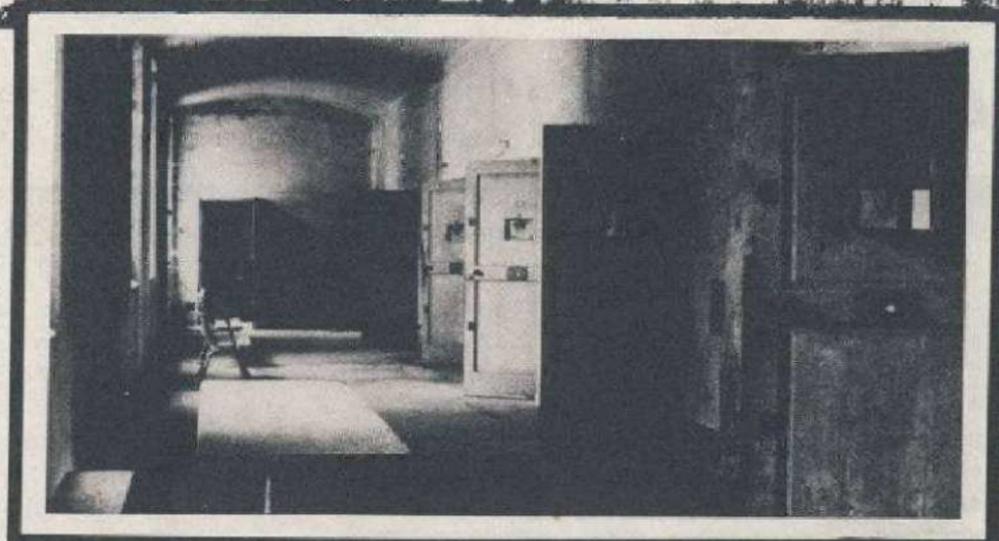
In pratica, in dieci anni dall'approvazione della legge, da quanto tempo esistono i laboratori, gli atelier, i momenti ricreativi e socializzanti?

Ma, gli atelier di reparto esistono da poco, alcuni da un anno. Non in tutti i reparti, però diciamo che è da un paio di anni che si fanno delle esperienze.

L'anno scorso c'è stata l'esperienza di un orto e i pazienti erano molto soddisfatti. Si sentivano gratificati di mangiare le verdure che loro stessi avevano seminato e coltivato. Qualche volta sono state fatte delle uscite per andare al cinema, ma qui dentro non c'è nulla. Siamo anche andati ad un concerto di musica classica, anche ad Holiday On Ice e per loro è stato bellissimo perchè hanno visto cose mai viste prima.

Ci sono anche due o tre televisioni per reparto. Qui resta accesa tutto il giorno ma la vedono proprio in pochi e solo fino ad un certo orario perchè la sera vanno a letto.

Viene vista di giorno perchè è accesa e fa più da sottofondo. Sono pochi quelli che vogliono vedere un programma preciso. La maggior parte dei degenti si è ormai lasciata andare e per molti è difficile anche solo portarli all'esterno.



Molti di loro sono qui a causa della "malattia", per malesse ri che potevano essere risolti senza internamento o per motivi che potevano esulare dal manicomio. Di conseguenza, alcune situazioni sono diventate croniche o patologiche causa il permanere in ospedale psichiatrico?

Eh, sì. Il permanere nell'Istituzione li ha portati ad una esasperazione della malattia. Poi tanti degenti sono entrati qui perchè... boh! Mi viene in mente una paziente che era semplicemente epilettica, una donna intelligente. Da piccola è stata internata, forse anche perchè di famiglia numerosa... comunque lei è qui da bambina.

Ci sono stati casi di degenti che si sono fatti una vita fuori dall'Ospedale?

Un paziente che viveva fuori era rimasto solo e decidemmo col dottore di mandargli una nostra paziente per accudirlo, fargli da mangiare ecc... All'inizio è stato difficile soprattutto per lui accettare questa nuova situazione... alla fine è successo che si sono sposati. Lui però aveva un tumore diagnosticato sei mesi prima e i medici gli lasciavano un anno e mezzo di vita. Lei, abbiamo cercato di tenerla all'oscuro, e va beh, abbiamo detto facciamoli sposare, così lei almeno può percepire la pensione e vediamo se poi riesce a vivere fuori.

Si sono sposati a giugno e lui è morto a dicembre. Lei è stata un po' in questa casa a Milano, ma poi non riusciva più a pagare l'affitto. Così è andata a fare la donna delle pulizie a Stresa in un albergo, dove però la sfruttavano. Siamo andati a prenderla e l'abbiamo riportata qui e poi ha vissuto nelle villette che abbiamo, con altri pazienti, fino a quando ha avuto un ictus.

Di tentativi verso l'esterno ce ne sono stati. Pochi, ma ci sono stati pazienti che hanno avuto la possibilità di proseguire a vivere fuori dall'Ospedale.

Tanti anni fa due donne sono riuscite in questo senso. Una di queste aveva già una casa. Sono diventate amiche qua dentro e poi sono andate a vivere fuori e non sono più rientrate. Hanno trovato il loro spazio. Esiste un grosso problema di case, di spazi che all'esterno mancano. Ci sono delle villette della provincia dove i degenti non pagano né affitto né luce per cui anche con le loro piccole pensioni ce la possono fare a vivere perchè devono solo mangiare, vestirsi... e non hanno poi delle grandi esigenze.

Una Capo Reparto
dell'Ospedale Antonini

ARTE E PSICOPATOLOGIA

a cura di Bianca VISENTIN

In questa parte viene trattato un altro aspetto del rapporto con la pazzia, che riguarda l'espressione artistica dei malati di mente. Le forme d'espressività figurativa sono state relazionate alle malattie nel corso del tempo, attraverso il susseguirsi e il mutare di studi psicologici, scoperte scientifiche e correnti di pensiero. Ma ciò che non è quasi mai mutato è stato il modo di rapportarsi con il "malato" e con le immagini da esso prodotte. Comunque malati, alienati, non persone, i degenti ma soprattutto la malattia, sono stati analizzati e catalogati anche grazie alle immagini da loro realizzate, così che ogni produzione uscita dall'ambito di una patologia è stata spesso ed unicamente considerata come elemento della malattia stessa. Molte cartelle cliniche di degenti sono state correlate da disegni ed elaborati, che sono servite per completare il quadro di una particolare patologia, soprattutto nel caso di schizofrenici. Questo rapporto strettamente "medico" con le produzioni dei malati si è perpetrato anche durante le esperienze degli atelier e dei laboratori, sorti in forma sperimentale negli anni '60. (Gli atelier non sono da considerare come prodotto della legge 180). Tramite queste strutture di recupero alla socialità molti primari o direttori di ospedali psichiatrici si sono appropriati di diverse opere di degenti, ed il caso di Ligabue -ricoverato all'Ospedale di Reggio Emilia- è esemplificativo. Nello specifico di Ligabue però, la malattia non è stata considerata determinante la produzione artistica, in quanto la patologia non ha avuto il sopravvento nel valutare le capacità dell'artista. E' necessario chiarire comunque un aspetto che riguarda la produzione artistica dei malati di mente. L'espressione figurativa è sempre e comunque, si tratti di "sani" o "malati", rappresentazione di pulsioni interiori di persone, non necessariamente di artisti. Quindi fare la categoria del matto artista proprio in funzione della patologia, crea un'enorme confusione. Le produzioni infatti sono interpretate come frutto della malattia e quindi il valore dell'immagine è escluso o è secondario, e per un altro verso nel caso di talento artistico la patologia diventa un elemento di origine del momento creativo.

(segue a pagina 56)

Ritengo innanzi tutto necessario, spiegare la nascita e i principali sviluppi dello studio dell'ARTE PSICOPATOLOGICA. Per spiegare questo ho ritenuto inevitabile tracciare questa sommaria storia cronologica, anche se in questo caso una cronologia sicura è difficilmente ricostruibile così come arduo è scindere le varie correnti interpretative, le une dalle altre.

Un fattore che forse ha avuto un ruolo omogeneamente distribuito tra tutti i vari psichiatri, che si sono occupati dell'espressione Plastica, è stato quello del tentativo di analisi dell'attività prodotta sotto l'azione di farmaci psicotropi. Prima o dopo, tutti hanno tentato la strada della "SPERIMENTAZIONE DA LABORATORIO" con l'aiuto di vari farmaci.

Un punto di vista unanime agli psichiatri è quello del risultato, come in fondo aveva affermato Simon, che nell'espressione Plastica va sottolineato il valore ERGOTERAPEUTICO. Il fatto che la maggior parte dei malati che si sono dedicati all'espressione pittorica abbiano trovato in essa un valore piacevole per poter trascorrere la loro malattia. Ad esempio in America e in Inghilterra, nazioni che erano rimaste in disparte dalla Psicopatologia dell'Espressione hanno fatto dell'arte un metodo terapeutico a sé stante.

L'interesse ad avvelersi di ogni tipo d'espressione e soprattutto l'importanza dell'espressione grafica nella ricerca psicopatologica, si può dire che si è sviluppata dagli ultimi trent'anni del secolo scorso, fino ai primi settanta del nostro.

Per risalire alle fonti, bisogna infatti ritornare in pieno Ottocento. Fu infatti CESARE LOMBROSO a porre clamorosamente per primo nel 1880-82, il problema della produzione grafica dei malati di mente e dei carcerati, nel campo della medicina e soprattutto dell'arte, notando come fosse spontaneo e quasi naturale in loro il bisogno di esprimersi attraverso il mezzo del disegno.

Il TARDIEU nel 1872 e soprattutto MAX SIMON, che aveva già rivolto nel 1876 la sua attenzione ai caratteri specifici che presentavano i disegni dei malati distinguendo cinque

tipi fondamentali, ciascuno dei quali corrispondente ad una sindrome particolare.

Sarà proprio merito suo che vedremo come in Italia, questo problema si svilupperà come base artistica, inizialmente, mentre in Francia, con Tardieu e Simon più con basi psichiatriche-patologiche.

Cesare Lombroso scrisse due libri importanti su questo argomento: "ARTE DEI PAZZI" e "GENIO E FOLLIA". Queste opere pongono in rilievo il valore artistico dell'attività grafico-spontanea, e al di là delle considerazioni critiche che si sono fatte a riguardo, non si può non riconoscere che la preoccupazione del Lombroso sta nel dimostrare che tra genio e pazzia non ci sta un muro imbattibile, ma egli ha contribuito a vincere il pregiudizio ingiustificato nei confronti di tutto ciò che una persona mentalmente "malata" può produrre.

Per capire il significato del pensiero del Lombroso è necessario precisare che il senso dato alla pazzia è forse avvicicabile più a quello di "originalità".

Egli infatti parla di schiere di pazzi artisti riunendo coloro che sentivano un interesse per la pittura, per la scultura e che manifestavano queste tendenze espressive, senza però curarsi del valore artistico della produzione, senza entrare nel merito critico e quindi senza giudicare se si tratti o no di un artista.

Come giudizio generale si potrebbe dire che nella sua opera è sempre presente la considerazione che tra genialità e pazzia non vi è un abisso (come invece pensava il borghese ottocentesco) ma anzi che esiste un collegamento tale da rendere possibile al pazzo l'opera d'arte. E la ragione è perchè si trova in un habitat psicologico che è proprio anche del genio.

Se il discorso sul valore artistico dell'attività spontanea dei malati comincia con il Lombroso, quello sul significato clinico lo si fa iniziare in Francia col Tardieu prima (1872) e con Max Simon dopo (1876). Si può vedere così come l'interesse clinico ed estetico nascono quasi, contemporaneamente, con un indirizzo più clinico in Francia e più artistico in Italia.

La SANDOZ farmaceutica, negli anni 70, ha curato una raccolta di "cartelle" artistiche contenenti riproduzioni stampate a colori di alcuni "alienati", dal titolo: "PSICOPATOLOGIA ED ESPRESSIONE FIGURATIVA - raccolta iconografica internazionale".

Il materiale venne raccolto dagli archivi degli Ospedali e fu proposto in curiose confezioni corredate da pubblicità di psicofarmaci come: MELLERIL 200 RETARD - 'neurolettico di base ad azione protratta per il reinserimento del malato psichiatrico nell'ambiente familiare-sociale.

Aloyse e Carlo sono stati proposti ad un pubblico medico tramite questi fascicoli rispettivamente col numero di catalogo 22 e 24.

Il sottotitolo di Carlo dice: La comunicazione non-verbale di uno schizofrenico.

ALOYSE

Aloyse nacque a Losanna il 28 giugno 1886 e morì il 5 aprile 1964 nel manicomio de la Rosiere. Il padre, fu internato nel 1919 nell'Ospedale Psichiatrico di Cety. Una sorella venne ricoverata in manicomio a Cety nel 1933 con demenza di paranoia.

A diciannove anni entrò come volontaria in un pensionato valdese. Si dedicò a studi di lingua e a propaganda religiosa. A venticinque anni si recò in Germania e trovò posto come bambinaia. Dapprima fu al servizio di una famiglia nobile che abitava in un castello a Lipsia, poi del capellano dell'imperatore Guglielmo II. Nel 1914, l'inizio della guerra la costrinse a tornare in Svizzera.

Cominciò a scrivere manifesti religiosi, dichiarando di saper predicare come un pastore. Disse di essere fidanzata con un pastore di Lipsia sostenendo di esserne incinta. Più tardi gridava che le rapivano i figli e che il fidanzato voleva ucciderla. Si mise a fare propagande militaristiche e vegetariane. Leggeva il giornale tutti i giorni curandosi unicamente della cronaca nera immedesimandosi negli assassini, dicendo che essi non erano altro che vittime della società e lei stessa si sentiva tale.

Nel 1918 la famiglia chiese il suo definitivo ricovero. Dapprima in ospedale fu tranquilla. Quando però raccontava della sua vita dava segni di dissociazione. Si dichiarava 'imperatore della pace'. Nel 1920 Aloyse fu trasferita in una nuova sede dell'ospedale a Gimel a La Rosiere.

Nel periodo tra 1922/3 fu presa da stati di eccitazione erotica accompagnati da proposte oscene. La sua scrittura, come il suo linguaggio, iniziò ad essere incomprensibili. All'interno dello ospedale iniziò ad occuparsi della stireria e fu ciò che continuò a fare fino alla morte.

Fu a partire dal ricovero che Aloyse iniziò a dipingere. L'attività artistica di Aloyse fu dapprima sporadica, per diventare poi una vera e propria occupazione. Dipinse centinaia di quadri con ritmo vertiginoso. "I suoi primi disegni a matita nera sono fissi, rigidi, hanno uno stile bizantino o egizio."

Per Aloyse dedicarsi completamente alla pittura significava rilassarsi. Inizialmente il suo materiale da disegno furono dei quaderni, poi iniziò a

Inizierei a parlare di Simon, dato che a livello clinico si può dire che aveva già perfettamente capito l'importanza dell'attività del malato di mente, infatti troviamo scritto: "il lavoro...è un eccellente mezzo di terapia e d'igiene...Non si deve mai dimenticare che il lavoro è in funzione dell'alienato e non l'alienato del lavoro".

Ricercando una perfezione ed una purezza stilistica psicopatologica, si considerarono soltanto le produzioni aculturali; quindi quelle degli schizofrenici e degli epilettici. Più tardi si considerarono le opere di artisti autentici che avevano presentato durante la loro vita episodi o tendenze psicotiche.

Si discussero i problemi della potenza creatrice nella malattia mentale, delle ripercussioni di essa sulle possibilità artistiche, più precisamente, dell'influenza della creatività e del suo annullamento o trasformazione sotto l'influenza dello stato patologico.

Alla tesi del Simon aderì subito, in Italia, il Morselli che nel suo manuale di semiotica delle malattie mentali (1885) affermò essere indiscutibile il valore diagnostico dei disegni; insieme a lui aderirono Dantas (1900), Relja (1907). Per questi autori il disegno diventava il mezzo più diretto per fornire la chiave che permette di giudicare a priori la natura esatta della malattia.

Non tutti gli psichiatri aderirono a questa tesi.

Avversario deciso fu il FAY, il quale in un suo scritto del 1912, non soltanto combatté quanti riconoscevano nelle opere dei malati un valore artistico, ma anche quanti volevano trovarvi un significato diagnostico: "le pitture belle degli alienati sono ben poche - egli diceva - e sono tali da darci del malato un'idea ancora più misera che non la diagnosi clinica".

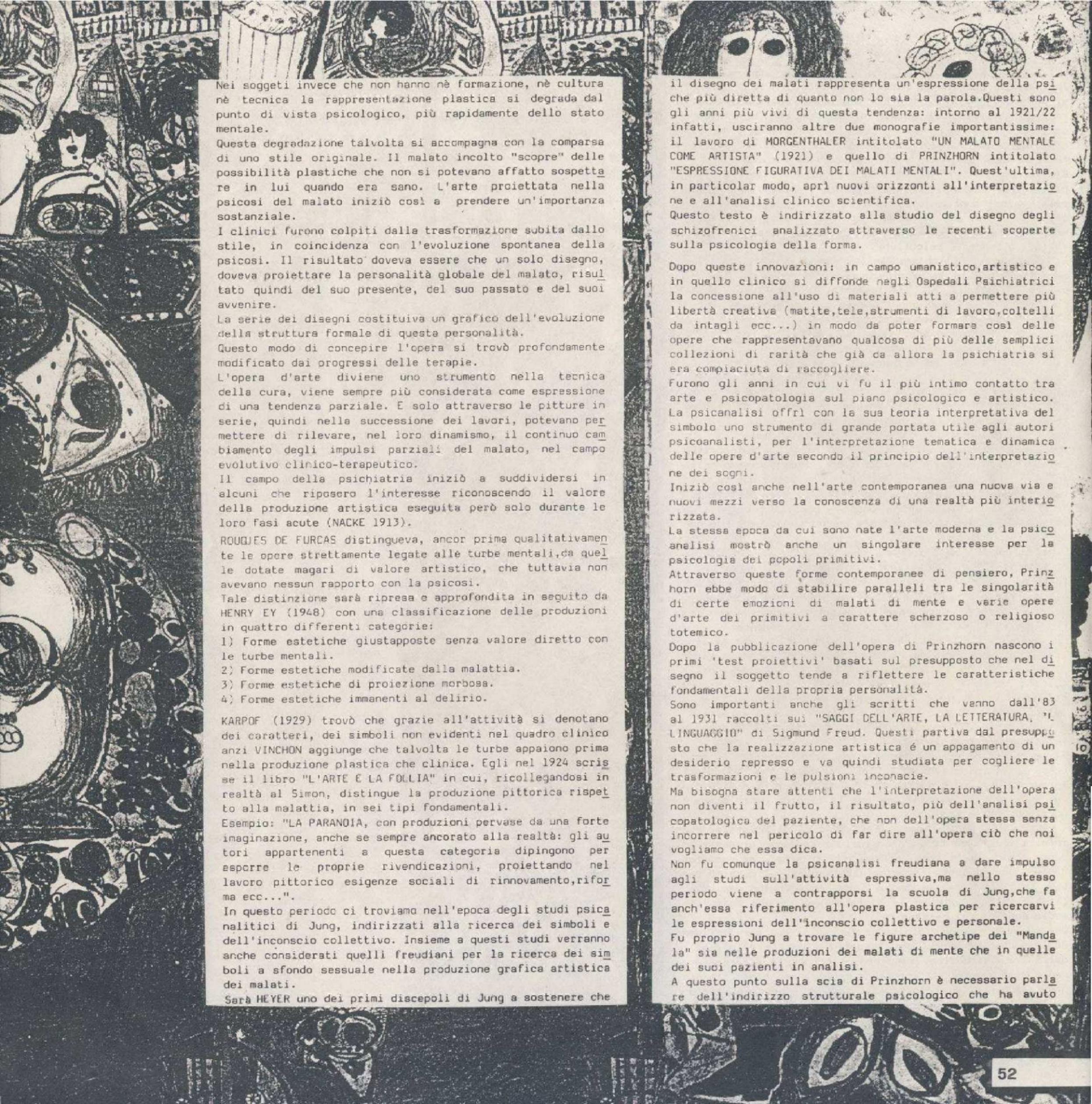
Finì comunque con l'imporre che un certo valore doveva riconoscersi a questa attività; sia perché i disegni costituiscono documenti obiettivi correlabili storicamente con gli aspetti clinici della malattia, sia perché essi potevano arricchire le conoscenze sul malato attraverso contenuti dimostranti sintomi non rilevabili clinicamente.

Fu importante a questo punto la distinzione che avviene tra le diverse fasi della malattia, infatti non si diede più, come si era fatto fino ad allora, un uguale valore a tutti i disegni di uno stesso malato, ma si iniziò a distinguere tra quelli eseguiti durante le fasi acute della malattia (per alcuni diventò l'unico punto di interesse) e gli altri, all'inizio o nella fase cronica, quando la malattia si è stabilizzata.

Si cercò poi di classificare la produzione grafica in schemi ben più ordinati, tra le classificazioni più importanti in questo periodo è quella dello psicologo HERBER READ, con cui subentra la distinzione tra la ricerca psicologica e quella psichiatrica.

In base alle definizioni che il Read dà di malattia, che infatti definisce come "esagerazioni tendenze presenti in gente che dovrebbe considerarsi affatto sana", ci vuol far capire che in sostanza la malattia spinge al massimo queste tendenze, esprimendo in forma chiaramente visibile, caratteristiche che se le distacchiamo da una normalità media entrano nel patologico.

Una questione spesso dibattuta fu quella del parallelismo delle evoluzioni grafiche rispetto a quelle cliniche, e delle loro situazioni rispetto al tempo. In effetti raramente esse sono strettamente contemporanee. Negli artisti professionisti, l'evoluzione grafica è spesso in ritardo rispetto a quella clinica.



Nei soggetti invece che non hanno nè formazione, nè cultura nè tecnica la rappresentazione plastica si degrada dal punto di vista psicologico, più rapidamente dello stato mentale.

Questa degradazione talvolta si accompagna con la comparsa di uno stile originale. Il malato incolto "scopre" delle possibilità plastiche che non si potevano affatto sospettare in lui quando era sano. L'arte proiettata nella psicosi del malato iniziò così a prendere un'importanza sostanziale.

I clinici furono colpiti dalla trasformazione subita dallo stile, in coincidenza con l'evoluzione spontanea della psicosi. Il risultato doveva essere che un solo disegno, doveva proiettare la personalità globale del malato, risultato quindi del suo presente, del suo passato e del suo avvenire.

La serie dei disegni costituiva un grafico dell'evoluzione della struttura formale di questa personalità.

Questo modo di concepire l'opera si trovò profondamente modificato dai progressi delle terapie.

L'opera d'arte diviene uno strumento nella tecnica della cura, viene sempre più considerata come espressione di una tendenza parziale. E solo attraverso le pitture in serie, quindi nella successione dei lavori, potevano permettere di rilevare, nel loro dinamismo, il continuo cambiamento degli impulsi parziali del malato, nel campo evolutivo clinico-terapeutico.

Il campo della psichiatria iniziò a suddividersi in alcuni che riposero l'interesse riconoscendo il valore della produzione artistica eseguita però solo durante le loro fasi acute (NACKE 1913).

ROUQUES DE FURCAS distingueva, ancor prima qualitativamente le opere strettamente legate alle turbe mentali, da quelle dotate magari di valore artistico, che tuttavia non avevano nessun rapporto con la psicosi.

Tale distinzione sarà ripresa e approfondita in seguito da HENRY EY (1948) con una classificazione delle produzioni in quattro differenti categorie:

- 1) Forme estetiche giustapposte senza valore diretto con le turbe mentali.
- 2) Forme estetiche modificate dalla malattia.
- 3) Forme estetiche di proiezione morbosa.
- 4) Forme estetiche immanenti al delirio.

KARPOF (1929) trovò che grazie all'attività si denotano dei caratteri, dei simboli non evidenti nel quadro clinico anzi VINCHON aggiunge che talvolta le turbe appaiono prima nella produzione plastica che clinica. Egli nel 1924 scrisse il libro "L'ARTE E LA FOGLIA" in cui, ricollegandosi in realtà al Simon, distingue la produzione pittorica rispetto alla malattia, in sei tipi fondamentali.

Esempio: "LA PARANOIA, con produzioni pervase da una forte immaginazione, anche se sempre ancorato alla realtà: gli autori appartenenti a questa categoria dipingono per esporre le proprie rivendicazioni, proiettando nel lavoro pittorico esigenze sociali di rinnovamento, riforma ecc...".

In questo periodo ci troviamo nell'epoca degli studi psicanalitici di Jung, indirizzati alla ricerca dei simboli e dell'inconscio collettivo. Insieme a questi studi verranno anche considerati quelli freudiani per la ricerca dei simboli a sfondo sessuale nella produzione grafica artistica dei malati.

Sarà HEYER uno dei primi discepoli di Jung a sostenere che

il disegno dei malati rappresenta un'espressione della psiche più diretta di quanto non lo sia la parola. Questi sono gli anni più vivi di questa tendenza: intorno al 1921/22 infatti, usciranno altre due monografie importantissime: il lavoro di MORGENTHALER intitolato "UN MALATO MENTALE COME ARTISTA" (1921) e quello di PRINZHORN intitolato "ESPRESSIONE FIGURATIVA DEI MALATI MENTALI". Quest'ultima, in particolar modo, aprì nuovi orizzonti all'interpretazione e all'analisi clinico scientifica.

Questo testo è indirizzato allo studio del disegno degli schizofrenici analizzato attraverso le recenti scoperte sulla psicologia della forma.

Dopo queste innovazioni: in campo umanistico, artistico e in quello clinico si diffonde negli Ospedali Psichiatrici la concessione all'uso di materiali atti a permettere più libertà creativa (matite, tele, strumenti di lavoro, coltelli da intagli ecc...) in modo da poter formare così delle opere che rappresentavano qualcosa di più delle semplici collezioni di rarità che già da allora la psichiatria si era compiaciuta di raccogliere.

Furono gli anni in cui vi fu il più intimo contatto tra arte e psicopatologia sul piano psicologico e artistico. La psicanalisi offrì con la sua teoria interpretativa del simbolo uno strumento di grande portata utile agli autori psicoanalisti, per l'interpretazione tematica e dinamica delle opere d'arte secondo il principio dell'interpretazione dei sogni.

Iniziò così anche nell'arte contemporanea una nuova via e nuovi mezzi verso la conoscenza di una realtà più interiorizzata.

La stessa epoca da cui sono nate l'arte moderna e la psicoanalisi mostrò anche un singolare interesse per la psicologia dei popoli primitivi.

Attraverso queste forme contemporanee di pensiero, Prinzhorn ebbe modo di stabilire paralleli tra le singolarità di certe emozioni di malati di mente e varie opere d'arte dei primitivi a carattere scherzoso o religioso totemico.

Dopo la pubblicazione dell'opera di Prinzhorn nascono i primi 'test proiettivi' basati sul presupposto che nel disegno il soggetto tende a riflettere le caratteristiche fondamentali della propria personalità.

Sono importanti anche gli scritti che vanno dall'83 al 1931 raccolti sui "SAGGI DELL'ARTE, LA LETTERATURA, IL LINGUAGGIO" di Sigmund Freud. Questi partiva dal presupposto che la realizzazione artistica è un appagamento di un desiderio represso e va quindi studiata per cogliere le trasformazioni e le pulsioni inconscie.

Ma bisogna stare attenti che l'interpretazione dell'opera non diventi il frutto, il risultato, più dell'analisi psicopatologica del paziente, che non dell'opera stessa senza incorrere nel pericolo di far dire all'opera ciò che noi vogliamo che essa dica.

Non fu comunque la psicanalisi freudiana a dare impulso agli studi sull'attività espressiva, ma nello stesso periodo viene a contrapporsi la scuola di Jung, che fa anch'essa riferimento all'opera plastica per ricercarvi le espressioni dell'inconscio collettivo e personale.

Fu proprio Jung a trovare le figure archetipe dei "Mandala" sia nelle produzioni dei malati di mente che in quelle dei suoi pazienti in analisi.

A questo punto sulla scia di Prinzhorn è necessario parlare dell'indirizzo strutturale psicologico che ha avuto

più importanza in questo campo: quello di VOLMAT.

Egli, in occasione del Congresso Mondiale di Psicopatologia, tenutosi a Parigi nel 1950, fu uno dei maggiori organizzatori delle esposizioni di opere di malati di mente, annesse alla manifestazione.

Dall'esame di tale materiale lo psichiatra partì alla realizzazione dell'importante libro "L'ART PSICOPATHOLOGIQUE".

Sarà proprio con questo autore che avrà inizio la fase scientifica dello studio della produzione artistica, fino ad allora si era trattato di studi validi ma forse ancora poco sistematizzati. Col Volmat avremo chiarificazioni più rigorose e meno superficiali.

Mentre da Simon a Morselli, e Vinchon si è sostenuta la possibilità di arrivare ad una diagnosi attraverso la considerazione delle opere dei malati, con Delay e Volmat (che fu allievo di Delay), non viene più sopravvalutata, ma diviene una possibilità complementare alla diagnosi clinica, anche se può servire soltanto a chiarirla o approfondirla.

Le ragioni che impongono questa cautela di giudizio sono: "bisogna tener conto che determinate scelte stilistiche possano preesistere, nella precedente formazione culturale dell'individuo, al messaggio elaborato durante la fase acuta della malattia.

FERDIÈRE fa parte della scuola francese che il Volmat ha chiamato "SCUOLA FRANCESE DI PSICOLOGIA STRUTTURALE".

In esse oltre Ferdière si evidenzia la MINKOWSHA, con i suoi studi: essa partendo da un notissimo studio su Van Gogh ha individuato due tipi fondamentali di espressioni pittoriche, corrispondenti, a loro volta al tipo "razionale" e al tipo "sensoriale".

Come prototipo del tipo razionale ha scelto SEURAT, caratterizzato da una "dimensione" di astrattezza, immobilità, solidità, rigidità in cui il pensiero sovrasta il sentimento. Da un punto di vista stilistico ciò comporta una precisione della forma. Van Gogh è invece il personaggio sensoriale.

Secondo la Minkowsha la sua diagnosi sarebbe di epilessia. Essa ritrova nella "ligne serpenteuse" la spiegazione della tormentosa esistenza di Van Gogh.

Con il Volmat inizia la caratteristica dello studio sistematico del materiale presentato dal malato di mente.

"Le espressioni plastiche, in un malato, rappresentano un prolungamento diretto della sua personalità e della sua struttura mentale: queste espressioni appartengono, dunque, alla fenomenologia clinica allo stesso titolo di un qualsiasi altro settore della Clinica Psichiatrica.... Il contenuto normale o non intrinsecabilmente patologico, sarà un materiale esistenzialmente vissuto dal malato, ma non patologico in sé, patologico solo in funzione di ciò che il malato ne farà integrandolo nella sua personalità delirante".

In questa categoria possono rientrare le scene a contenuto banale con ripetizioni di un sintomo clinico: paesaggi, autoritratti, nature morte ecc.... Nella categoria che comprende più strettamente la patologia, saranno compresi esempi come: figurazioni oscene, scene di lutto, di colpevolezza, di terrore, scene fantastiche, irreali ecc....

Si può dire che il Volmat, svolge una teoria che vuole dei termini fissi di classificazione e quindi di diagnosi. Egli cercò dei fattori che fossero applicabili a tutti i casi e che potessero costituire direttamente le coordinate di ogni rappresentazione plastica. L'evoluzione di



procurarsi delle carte da parati per poter passare a grandi dimensioni. Essa lavorava generalmente in verticale, su misure che vanno da un minimo di sette a un massimo di quattordici metri. Dipingeva molto rapidamente mescolando i colori con la saliva. I suoi grossi fogli venivano il più delle volte cuciti con spago piuttosto che incollati. Dipingeva spesso su tutti e due i lati senza lasciare spazi vuoti. Le sue opere assumono spesso l'impronta di grandi scenari teatrali. Lei stessa disse: "Ho visto dei personaggi in teatro ed ho giurato che li avrei rappresentati".

Aloyse conosceva il valore simbolico ed effettivo dei colori. Il rosso, che fu uno dei colori più usati nelle sue opere, ha certamente un significato erotico, il blu è tranquillizzante, il verde, come lei stessa dice "è spirituale".

J. Forel aveva studiato per primo il caso di Aloyse rivelando in lei una dualità: "Il rosso, che dapprima ella detestava, ora l'attira e le ispira soggetti sessuali. Il nero, che la spaventava, viene sempre più usato e ne trae effetti splendidi".

Essa non è libera nella scelta dei colori. Il colore è evocato dalle voci che dettano la sua ispirazione. Con il tempo i lavori di Aloyse mutano. Il rosso diviene più scuro, leggermente tinto di viola, che Aloyse ottiene schiacciando dei petali di geranio nel colore.

In ogni suo lavoro si può notare una fantastica luce diffusa, che emana un forte calore in tutto il quadro. È molto difficile trovare una luce che non sia quella centrale, esterna, che dà l'impressione totale di far vivere il quadro nello spazio reale. Aloyse riempie totalmente ogni spazio, come presa da una sorta di horror vacui. Un riferimento patologico, oltre all'operazione di colmare i vuoti, è il dipingere sui due lati del supporto; le prospettive bizzarre, gli anacronismi e la dissoluzione di alcune parti del corpo, come l'esasperazione di altre parti che divengono simboliche rendono l'insieme decorativo. In tutto ciò un dato interessante è la tendenza alla monumentalità. L'insieme della sua produzione rivela che il delirio artistico, propagandistico e psichico dei suoi pensieri, quanto dei suoi desideri, è l'amore, e soprattutto l'amore erotico.

Si tratta di un erotismo particolare, basato su iscrizioni incorporate nell'opera come nei dipinti medioevali. Figure e forme emanano un erotismo quasi spirituale, basato più su esperienze passionali che su esperienze dirette.

Il suo tema principale fu la coppia di innamorati. Le iscrizioni attestano che Aloyse si identifica con le grandi figure tragiche di donne che sono passate alla storia: Cleopatra, Maria Stuarda, Lucrezia Borgia, Ofelia, mentre tra i personaggi maschili figurano: Mozart, Rammel, il Papa, Guglielmo II, ecc....

"Il busto è riccamente adorno, i seni sono nudi e si trasformano in rose che essa chiama rosa-loto; gli organi genitali esterni sono rappresentati dalla camelia. Nei suoi personaggi gli occhi sono quasi sempre coperti da una maschera, quasi sempre di colore blu e raramente verde o nera.

Aloyse ha dichiarato: "È orribile questa maschera è deforme, la distruggerò, non voglio più disegnarla". Ma questo restò solo un desiderio, in quanto fino alla fine della sua produzione non riuscì a liberarsene.

Di anno in anno le scene diventano sempre più va

tali fattori dovrebbe permettere di afferrare la struttura del mondo delle forme di un malato di mente e di uno sano, e l'evoluzione della struttura stessa.

Tale struttura, diviene divisibile solo per ragioni di studio ma costituisce un tutt'uno, composta dai fattori: spazio tempo, movimento, colore. Così nel tentativo di categorizzare ulteriormente il materiale grafico, il Volmat distingue tra un contenuto normale, uno patologico e uno simbolico. Egli nel suo libro "L'ART PSYCOPATHOLOGIQUE" sostiene che esiste uno stile abbastanza tipico di alienazione che è quello degli schizofrenici i quali dipingono spontaneamente. In una frase scrive: "Non c'è una barriera assoluta tra le rappresentazioni patologiche e quelle considerate come normali. Si può parlare di arte patologica nel senso che sia le reazioni sane che quelle patologiche, si proiet-



tano nelle manifestazioni artistiche dei malati di mente".

Quella di Volmat diviene così la considerazione dell'opera artistica dei malati come una partenza contrapposta alla diagnosi abituale. Si tratta perciò di un capovolgimento pratico basato su una partenza artistica prima che clinica. Contemporaneamente a Volmat è da tener presente la teoria dello psichiatra belga Jean Bobon.

Il caso del pittore 'alienato' non viene più inteso in funzione della categoria diagnostica (attraverso il simbolo o la patologia), ma attraverso lo studio dell'espressione verbale e le corrispondenti esistenti a quelle plastiche, sia in psicologia che in psichiatria.

La sua teoria avrà inizio negli anni '60 con un accanito sostenitore in Gastone Maccagnani.

Maccagnani si interessò soprattutto degli stereomorfismi mentre Bobon dei Neomorfismi. Entrambi gli psichiatri sostennero che si possono trovare delle forme di per sé significanti e che esauriscono da se stesse la loro significazione. "Al contrario i segni scritti sono parte del disegno e realizzano da loro stessi un'originale forma-co-

lore, il segno plastico."

Bobon sostenne che non bisogna fondare immediata fiducia su ciò che il malato a volte dice. Afferma, inoltre, che se la lingua è legata sempre a convenzioni intellettualizzate, impersonali e automatizzate, la manifestazione artistica, espressione singolare e quindi di un individuo, è ancor più significativa della personalità in cui si racchiude tutto, compresa la verbalità. Essa può essere, in quanto pura, più libera e spontanea, il mezzo più diretto per capire il mondo angosciante del malato. Spesso può rappresentare il solo mezzo d'espressione, dove il malato, bloccato nella verbalità, incapace di adeguare il discorso al suo pensiero, ricorre al solo disegno per esprimersi e comunicare attraverso la simbologia dell'immagine, stati d'animo vissuti, spesso contraddittori.

Bobon mostrò come i cosiddetti neologismi e paragrafismi siano frequenti nel linguaggio artistico, e permettono di cogliere certi aspetti dell'arte contemporanea.

Egli scrisse: "Anche le arti plastiche sono sistemi di significato: sono modi di essere e di declinarsi, espressione perciò della personalità; sono dialoghi in cui il segno parola, che il soggetto esprime, o tenta di esprimere, e la risposta che viene chiesta dall'interlocutore, costituiscono i due termini dell'atto artistico."

Tutto ciò può aiutare ad interpretare alcuni movimenti artistici contemporanei e chiarire le ragioni di certe impressionanti somiglianze tra questi movimenti e alcune manifestazioni dell'arte dei malati di mente, soprattutto per ciò che concerne la schizofrenia. Di questo preciso rapporto si occupò soprattutto Gastone Maccagnani.

L'arte cosiddetta psicopatologica e l'arte contemporanea, come hanno osservato Bobon e Maccagnani, si situano in mondi differenti e se si vogliono trovare rapporti tra di esse, bisogna fare esclusivo riferimento all'arte contemporanea e non quindi l'inverso.

Nello studio dell'arte il vero punto di partenza è l'opera in sé, mentre l'apparato di testimonianze e dati biografici costituiscono un sussidio senz'altro utile ma altrettanto secondario. Fino ad ora, invece, nello studio sui malati di mente, l'opera viene ad essere considerata come una delle manifestazioni della personalità che diviene il vero motivo di interesse.

Questo indirizzo dato da Bobon e Maccagnani ebbe grandi influenze, per i quindici anni che seguirono il Congresso di Psicopatologia del 1950 di Parigi.

Furono gli anni in cui si sviluppò maggiormente questo interesse. Congressi annuali e convegni si sono tenuti da allora fino al 1976. In quelle occasioni gli psichiatri si confrontavano sugli esiti del lavoro sviluppato negli atelier che proprio in quegli anni si stavano organizzando in alcuni ospedali. E' a questi centri che si deve la raccolta di moltissimi lavori prodotti dai degenti intorno agli anni sessanta, anni in cui vennero dedicati parecchi studi psicologici nello specifico della Storia dell'Arte.

Dopo Bobon e Maccagnani vi furono anche altri psichiatri determinanti il campo delle teorie della comunicazione: Bruno Callieri e Luigi Frigi. Per loro era indispensabile che la psichiatria dovesse decifrare il messaggio contenuto nell'opera del suo paziente, per poter riuscire a cogliere elementi informativi e non solo dimostrativi. Nel loro testo sostengono che la psichiatria è portata ad interpretare il messaggio contenuto in una data espressione plastica, inquadrandola sullo sfondo dell'individuazione nosografica di quel malato. Questi, nell'espressione

plastica, cerca gli elementi di convalida delle sue "diagnosi" piuttosto che i segni di un messaggio originale proprio di quel malato.

Un'altra importante teoria, che ha inciso notevolmente, soprattutto negli ultimi anni, è quella denominata: Analisi Dinamico Strutturale, a cui fa capo V. Andreoli, il quale ha impostato il suo lavoro in base ad una ricerca strutturale, che studia la produzione grafica e pittorica lungo un arco di tempo relativamente esteso, e con un'osservazione continua dei lavori. Andreoli si basa sulla concezione che vede la forma morbosa come un continuo ripetersi, cioè come lo sviluppo successivo di un evento patologico per cui "cogliere il significato patologico e capire il processo, cioè la successione".

Andreoli sviluppa questa metodologia attraverso studi linguistici grafici piuttosto che clinici, superando quei condizionamenti imposti dalla scienza clinica allo studio della serie grafica che portavano a tener conto dei fatti emersi dall'evoluzione psicopatologica, per vederli affiorare nella produzione grafica. L'analisi grafica, invece, prende in considerazione la "serie" grafica seguendo un ordine rigidamente cronologico, per cui ogni disegno deve essere rilevato secondo l'ordine di realizzazione.

Diversi psichiatri si occuperanno di questo argomento che diventerà però sempre più legato alla terapia clinica, e il valore strettamente artistico andrà sempre più perdendo di interesse.

Con questo percorso 'storico' ho voluto sommariamente tracciare una sorta di mappa degli studi inerenti l'arte psicopatologica, per capire come questo argomento sia stato trattato in termini scientifici.

Nel corso di questi ottanta anni di storia documentata dell'arte psicopatologica sono stati considerati ed analizzati i lavori di quei malati che non avevano avuto nel loro passato alcuna formazione tecnico-artistica. Nel campo della psichiatria l'arte dei malati doveva essere 'aculturale', puro prodotto di una malattia.

Come per altri settori, l'espressione 'patologica' ha seguito la fluttuazione della moda, dell'evoluzione delle idee ed è stata rimaneggiata in seguito agli sviluppi degli studi psichiatrici. L'interesse per l'opera del malato di mente si orientò verso le produzioni spontanee di malati cronici. Si considerarono così, le produzioni di schizofrenici ed epilettici, secondo le idee del tempo che sostenevano l'influenza dell'infezione del male sul talento artistico.

All'inverso vennero studiate le opere di quegli artisti, riconosciuti ufficialmente tali, che durante la loro vita avevano manifestato episodi psicotici. Vennero quindi messe in relazione eventuali ripercussioni della malattia sulla produzione artistica, in merito all'annullamento della creatività o della sua trasformazione sotto l'influenza dello stato patologico.

Dopo la fase di studio l'arte dei malati di mente ha avuto un suo destino legato a quei meccanismi che concorrono a stabilire la scala dei valori estetici e commerciali.

Benchè sia stata tenuta sempre un po' in disparte e sia stata trattata con maggior segretezza e precauzioni, dapprima ignorata è stata poi riservata a collezioni private di medici, quindi a collezioni più ampie di ospedali ed infine uscita dalle mura del manicomio le è stata riservata una sorta di ufficialità che le ha permesso l'ingresso nell'ambito artistico di gallerie, case editrici e del 'prezioso lavoro' del critico d'arte.



rie. A questo punto si può parlare di Aloyse non più come stereotipia ma di dissociazione delle figure dal loro reale posto, che in questo caso è tipico degli schizofrenici.

Per Aloyse diventò un continuo affondare tra realtà e sogno.

Le scene dei suoi dipinti si svolgono in templi famosi o in castelli che riflettono la realtà del manicomio in cui è costretta a vivere.

CARLO

Carlo Zinelli nacque a S. Giovanni Lupatoto, in provincia di Verona, nel 1916. Della storia della sua vita si sono ritrovate solo poche tracce.

Probabilmente frequentò la scuola elementare, anche se saltuariamente. E' certo che a nove anni dovette lasciarla per lavorare come agricoltore.

Chi l'ha conosciuto dice che detestava stare in compagnia, preferendo la solitudine o la compagnia dei familiari. Fu arruolato e partì per la guerra di Spagna dove, in seguito ad uno shock, iniziò a manifestare i primi sintomi della malattia.

Soggetto a terrori visionari e a deliri persecutori, fu accolto in manicomio, per la prima volta, nel 1941. Sei anni dopo vi sarebbe rimasto internato per tutta la vita.

Fu nell'ospedale di Verona che Carlo trovò il modo di comunicare con la realtà attraverso la pittura.

"Definito dissociato, anaffettivo, con comportamento stereotipo e bizzarro. Un soggetto con contributi negativi. Il suo linguaggio verbale era fin dall'inizio frammentario, tanto da risultare incomprendibile. Le sue azioni erano a finalizzate, tanto da essere socialmente inutili."

Questi dati sono tratti dalla cartella clinica di Carlo, e sono relativi al primo periodo di internamento. E' in questo periodo che Carlo inizia a tracciare per terra o sulle pareti del grande stanzone del reparto in cui è rinchiuso.

I suoi graffiti rappresentano composizioni di figure e teorie. Le sue immagini sono tracciate su mattoni, pezzi di carta, lavora con i materiali più impensati, usa qualsiasi cosa purchè sia un mezzo di comunicazione.

Nel 1955, anno in cui si profila l'attività grafica di Carlo, la malattia è già cronicizzata. Non vi era più la forma di delirio ma dominava la frammentarietà del pensiero, la dissociazione logico verbale e l'eliminazione dei rapporti interpersonali. L'unico mezzo di comunicazione per Carlo era la espressione artistica.

In quegli anni nell'Ospedale Neuropsichiatrico di Verona fu organizzato un atelier.

Nel 1957 nell'atelier inizia a collaborare uno scultore scozzese, Michael Noble, che riuscì a convincere gli psichiatri della necessità di mettere a disposizione dei degenti del materiale pittorico. Noble, insieme al dottor Mario Marini si preoccupò di organizzare uno spazio artistico, convinto che potesse essere un mezzo vitale per dare una possibilità di sfogo ad angosce ed inquietudini. La strada della pittura a scopo terapeutico era già stata tentata, ma portò a poco a causa dei principi accademici con la quale era stata imposta. Per i degenti era come passare da una prigione all'altra. Il principio di Noble era di lasciare la più completa libertà d'espressione. Carlo produceva quasi per sfogo, per liberarsi

ARTE E FOLLIA

a cura di Bianca VISENTIN

Sarebbe quindi molto più corretto sia nei confronti delle persone che nei confronti dell'arte, considerare le produzioni elaborate dai malati mentali, come espressione di singole individualità e come mezzo di comunicazione, come ricorda l'esperienza del laboratorio di pittura di Trieste.

In queste pagine viene fatta una breve storia dell'arte psicopatologica e dei rapporti dell'arte dei sani con la follia, delle influenze che gli studi di psicopatologia e dell'inconscio ebbero nella creazione di immagini; e non potrà non saltare agli occhi che la malattia per alcuni artisti "sani" diventi una specie di metafora e venga esaltata al fine di legittimare dei percorsi creativi provocatori e antitetici alle convenzioni del mondo.

Angela Valcavi

Il rapporto tra arte psicopatologica e arte figurativa moderna, sorge su basi particolari, quando nei primi venti anni del secolo alcuni autori (come Fry, Veygandt, Jalo witz, etc...), si servirono di questo ambiguo rapporto per squalificare la maggior parte delle produzioni dell'arte figurativa del tempo, sforzandosi di trovare elementi patologici in autori dell'arte moderna.

Diversi psichiatri studiarono e analizzarono i lavori di artisti moderni trovando, secondo loro in modo evidente, manifestazione di turbe psichiche collegate a forme e colori.

Intorno al '39, uno psichiatra tedesco giudicò l'arte moderna come un tipo di arte regressiva e morbosa per i suoi tentativi di imitazione delle arti psicopatologiche e primitive.

Alla fine dell'ottocento gli artisti si trovarono in una situazione in cui il problema principale era di trovare un modo diverso, adeguato alla condizione di rinnovo culturale del periodo, per esprimere la loro condizione.

Dagli ultimi anni dell'ottocento l'arte mutò radicalmente. Fu la rappresentazione di un continuo svilupparsi, di un continuo fiorire di movimenti artistici. Divenne un continuo pullulare di proposte e di idee.

Nacque così l'importanza dell'espressione di se stessi, prima della rappresentazione della realtà esterna. Divenne importante non tanto la rappresentazione dell'oggetto, quanto piuttosto la resa del tessuto di emozioni in relazione al rapporto tra artista e oggetto.

All'interno di questa ricerca la cultura moderna finì per trovarsi di fronte all'arte preistorica, all'arte nera, all'arte orientale e quindi anche di fronte all'arte psicopatologica, proprio nel momento in cui alla questione del rapporto uomo-oggetto, veniva aggiungendosi il problema delle motivazioni che sostenevano questo rapporto, degli impulsi e delle ragioni inconsce ed oscure che lo sottendevano.

La rappresentazione oggettiva servì al Surrealismo per la osservazione dell'insondabile, mentre le varie correnti della pittura astratta scomposero l'immagine convenzionale della realtà e vi sostituirono una realtà soggettiva.

L'avvicinamento tra arte e psicologia divenne così inevitabile in quegli anni, tanto più era innegabile una affinità stilistica e tematica fra l'espressione figurativa

dei malati di mente e molte opere dell'arte contemporanea. A Parigi, nel 1935, durante l'Esposizione Universale fu costituito un Museo permanente che raccolse la produzione artistica dei popoli detti 'di natura', che fu poi chiamato 'Musée de l'homme'. Nello stesso anno fu organizzata l'Esposizione di Psicopatologia dell'Espressione. Brancusi e Picasso utilizzarono il primitivismo come una fonte formale per raggiungere archetipi essenziali, le 'forme pure'. Si arrivò così a superare la posizione darwiniana secondo la quale il primitivismo era l'espressione di un' inferiorità culturale e artistica.

La rivalutazione su di un piano storico dell'arte africana preistorica, l'interesse degli artisti per il mondo dei sogni e delle nevrosi, sulla scia degli insegnamenti di Freud, e, come per i Surrealisti, il tentativo di inserirsi nella psicosi, sono le fonti principali dell'artista contemporaneo.

Il movimento Dada, che nasceva ufficialmente a Zurigo nel 1916 ad opera di Janco e Izara, il movimento metafisico di De Chirico, soprattutto nella prima fase tra il 1912/16, insieme ad espressionismo ed astrattismo, suggeriscono delle considerazioni che si possono trasferire nel campo della psicopatologia. Nel Dada e nel surrealismo si trovano gli aspetti principali del Surrealismo, il cui metodo paranoico-critico è significativo delle evidenti relazioni con la psicopatologia. I surrealisti proponevano uno scavo nell'inconscio e un'arte legata alle sostanze primigenie più importanti dell'uomo.

André Breton, padre del Surrealismo, collaborò con Dubuffet alla fondazione della collezione dell'Art Brut. Il Surrealismo, come emanazione del Dada, è inizialmente un fenomeno di tipo letterario e si basa sulle dottrine della psicoanalisi. Al contrario dei dadaisti, i surrealisti non erano dei contestatori sistematici, ma cercavano una soluzione da proporre all'arte.

Esso fu fin dall'inizio un modo di essere, di pensare e di vivere: partiva da un sfiducia totale del razionalismo, cercava la verità esplorando l'inconscio e il sogno. Breton scrisse: "Bisogna essere grati alle scoperte di Freud". E ancora, in una lettera indirizzata ai primari dei manicomi scrisse: "Noi non ammettiamo che si ostacoli il libero sviluppo di un delirio, altrettanto legittimo e logico quanto ogni altro sviluppo di idee e atti umani .. Senza volere insistere sul carattere assolutamente geniale delle manifestazioni di alcuni malati, nella misura in cui noi affermiamo la legittimità assoluta della loro concezione della realtà e di tutti gli atti che ne derivano".

Esiste quindi una relazione tra surrealismo e arte psicopatologica nel rapporto di pensiero da parte dei malati di mente.

Disse ancora Breton: "L'automatismo psichico puro... la dettatura del pensiero in assenza di ogni controllo esercitata dalla ragione, potrebbe rappresentare il modo di essere dello schizofrenico, nei confronti del quale la forma surrealista diviene artificiale, imposta, proprio perchè non fa altro che costringere nella forma, in maniera piuttosto convenzionale, ciò che lo schizofrenico esprime con naturalezza, come solo la malattia può suggerire". Il surrealista sarebbe forse più coerente ai propri principi, e quindi più autentico, se potendo escludere la tecnica arrivasse a tradurre automaticamente l'esperienza schizofrenica, in forme e colori, nel corso del proprio pensiero, senza rimanere legati a sovrastrutture o schemi

inconsiamente prestabiliti.

Quindi tra la produzione artistica degli schizofrenici e quella dei surrealisti, si può riconoscere con Dracoulidés che i punti in comune sono: l'affermazione della realtà interna e l'indifferenza per il mondo esterno, il puerismo l'onirismo, l'abolizione della censura, la deformazione dell'oggetto, l'assurdità e l'incomprensibilità del significato dello stesso.

C'è però da ricordare che la differenza fondamentale sta nel fatto che mentre nello schizofrenico tali elementi fanno parte del suo vivere, per gli artisti surrealisti gli stessi elementi si mostrano in maniera convenzionale. H. Ey ha espresso a questo riguardo: "Talvolta la produzione dello schizofrenico e del surrealista possono arrivare a coincidere. Quindi il talento di certi ammalati, contrapposto al rilassamento sistematico della forma di certi surrealisti, fanno a volte coincidere esattamente il valore estetico degli uni con gli altri".

Risulta, secondo il pensiero di Ey, che il surrealista fa del meraviglioso, mentre l'alienato è meraviglioso. Ovvero che la produzione estetica e patologica, quella che emana direttamente dalla follia, ha una struttura speciale: essa non è opera d'arte ma oggetto estetico, intendendo con ciò quanto i surrealisti vorrebbero realizzare con i propri ideali, ma che non potranno mai imitare se non essendo veramente malati di mente.

L'artista moderno ha sentito la necessità di un ritorno alle fonti primitive dell'arte e della sua libertà, in un momento in cui le ricerche in questo campo si allargavano. Questa regressione fu indirizzata al profondo del nostro essere, alla parte più selvaggia, alle origini delle sensazioni, dei sentimenti, del pensiero.

Ancora Breton scrisse: "E' troppo comodo pensare che nel surrealismo il contenuto e la forma sono indifferenti. Voi siete nelle mani del vostro arbitrio, ma nel surrealismo tutto è rigore. Rigore inevitabile."

Qualunque opera d'arte è il risultato di un compromesso tra ispirazione e tecnica, cosciente e inconscio. Anche i malati non possono sfuggire a queste dualità.

E' vero che alcuni psichiatri hanno negato che l'espressività del malato può essere arte, ma è innegabile il valore che esprimono diverse produzioni di malati.

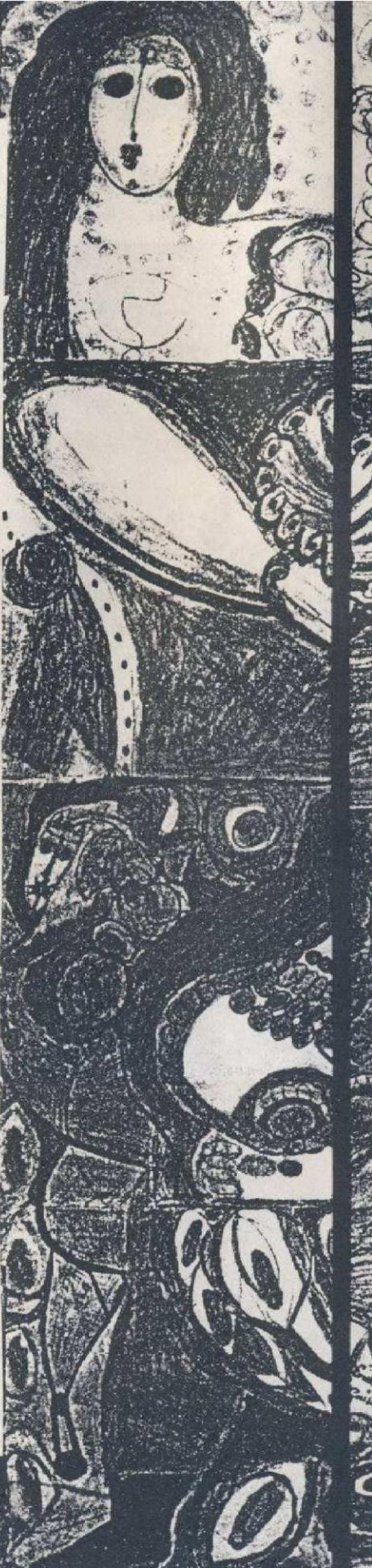
Senza altro l'opera di un malato sarà comunque differente da quella di un artista, in quanto la produzione artistica nasce da scelte precise, e per quanto possa considerarsi irrazionale, deriva di fatto da una scelta logica dell'individuo. L'artista lavora sempre in una condizione di consapevolezza.

Secondo Fiedler, e prima di lui Herbach e Lessing, l'arte deve rappresentare solo se stessa. Essa è un linguaggio di forme e come tale deve essere considerata, non ha bisogno di ricorrere a qualcosa che sta al di fuori dell'opera per essere giudicata. Non è il veicolo di qualche cosa di altro, ma di se stessa.

L'idea dell'arte deve essere quella di libera creazione, libera dalla convinzione che deve esprimere necessariamente dei contenuti estetici, psicologici, morali.

L'errore fondamentale nell'espressione di giudizio in merito ad opere di malati di mente sta nell'averle analizzate attraverso fattori psicologici, simbolici, morali esterne ad esse.

L'unica maniera per comprendere l'arte è quella di non imporle mai, forzatamente né una finalità estetica né una simbolica.



dalle pulsioni più profonde più che per comunicare. Bastò che non gli venisse più impedita la sua attività spontanea perchè una gran parte delle pareti fossero variamente incise.

Dal 1957 per Carlo l'atelier diventerà tutto il suo mondo.

Nel 1958 furono interrotte a periodi le terapie farmacologiche iniziate dal 52, dal momento che l'attività grafica, che lo occupava ogni giorno per otto ore, gli tolse ogni comportamento aggressivo. Negli ultimi venti anni della sua vita produsse circa 3000 opere tra disegni e sculture.

Soprattutto all'inizio della sua produzione grafica pittorica, erano evidenti i segni di una forte sessualità, che esprimeva tramite dei simboli. Si può parlare così di paramorfismo: un uccello sostituisce l'organo maschile, in altri casi sostituisce l'atto sessuale.

Nei primi lavori la rappresentazione sessuale è grezza, diretta. Successivamente l'uso dei simboli avrà un'importanza sempre maggiore.

Si può quindi dire che le scene di desiderio furono rappresentate inizialmente in modo naturalistico e poi in modo simbolico, anche se non è mai esistita una separazione tra queste due forme di rappresentazione. Si può parlare di preminenza dell'una sull'altra in relazione del rapporto tra inconscio e conscio. L'espressione simbolica non colpisce i sensi ma semplicemente li soddisfa. Col tempo la carica sessuale si perde, fino a nascondersi nel significato personalizzato del proprio simbolo. Questi simboli acquisteranno un'apparenza decorativa e coreografica, parallelamente il colore iniziò ad avere un'importanza rilevante. Da questo momento gli elementi schizofrenici si attenuano. Il colore venne utilizzato da Carlo puro, disteso a bande sul foglio.

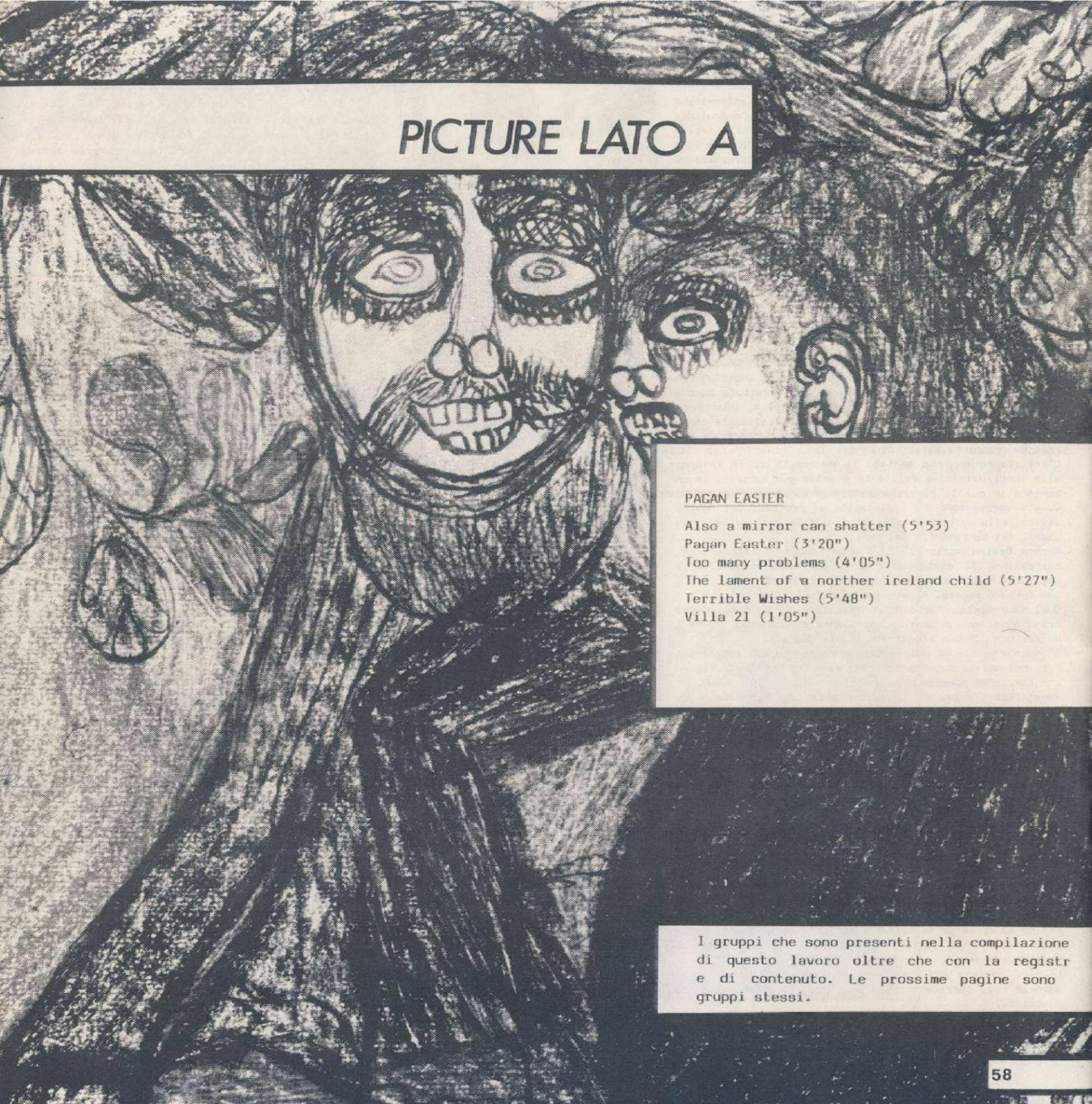
"Il colore che prevale è certamente il nero, come se la sua mente non vedesse chiare le sagome che le passano davanti, ma è la preziosità di certi accostamenti del nero con il bruno, di verdi teneri con toni rosati violacei, di un'estrema delicatezza che fanno comprendere di trovarsi davanti ad un artista ricco di doti istintive, che indirizza ad una mente non alterata, sarebbero giunti ad offrirci risultati di notevole valore pittorico..." Successivamente avviene la comparsa di rappresentazioni a carattere religioso che compenseranno la pacata e simbolica espressione sessuale.

Il sesso così viene ad essere innalzato a sacralità. Contemporaneamente Carlo inizia ad essere ossessionato dal numero 4. E' impressionante come questa ossessiva ripetizione di 4 per 4 lo coinvolga anche nella vita di tutti i giorni. Carlo non accende più sigarette se non 4 alla volta, si chiudeva in gabinetto girando la chiave 4 volte, leggendo ripeteva 4 volte ogni parola etc...

Una volta superata questa fase le figure, le croci, gli animali a volte erano ripetute 8 volte.

Subentra quindi una terza forma di linguaggio che è costituita dalla parola scritta. Gli psichiatri hanno dato particolare attenzione a questo momento, in quanto espressione di comunicazione non verbale.

Nel periodo che va dal '65 al '69 nelle tavole di Carlo vi è una forte presenza di numeri e parole. Inizialmente lo spazio che viene ad esse riservato è minimo fino ad arrivare a coprire una gran parte del foglio. Per Carlo l'uso della parola scritta sostituisce così ogni altra rappresentazione grafica.



PICTURE LATO A

PAGAN EASTER

Also a mirror can shatter (5'53)

Pagan Easter (3'20")

Too many problems (4'05")

The lament of a norther ireland child (5'27")

Terrible Wishes (5'48")

Villa 21 (1'05")

I gruppi che sono presenti nella compilazione di questo lavoro oltre che con la registrazione e di contenuto. Le prossime pagine sono gruppi stessi.



PICTURE LATO B

PEDAGO PARTY

Valium (5'49")

CA IRA

E la mente si muove scoordinata (5'49")

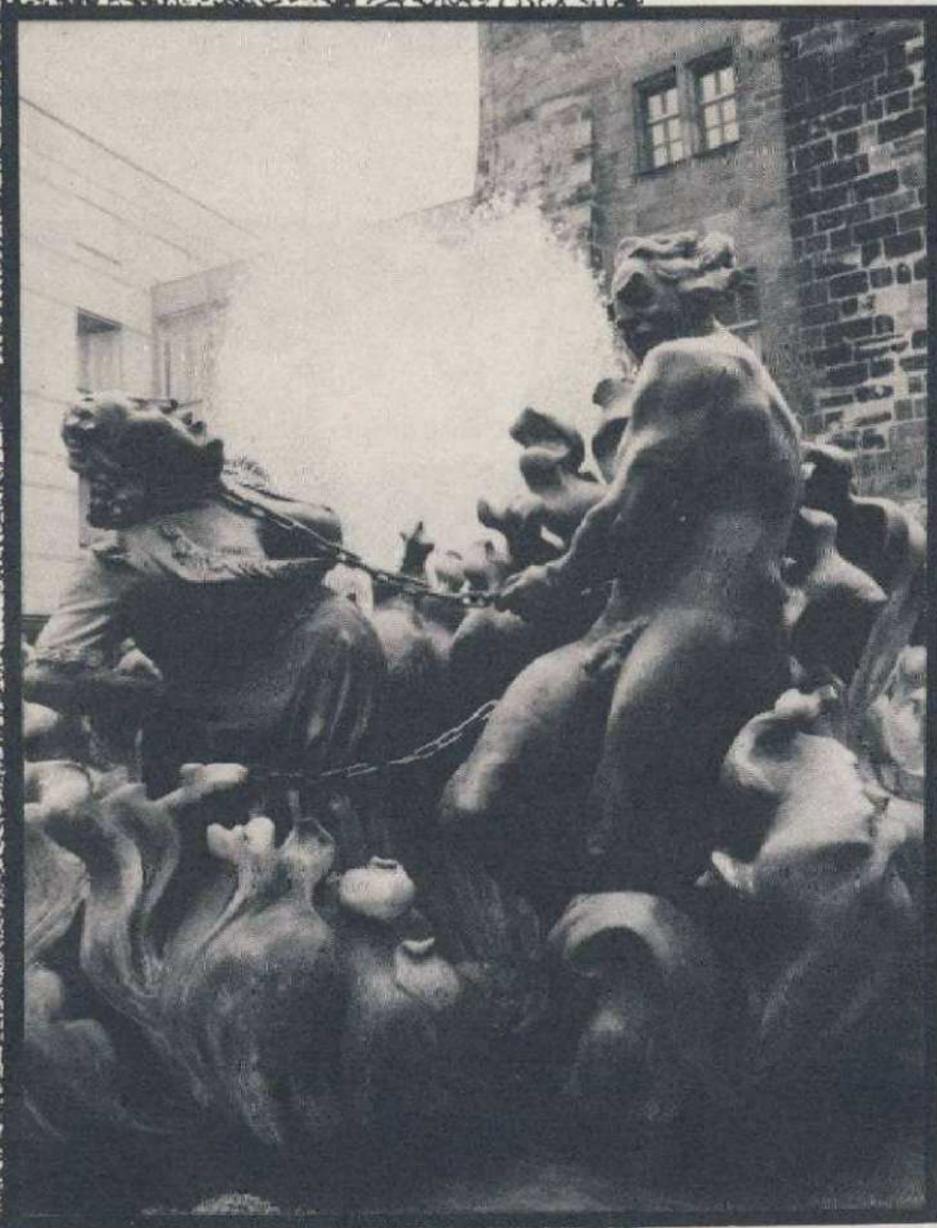
GRONGI

Regolamento di condominio (3'33")

Taglio frontale (2'35")

Frutti finti (5'40")

del picture hanno partecipato alla realizzazione
azione dei pezzi, anche con un apporto grafico
state realizzate interamente -come sempre- dai



PAGAM

La follia esiste in ciascuno di noi.

In alcuni raggiunge un livello superficiale, esce alla luce e si rende visibile agli altri con manifest/azioni, e segni, che fanno parte di un linguaggio particolare e specifico.

In altri, la maggioranza, non accade questo passaggio, e tutto resta latente, e più o meno pesantemente ricoperto da patine sociali, morali, politiche, religiose.. esiste però la follia.

E' sempre più facile vedere occhi perduti nel vuoto, ascoltare parole che ci appaiono (apparentemente) senza senso. In realtà la follia parla con un proprio linguaggio di liberazione.

Siamo noi colpevoli di non riuscire a capire, a sapere.

E il nostro desiderio di sapere/capire/(e curare) non è poi diverso dal senso del "sorvegliare e punire" di foucaultiana memoria.

Sapere e capire per "curare" la devianza, ma anche per sorvegliare affinché nulla turbi la nostra pace. Punire chi è colpevole di ciò.

Occorre invece il contrario: bisogna armarsi della propria ricchezza, del proprio urlo interiore per fare della (nostra) follia una forza di rifiuto!

S.P.K., ad esempio, il Sozialistisches Patienten Kollektiv di Heidelberg, era nato con lo scopo di usare la "malattia mentale" come arma di opposizione al sistema, come arma contro la violenza quotidiana delle persone normali.

Perché le persone normali esercitano varie forme di violenza sulle persone devianti: disprezzo, paura, derisione, odio ... creano le premesse necessarie per la nascita delle istituzioni totali: manicomio e poi carcere, caserma ... scuola.

Queste stesse istituzioni ci stanno attorno tutta la vita, e sta a noi accettarle o distruggerle, almeno dentro di noi.

Solitamente, invece, per la maggior parte delle persone, queste "gabbie" diventano fonte oggettiva di sicurezza: sociale e personale.

Hanno quindi la duplice funzione di deterrente e di oggetto rassicurante.

In questo modo il cerchio si chiude: le istituzioni totali diventano i nostri oppressori.

La società ha paura della follia, di una pazzia che non abbia nessun limite, la pazzia che sconvolge e distrugge la vita di chi vive accanto al "malato", a colui che impazzisce!

Ognuno di noi costruisce la sua gabbia; la scatola della propria sicurezza: il lavoro, la famiglia, l'amore, lo stato, la religione ... la vita.

Qualcosa che ti fagocita, che ti ingloba. Cerchiamo tutto questo quasi con disperazione. Ci hanno abituati e cresciuti (dalla famiglia, alla scuola, al lavoro) allo interno di questo modo di vedere le cose. Simboli e oggetti che abbiamo introietta

EASTER

to e che hanno coperto di polvere spessa ogni fonte di luce personale, interiore. Anni di lavoro assiduo di familiari, educatori, preti, televisione ... (una storia comune, che si può percorrere a ritroso per generazioni) ci hanno resi sordi e muti delle nostre "reali" capacità di comunic/azione.

Sta a noi decidere di non applicare a noi stessi questo codice comportamentale assolutamente confacente al sistema: produrre, consumare, obbedire ... in un circolo infinito, fino alla morte.

La follia è destabilizzante. Esce dagli schemi del ciclo di produzione, nel senso che produce sapere e cultura nuovi, e soprattutto antitetici al sistema dominante di comunicazione e produzione. Al folle non interessa la nostra vita alienata. Da sempre. Così come non gli è mai interessata qualsiasi forma di vita associativa gerarchizzata, imposta dall'alto. Non si confronta con essa: la ignora, o la assale.

Sono le società che hanno cambiato (?!) il modo di confrontarsi con la follia.

Gli indiani d'america ritenevano i pazzi come delle persone toccate dal "grande spirito", dei privilegiati, quasi sacri: non vi era scherno o derisione. Il tramite era, comunque, la spiritualità religiosa.

La "nostra" religione cattolica ha invece nei confronti della malattia mentale un atteggiamento pietistico: povere creature di dio colpite dalla malattia!

Sono passati dalle persecuzioni alla misericordia, dalla caccia alle streghe alla pietà! Lo stesso discorso vale per la società più vasta: non vi è più rispetto per il folle, solo derisione, inganno e violenza! Quanti sono quelli che finiscono massacrati a botte, bastonate, per puro divertimento o punizione? In questo caso la violenza è anche fisica.

talvolta i devianti devono accettare di buon grado il ruolo di capri espiatori di cui la buona gente normale (i "sani") l'investe: per loro si tratta di una possibilità di venir "riconosciuti" in qualche modo, di avere un qualsiasi tipo di rapporto con la realtà della gente "normale". Tutto ciò si basa sulla menzogna e sull'inflessibilità delle regole stabilite, cosicché chi oltrepassa certi limiti (morale, pudore, famiglia ...) corre dei seri rischi di invalidazione. Intanto, i normali, costruiscono arsenali atomici, imperi basati sul sistematico sfruttamento di classi più deboli, tengono sotto i piedi l'intero terzo mondo!

Per noi, che sognamo una vita diversa, una vita vera, lontano dalle miserie quotidiane, dal grigiore che ci attornia, dallo squallore del potere (unica vera logica folle!) e dei suoi uomini, tutto questo dovrebbe instillare odio, desiderio di rivolta, "lucida follia" di cui armarsi.

Depsicchiare i rapporti alienati: il pazzo non è mai uno solo.

La follia è in un sistema di rapporti a cui il folle è costretto a partecipare: la famiglia, gli amici, l'istituto psichiatrico. Non esistono schizofrenici.



ALSO A MIRROR CAN SHATTER
(anche uno specchio può esplodere)

CAMMINANDO SULLA STRADA/CRISI DI PENSIERI/E' TROPPO TARDI
CAMMINANDO SULLA STRADA/NIENTE PASSI SOTTO AI TUOI PIEDI
IL MURO NON E'/COME MI AVEVA DETTO
IL PIANTO NON E'/COME MI AVEVA DETTO
CROLLARE DA SOLI/IN UNA CADUTA PROFONDA/LA CADUTA DI UN SOGNO
FUORI DALLE FORME/FUORI DAI PIANI/FUORI DALLA VITA COMODA
CADERE DA SOLO
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO URLARE
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO CADERE
(*)
CADERE DA SOLO
QUALE E' LA PARTE SBAGLIATA/QUALE E' L'UOMO E' QUALE IL MOSTRO/QUALE LA BESTIA
CADERE DA SOLO
QUALE E' LA BESTIA
CADERE DA SOLO
QUALE E' LA PARTE SBAGLIATA QUALE L'UOMO QUALE IL MOSTRO
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO URLARE
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO CADERE
LASCIALELO/VESTE/LA SUA VESTE/INDOSSARE
LASCIALELO DECIDERE CHE COLORE VEDE
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/CHÉ COLORE VEDE????
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO CADERE
SOLO, CADERE (*)
SOLO, CADERE (*)
QUALE E' LA BESTIA
TROPPO FACILE RIDURRE GLI OCCHI TROPPO FACILE RIDURRE LA VOCE
CADERE DA SOLO/QUALE E' LA PARTE SBAGLIATA/CADERE DA SOLO
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO URLARE
LASCIALELO PIANGERE/LASCIALELO PROVARE/LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO CADERE
LASCIALELO DISTRUGGERE/LASCIALELO CHIAMARE/LASCIALELO DECIDERE CHE ABITO METTERSI
LASCIALELO PIANGERELASCIALELO URLARE
"LASCIALELO CADERE
"LASCIALELO URLARE
CADERE DA SOLO/QUALE E' LA PARTE SBAGLIATA
CADERE DA SOLO/QUALE E' LA PARTE SBAGLIATA
CADERE DA SOLO/QUALE E' L'UOMO
CADERE DA SOLO/QUALE E' IL MOSTRO
LASCIALELO PIANGERE
" "
" "

PAGAN EASTER

GUARDO ATTENTAMENTE LA DISPERAZIONE
SARA' STRESSATO COME UNA PIETRA NEI TUOI OCCHI
SARA' L'AGNELLO BIANCO PER L'OCCASIONE
SARANNO SEGNI DELLA VITA GRIGIA E BUIA

SARA' UNA PASQUA PAGANA
" "
" "
" "

LA LUCE SARA' DI SOLE CANDELE
LE CANDELE SARANNO LA SOLA LUCE
E LA DANZA SARA' GIA' INIZIATA
MA NON SAREMO MAI FELICI

TOO MANY PROBLEMS
(troppi problemi)

NEI TUOI OCCHI
POSSO VEDERE
ODIO PER ME
ODIO PER IL MONDO
PER TUTTO IL MONDO

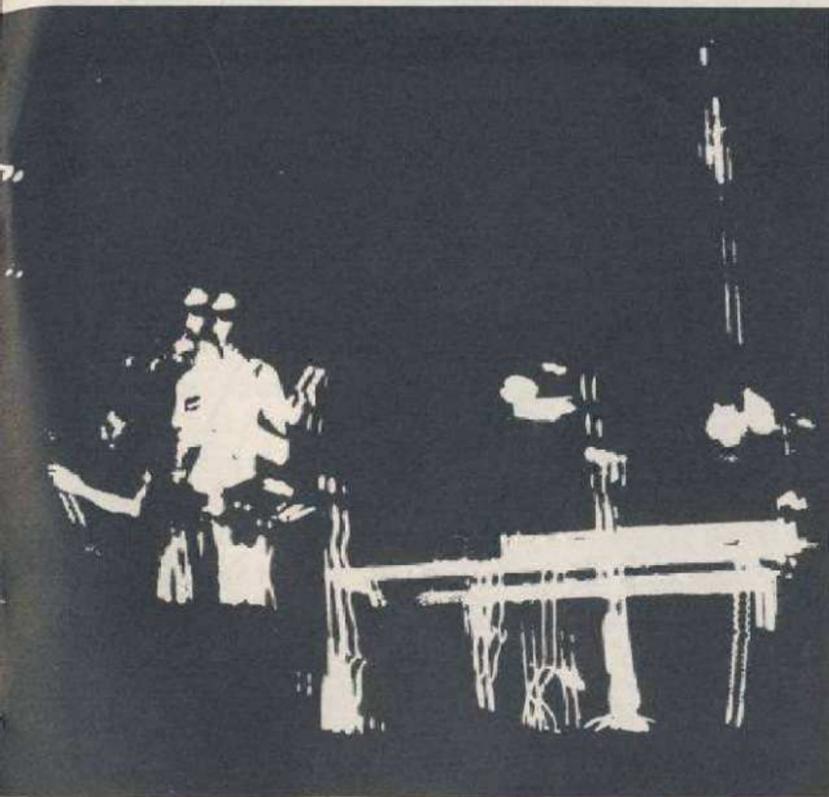
NEI TUOI OCCHI
IO POSSO SENTIRE
LA SENSAZIONE MODERNA
LA SENSAZIONE DEL FUTURO
DEL NOSTRO FUTURO

IO TI STO ASPETTANDO
STO ASPETTANDO UN'ALTRA SOLUZIONE
IO TI STO ASPETTANDO
ASPETTO UNA DIREZIONE NUOVA

TROPPI PROBLEMI SENZA SOLUZIONE
" "
" "
" "

DI COSA HAI BISOGNO
" "
DIMMELO AMICO/DI COSA HAI BISOGNO
" "





THE LAMENT OF A NORTHER IRELAND CHILD
(il lamento di un bimbo nord irlandese)

AVRANNO MAI PIANTO UNA VOLTA PER LA LORO MADRE
COME TE O ME PER IL TERRORE
BUIO, GIOCARE, CANTARE E BALLARE
O ERANO LE LORO RISA
MANIACO, URLAVANO
COME LUPI NEL PLENILUNIO
LI HO INCONTRATI QUALCHE VOLTA COME
GENTE COMUNE SULLE NOSTRE STRADE ALL'ORA DI PRANZO
SI TRAMUTERANNO DI NOTTE
SPUNTERANNO LORO CORNA E CRESCERANNO UNGHIE?
PENSO CHE VIVANO IN QUALCHE SPECIALE
TIPO DI INFERNO, NON QUI E NEANCHE NEL SUD.
HO IL TERRORE DI DOVER UN GIORNO
STRINGERE LA MANO CHE HA FATTO ESPLODERE UN CRATERE
NELLA TESTA DI JOHNNIE GRANDE COME LA SUA BOCCA.

TERRIBLE WISHES
(desideri terribili)

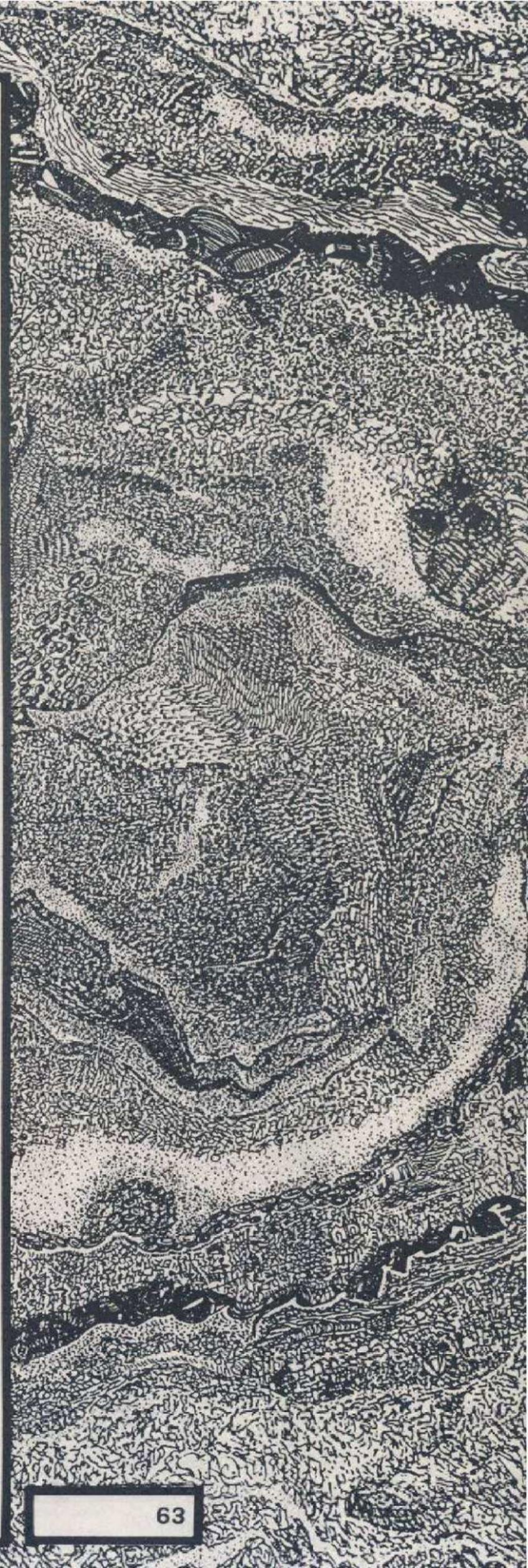
NON E' UNA SENSAZIONE EPIDERMICA/
NON E' DIFFICILE COMPRENDERLA/
E' TROPPO TARDI DIFENDERCI
SOFFERENZA E DOLORE/UNA BOCCA INCAPACE DI URLARE ADESSO/
SOLO SENZA PAROLE/IL DESERTO IN TE/
MENTE/
CHE URTA CONTRO LA TUA INDIFFERENZA/
MANI STRETTE ATTORNO/AL VUOTO DELLA CITTA'

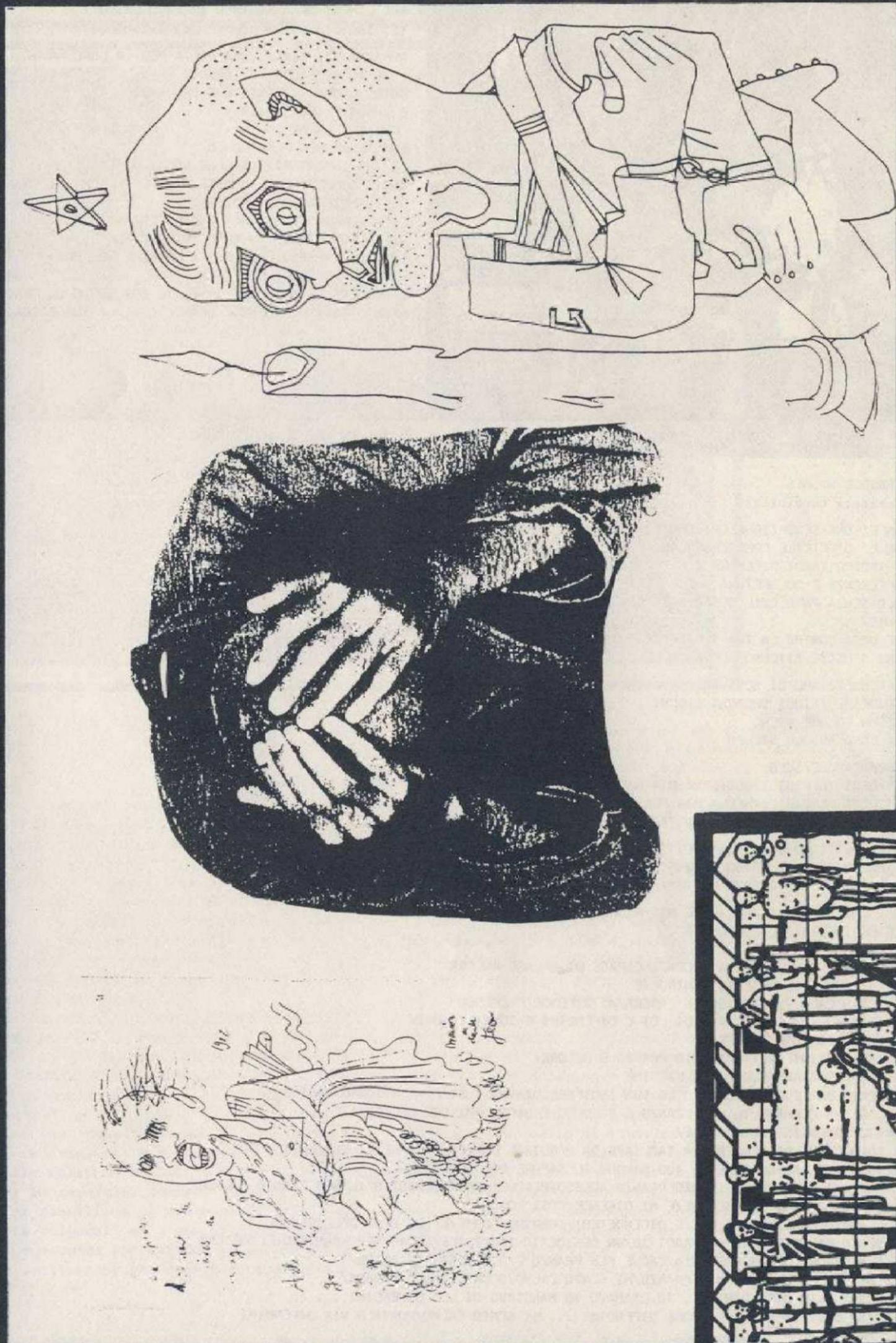
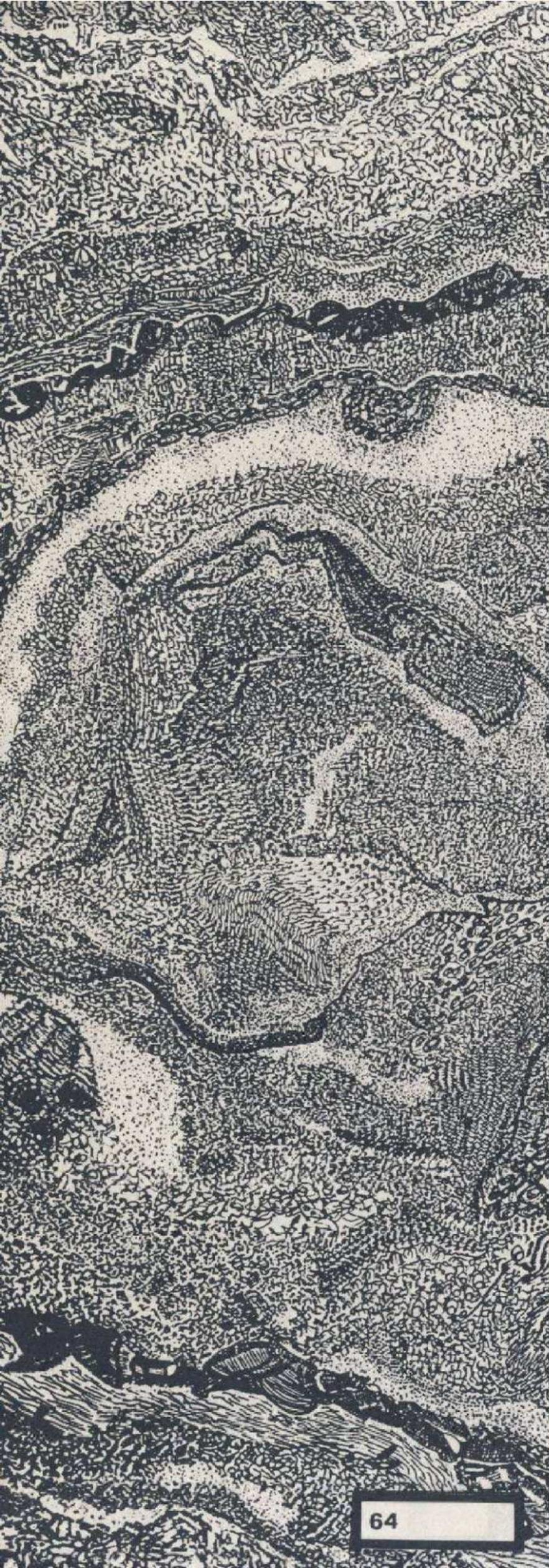
TI PERMETTIAMO DI SCRIVERE
E GIOCARE I TUOI SPORCHI GIOCHI
NESSUN COLORE VIENE
DEL LORO ANGOLO SICURO

SENZA PAROLE/SOLO
DESIDERI TERRIBILI/UCCIDERE MIA MADRE PIANO
DESIDERI TERRIBILI/NELLA MIA MENTE
E' SOLO CARNE DA VENDERE/DA TAGLIARE/DA MANGIARE/DA CONTROLLARE

TI PERMETTIAMO DI DIPINGERE
E' PROPRIO COME IL TUO SANGUE
IL SAPORE DEL SUO SANGUE

DESIDERI TERRIBILI/UCCIDERE MIA MADRE DOLCEMENTE
DESIDERI TERRIBILI/VENDERLA
ADESSO
SOFFERENZA E DOLORE UNA BOCCA/INCAPACE DI URLARE ANCORA
SENZA PAROLE/IL DESERTO DENTRO TE
MI SENTO CALMO/SCORRE SULLE LABBRA/MI DIFENDE E CRESCE
IO L'AMAVO IO/IO MANGIAVO DI LEI E DIFENDIMI E SORRISI DURI/
SHOW DELL'ORRORE/INDIFESO
PERCHE' HA INTERROTTO IL MIO PRANZO E DOLORE/
SICURO/CAMMINARE SULLE TUE LACRIME
LA MENTE BATTE FORTE/CONTRO LA TUA INDIFFERENZA/MANI STRETTE ATTORNO/DIETRO
PERCHE' HA FERMATO IL MIO PRANZO E CREDERE E DIFENDIMI CON DOLCEZZA/E' UN
SORRISO DURO IL LORO ORRORE/
E' SOLO CARNE DA VENDERE/DA TAGLIARE DA MANGIARE DA CONTROLLARE/TI CONCEDIAMO DI
DIPINGERE/E' ROSSO COME IL TUO SANGUE IL SAPORE DEL SUO SANGUE/
PERCHE' HA INTERROTTO IL MIO PRANZO ADESSO/PERCHE' HA INTERROTTO IL MIO PRANZO ADESSO/
MI SENTO COSI' CALMO/SCORRE/E MI DIFENDE/COSI' DURO
IO L'AMAVO/MANGIAVO DI LEI/E DIFENDETEMI/SORRIDO FORTE/E' LO SHOW DELL'ORRORE
MI SENTO CALMO/E' TROPPO TARDI IO/UN DESIDERIO TERRIBILE/CARNE PER PRANZO/DIFENDETEMI
MI SENTO/NON LO PORTERO' VIA/CARNE PER PRANZO E DIFENDIMI/IO AMAVO/
PERCHE' HA FERMATO IL MIO PRANZO/MI SENTO CALMO/SCORRE SULLE LABBRA/
E' COSI' ALTO DIFENDIMI ... IO L'AMAVO IO MANGIAVO DI LEI DIFENDIMI ...
SORRISI DURI/SHOW DELL'ORRORE DIFENDIMI ... MI SENTO CALMO/PORTALO VIA DIFENDIMI





PEDAGO PARTY

introduzione

Mai nessun vecchio saggio ha saputo dare una definizione reale di pazzia.

Ognuno ne ha in sè una parte, ognuno in modo diverso. Chi ne dà atto combattendo il 'nemico' non è inferiore a chi vive per il sogno americano, nè a chi vende il proprio corpo e quello altrui ai bordi delle strade.

Tutte queste sono forme di pazzia più o meno inconsce, più o meno sgradite. Sicuramente **pazzi** non sono coloro che le forze di repressione hanno rinchiuso in putridi 'istituti psichiatrici' abbandonati a mani incompetenti e disoneste senza più neppure il diritto di soffrire.

L'unico fattore rilevante é che non diano fastidio, problema facilmente risolubile grazie all'ormai consueto uso ed abuso di psicofarmaci.

E' infatti parte acquisita della nostra cultura, interpretare i problemi individuali e sociali quasi esclusivamente in termini medici e risolverli quindi mediante farmaci in grado di indurre modificazioni psichiche e di comportamento dello individuo. Valium e Roipnol costituiscono il cibo quotidiano dei cosiddetti malati di mente. Le terapie alternative, la stimolazione dei talenti individuali o di ricerca delle cause sociali, psichiche ed astrali (come ci insegnano le dottrine orientali) che hanno portato ad alterazioni di comportamento, sono ridicolizzate e schernite.

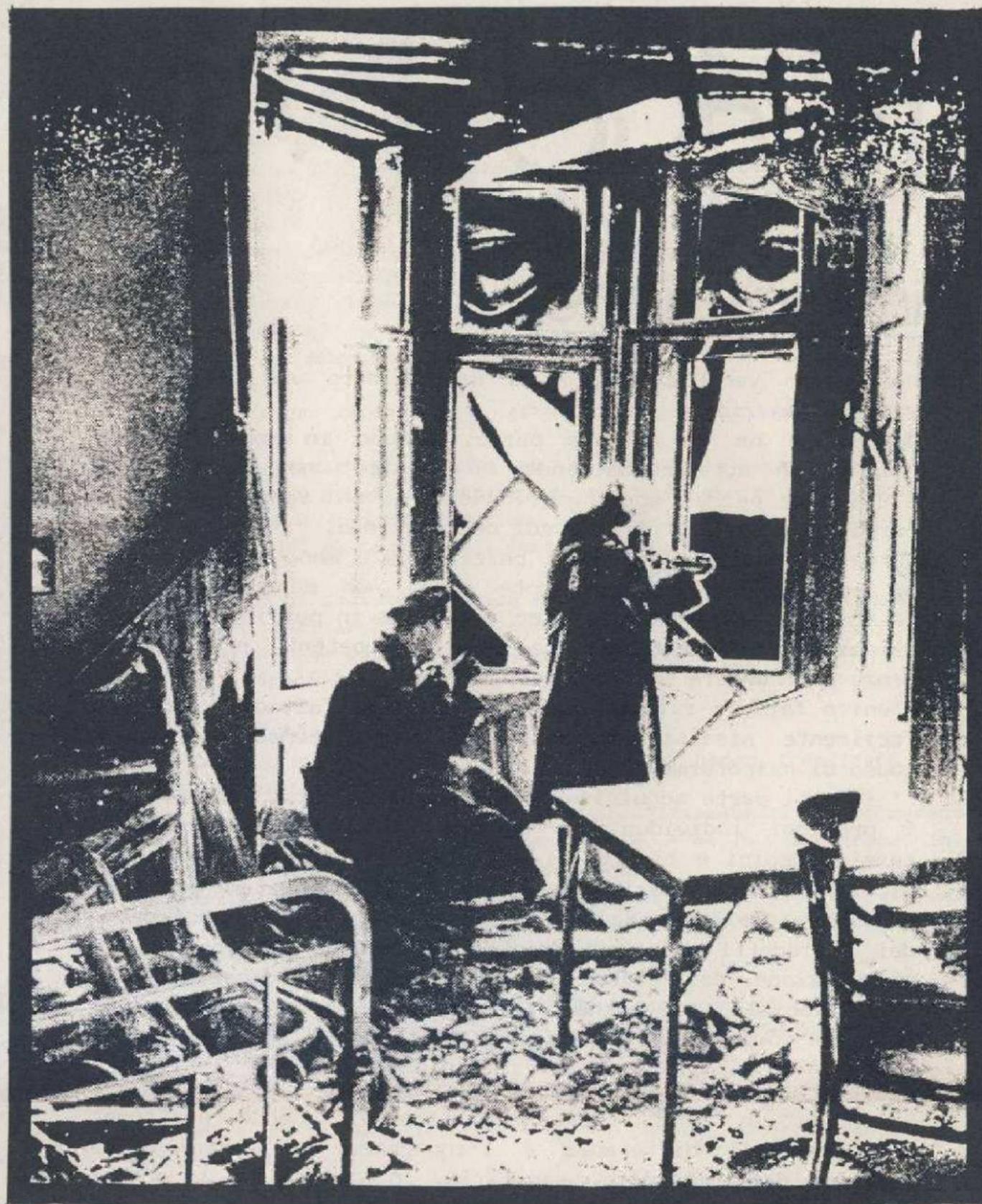
Nostre dirette esperienze (come obiettori di coscienza e volontari in centri socio-riabilitativi) hanno purtroppo confermato l'indifferenza e l'ignoranza che regna nella gestione delle strutture sanitarie, in particolare in quelle riferite all'igiene mentale.

Pazzia è non sottostare alle regole sociali fissate in secoli di oppressione alle naturali ed istintive tendenze umane.

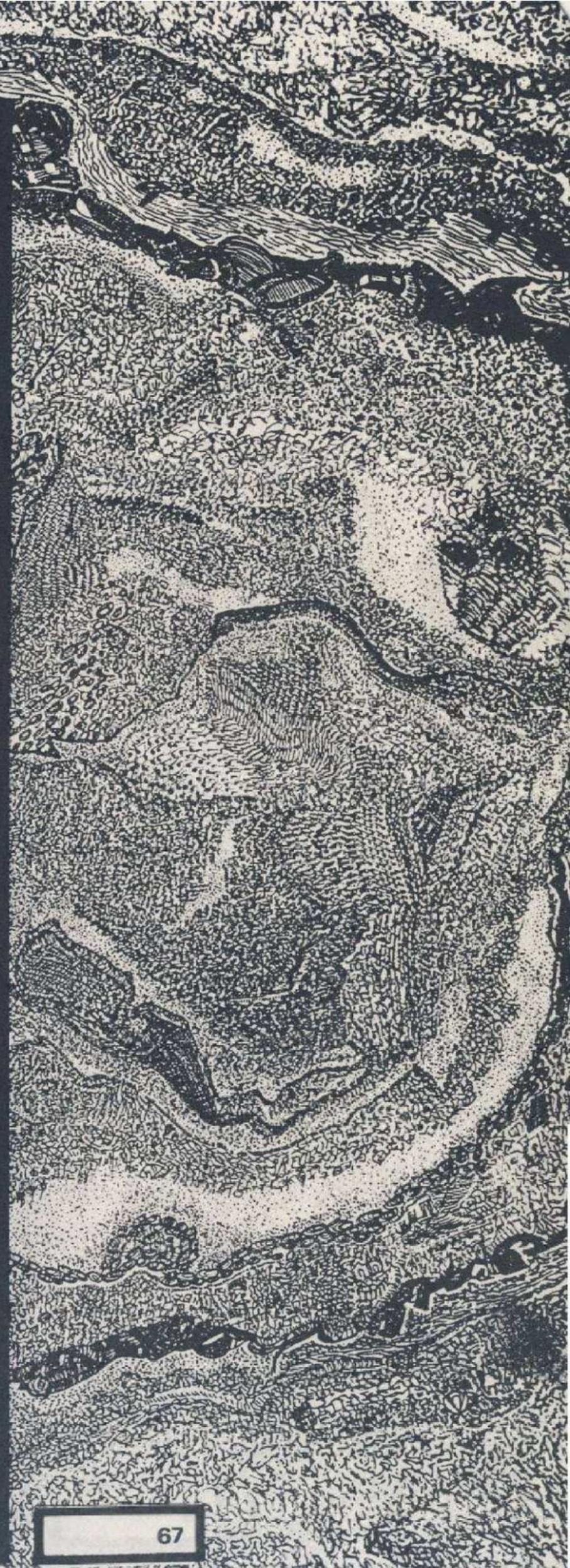
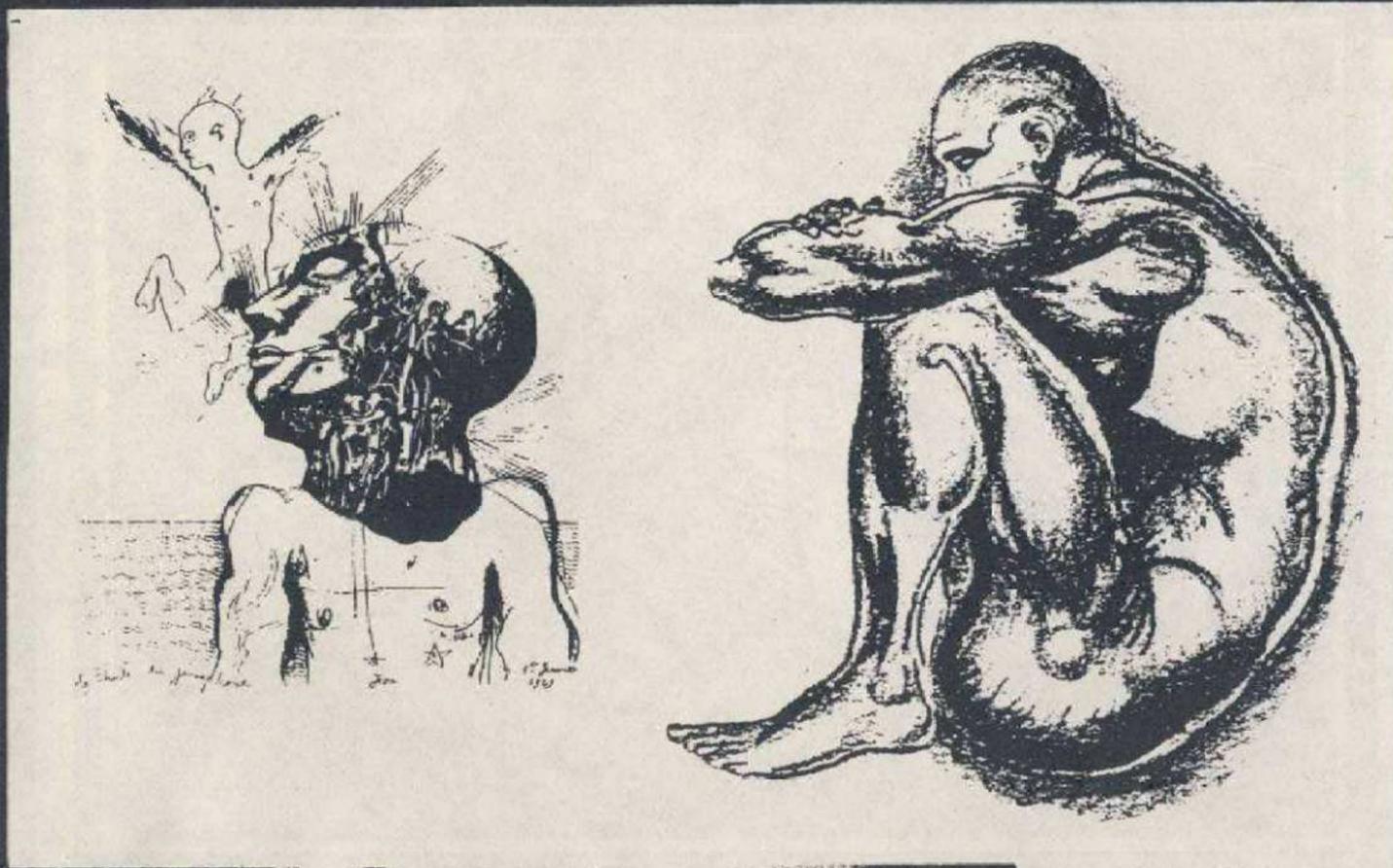
E' nel momento in cui ci rendiamo conto di ciò, che la **pazzia** che ci appartiene si trasforma in impulso vitale.

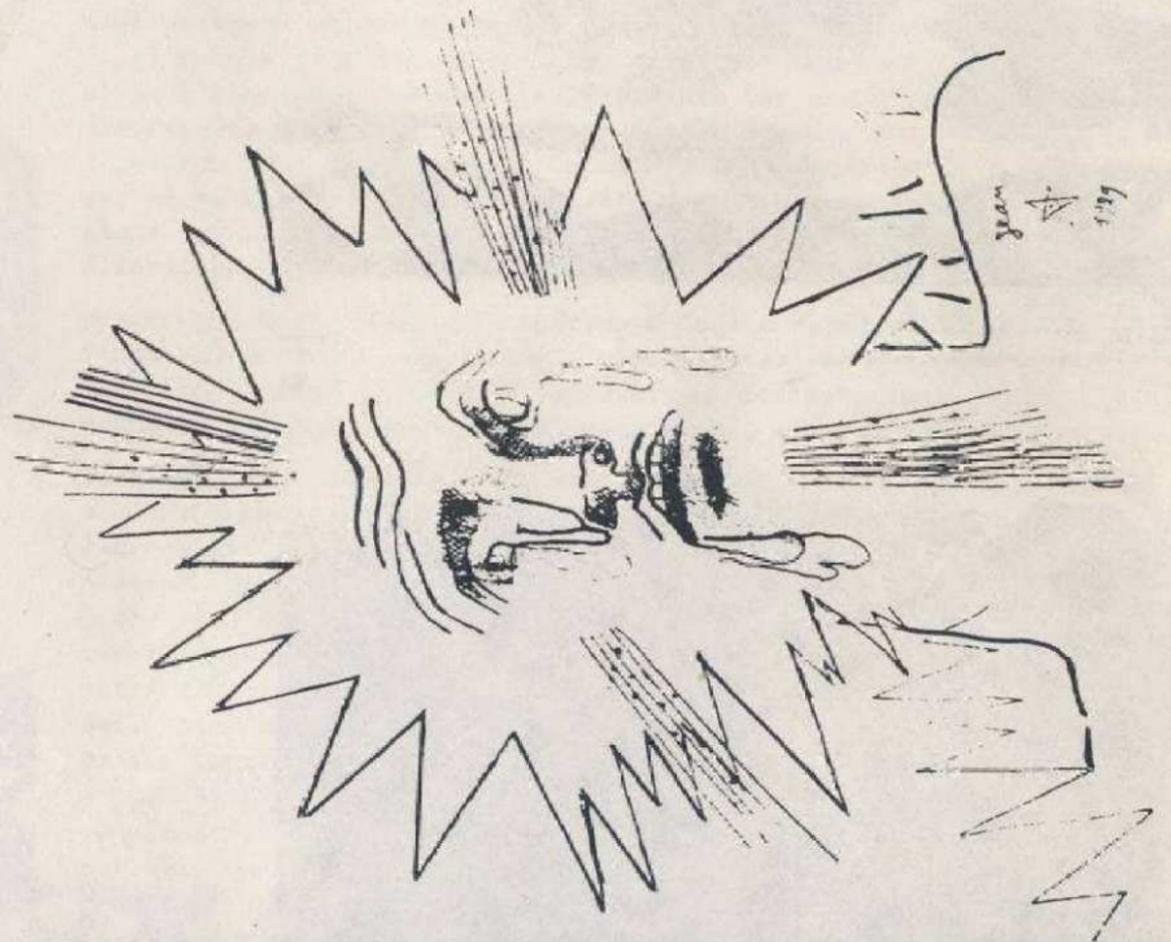
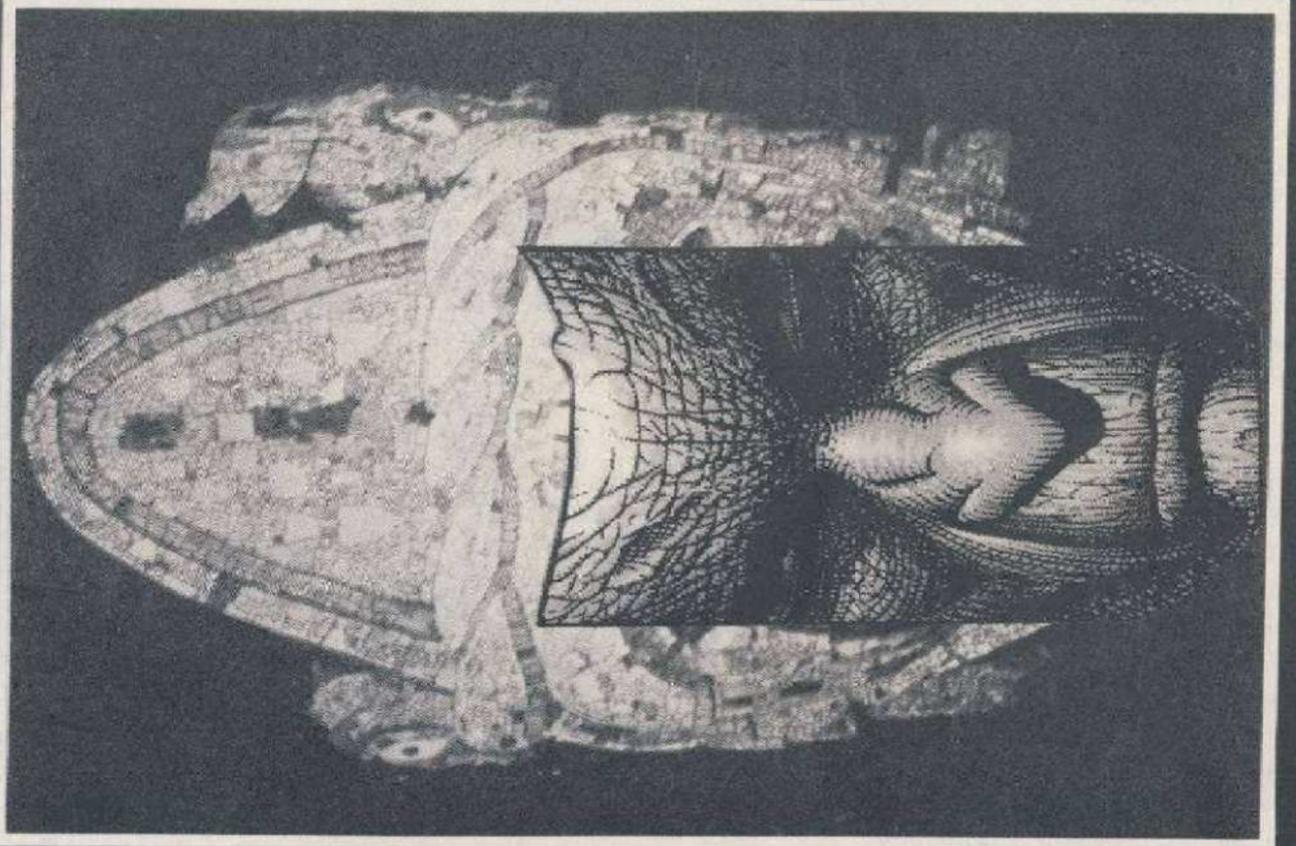
E' così che si diventa **pazzi** e così si diventa orgogliosi di esserlo.

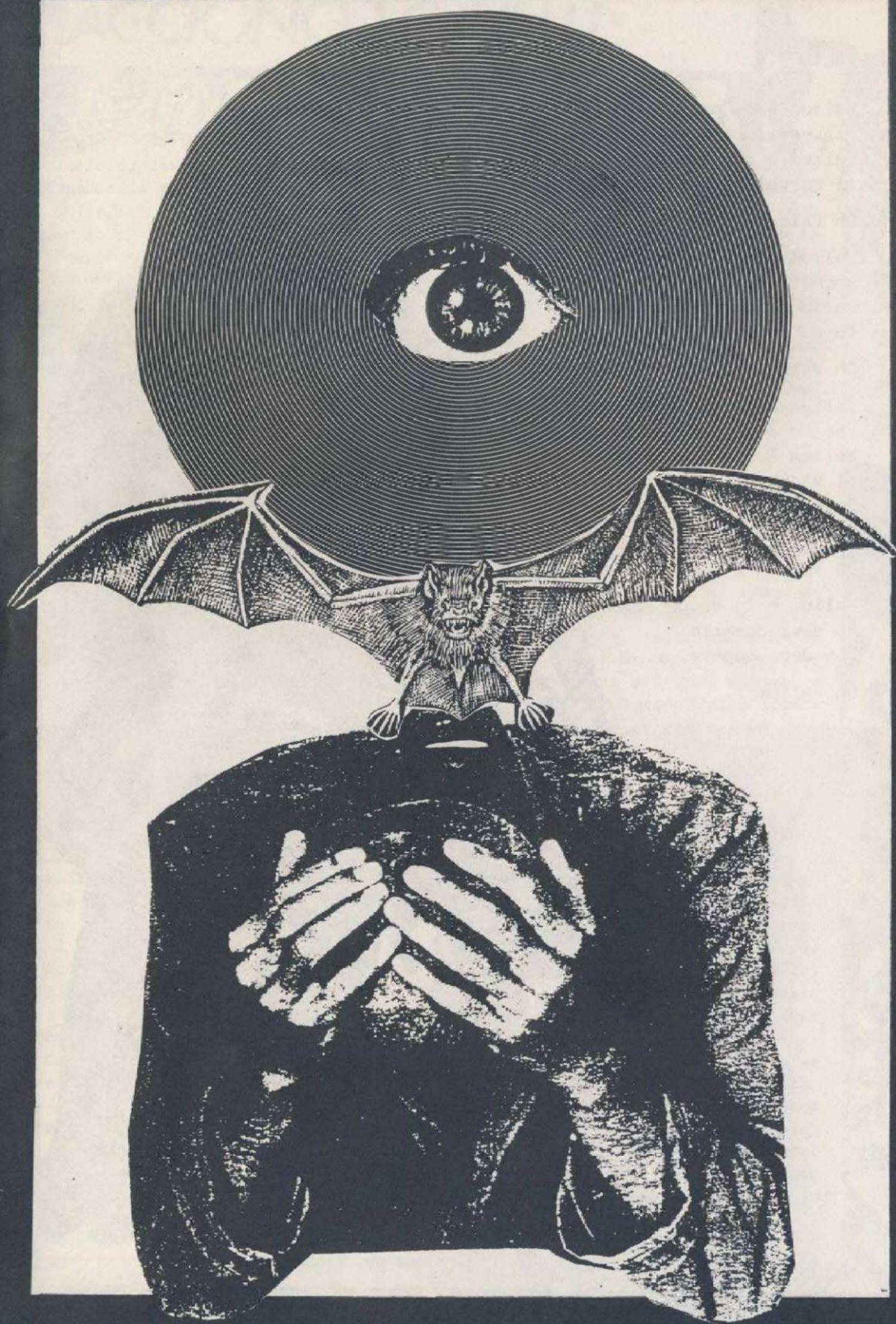
Pedago Party



MA CHE FAI...
... SEI PAZZO?!?







VALIUM

Valium è la pozione che
si vedrai ti sorriderà
Valium è quel veleno che
il cervello ti farà scoppiar

Oh Valium ...

Valium tu te lo devi ingoiar
anche contro la tua volontà
Valium è un potere che
tu non sai ti distruggerà

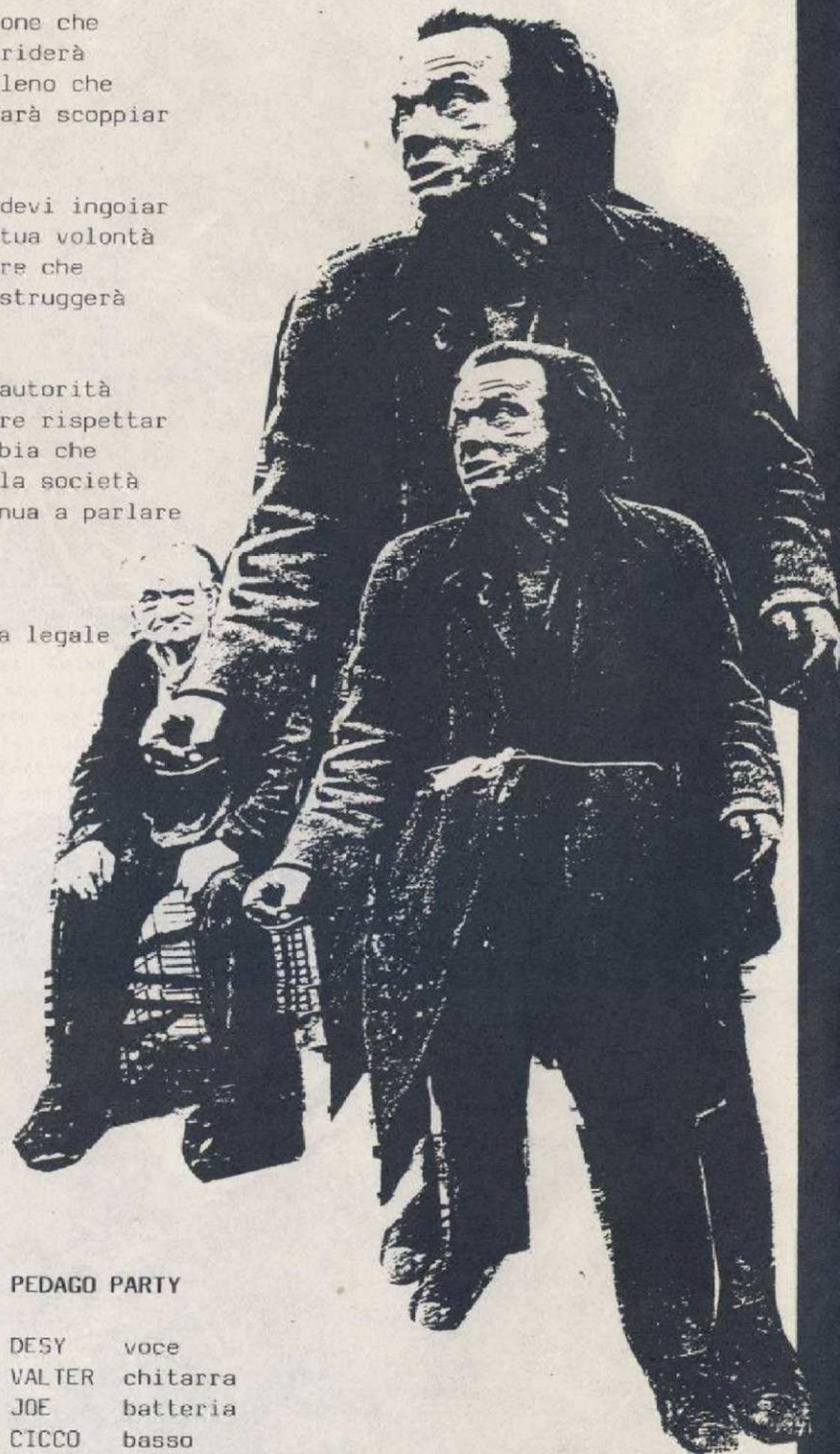
Oh Valium ...

Valium è la tua autorità
che tu devi sempre rispettar
Valium è una gabbia che
ti vien data dalla società
E la gente continua a parlare
bla-bla-bla

Oh Valium ...

Valium è la droga legale
tu devi dormire
non devi sapere

Oh Valium ...

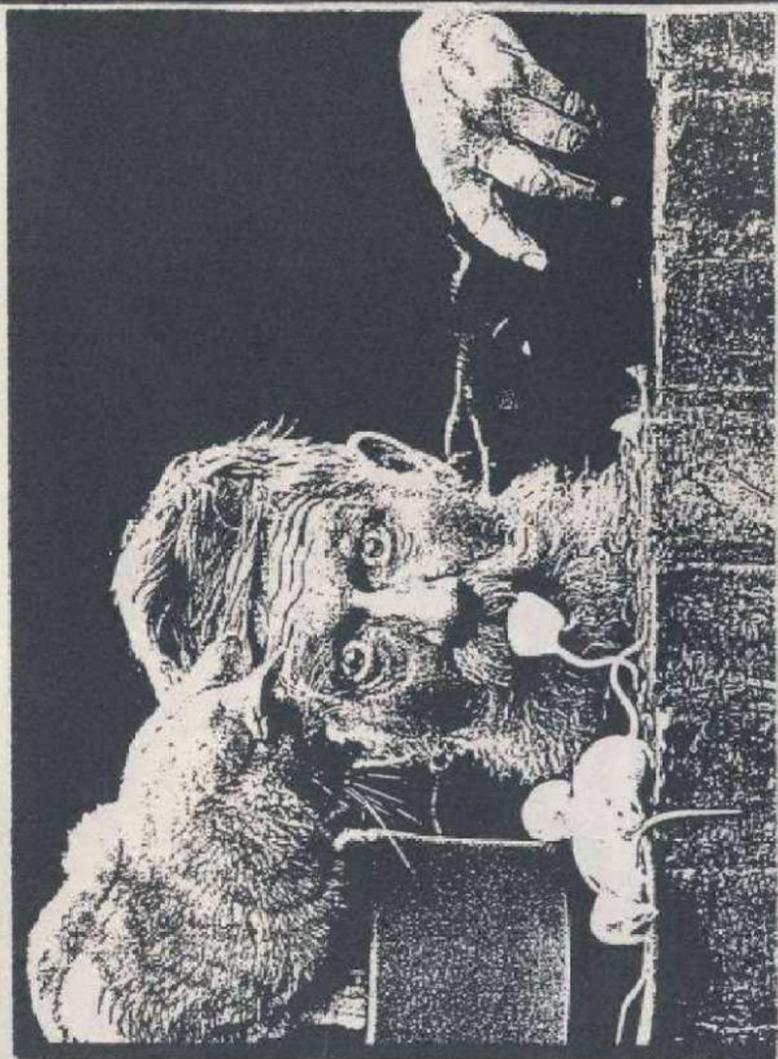


PEDAGO PARTY

DESY voce
VALTER chitarra
JOE batteria
CICCO basso

Per la collaborazione alla realizzazione di questo inserto siamo riconoscenti a:

- Mauro Cella
- Silvia di Dalmine
- Jean Cocteau
- Mario T.
- Cicco e Spanna



Se qualcuno ha intenzione di divulgare foto, ritagli, disegni, stampe, etc per mezzo di diapo durante i nostri concerti **spedisca-spedisca-spedisca**

A

Valter Bonetti
Via Zappellazzo 10
Roveleto di Cadeo PC
tel. 0523/50815-50544

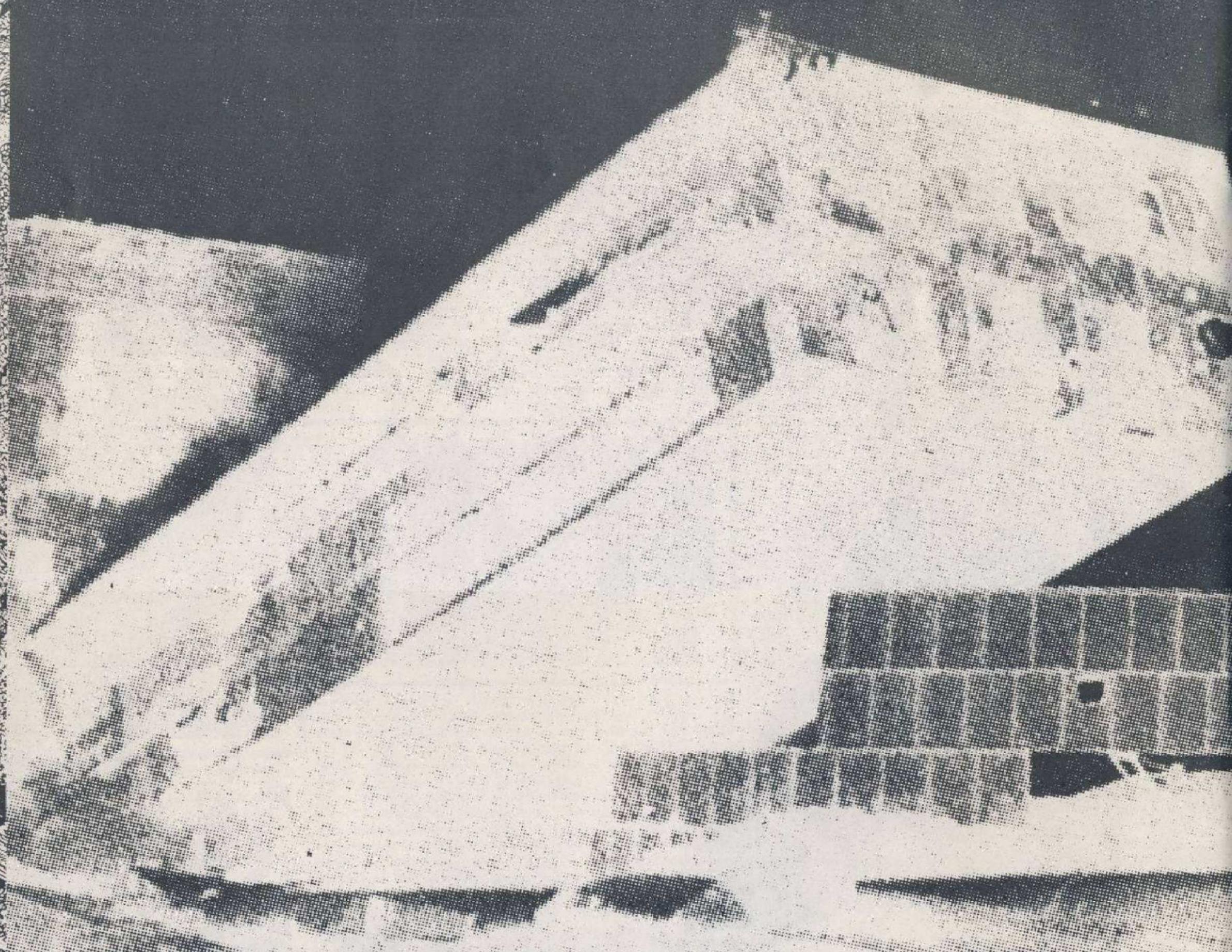
FLA
MEAT

GALVESTON WHARVES
FARMERS
EXPORT CO.

AND



SCIMITA



E LA MENTE SI MUOVE SCOORDINATA

Noi non vogliamo parlare di pazzia, quella 'vera'. Quella non la potremmo trattare in modo serio: nessuno di noi sa cos'è in realtà.

Non potevamo trattare un tema che tutto sommato ci è sconosciuto, senza magari cadere, anche noi, nella retorica o nel semplicismo. A proposito di discorsi semplicistici inerenti alla pazzia, non vogliamo nemmeno fare - pre ora - quello trito e ritrito delle persone scomode, classificate come 'pazze' al fine di ottenere "l'eliminazione delle testimonianze antagoniste".

E' la **PAZZIA METROPOLITANA** che ci interessa, perché ognuno di noi (di VOI?) la vive ogni giorno sulla propria pelle.

Una mattina ti svegli e ti accorgi che è una mattina diversa da quella che l'hanno preceduta: forse hai vent'anni, o trenta, o meno, ma non ha importanza.

Ti svegli, e ti accorgi di essere SOLO: gli amici - la banda - se ne sono andati, si sono 'persi' per la strada. Chi si è sposato, chi è andato a vivere altrove, chi si fa le pere, chi ... e sei SOLO.

Magari anche LEI/LUI ti ha mollato. Oppure non c'è, non c'è mai stato. Oppure c'è, è lì, ma è come se non ci fosse. Ti guarda, e non capisce perché sei DEVASTATO dentro.

Il SILENZIO. Un MURO.

Magari muore anche qualcuno che ti è caro. Impazzisco al pensiero della MORTE.

Morire. Non essere. Non esserci più.

Affogo nelle sabbie mobili del tempo. Non c'è più tempo, NON C'E' PIU' TEMPO!!!

Devo trovare il coraggio di vivere ancora!

E allora ti guardi attorno, cerchi un appiglio, e tutto ciò che trovi è una montagna di parole. E non si può costruire nulla sulle parole. Eppure tutte le CITTA' sono costruite sulle parole. L'intera SOCIETA' è costruita sulle parole.

Rumori. Troppo rumore. CAOS.

Odori. Troppo odore. PUZZA.

Voci. Troppe voci. URLA.

Come non rimpiangere la delicatezza sciupata di un'alba in città?

Lavoro. Ritmo. Produzione. Consumismo. Più in fretta, più in fretta. PIU' IN FRETTA.

Non lavoro. Sottoccupazione. Disoccupazione.

Fame. Eroina. Furto. Prostituzione. Spaccio.

AUTODISTRUZIONE!

Polizia. Repressione. Cancellare ogni pensiero individuale, divergente. Carcere. Carcere militare. Carcere psichiatrico. PAZZIA!

E così sei giunto alla fine di questo viaggio attraverso le devastazioni della coscienza. Non sei pazzo, ma lo stai per diventare sul serio. I medici non ti aiutano, tutt'al più ti prescrivono degli psicofarmaci.

Dormi ... e poi? Tutto ricomincia da capo!

Eppure ... eppure, forse puoi reagire.

Forse, questa volta, puoi dire di NO.

Forse, se prendi coscienza, puoi cambiare qualcosa.

SFONDARE IL MURO, DA QUALCHE PARTE. E magari, al di là del muro, ritrovarti in due. In dieci. In tanti.

PENSA A QUELLI CHE FURONO DAVVERO SE STESSI, CHE LOTTARONO E MORIRONO PER LA VITA. NON MIA NON TUA. DI TUTTI!

Si, è vero, sei arrivato "fino al punto di non ritorno", ma forse indietro puoi ancora tornare;

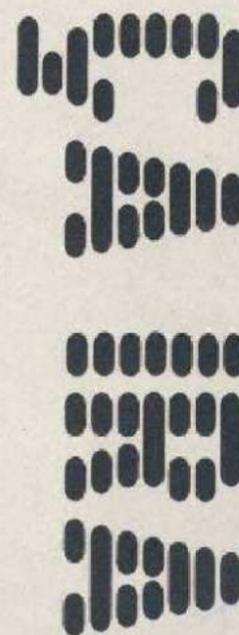
PROVACI.

Noi ci abbiamo provato in questo viaggio apparentemente disorganizzato molto più vicino alle persone "comuni, esplorando i malesseri, le banalità dei piccoli disastri quotidiani che possono provocare lacerazioni tali da costringere a mettersi in discussione, a mettere allo scoperto i propri nervi, a scuotere le proprie certezze materiali.

Abbiamo tentato di cancellare dentro di noi, pensieri stancamente stereotipati, cancellare l'isolamento delle menti, per arrivare ad essere considerati diversi.

Chi lo sa se poi essere "diversi" vuol significare veramente essere pazzi?

ca ira /87



ca ira sono:
Alberto Bollani - voce
Silvano De Nicolo - chitarra
Carola Baraldi - basso
Monica Fregosa - tastiere e voce
Arturo Bevilacqua - batteria

Per contatti: Silvano De Nicolo
Via Novara, 2
20161 Milano, tel. 02/6469431
Arturo Bevilacqua
Via Di Vittorio, 41/C
20019 Settimo Milanese, tel. 02/3283759

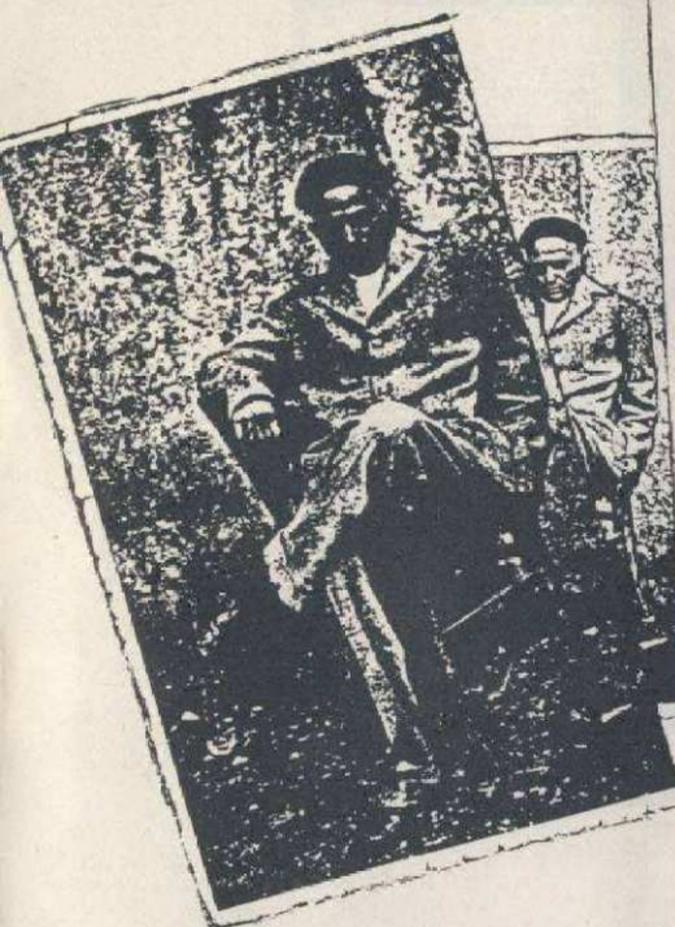
"E LA MENTE SI MUOVE SCOORDINATA" è una versione riarrangiata di un brano tratto dal nostro demotape "FINO AL PUNTO DI NON RITORNO" registrato nell'autunno 1987 come "BRIGATE DI PRODUZIONE"

grida singhiozzi sospiri sputi Pensieri
 Serraglio popolato di bambini mostruosi
 ttono QUOTIDIANAMENTE contro un portiere
 allone in cortile e gli urla dietro
 to di fuggire & stavano arrampicandosi
 ostante gli scrolloni le varie cadute
 mperterriti a salire salire Gridando
 Liberandoti della massa nera che ci .



proiettati come sassi dentro di noi direttamente dal
 Irritati Disobbedienti Scontrosi Incivili che si ba
 /padre/secondino che vuole impedirgli di giocare a p
 SCEMO scemo quando loro sconsolati avevano già scel
 su una parete di roccia con il volto di donna & non
 e tutti i tipi di ferite immaginabili continuano i
 /Singhiozzando sospirando/Sputando/Liberandomi
 OPPRIME il cervello ---

SONNO



Gennaro Coppola (mio nonno) qui ritratto, fu rinchiuso per 24 anni nel lager di Guidonia dove morì per cause ancora da accertare in seguito ad un banale collasso cardiocircolatorio peccato che il suo corpo fosse ricoperto di ecchimosi e ferite di tutti i tipi e peccato anche gli mancasse un orecchio asportato da un altro malato con un morso. Questo il referto che chiuse la sua bara, tutti lo ricordano ancora come un uomo allegro, esuberante e che nonostante la sua 'malattia' non fosse capace di torcere un capello a nessuno.

marco

SERENASE

Fiale - Comp. Iniezioni

Il SERENASE è costituito da 4'-diaceto-4-(1-(4-idrossi-1-metil-1-piperidino)-butirrolidone, (haloperidolo), nuova molecola sintetizzata per la prima volta nei Laboratori

Dal punto di vista chimico differisce dai composti fino ad ora conosciuti. La sua classificazione farmacologica è ancora in discussione in quanto si è dimostrata inibitrice delle attività del sistema nervoso, svolgendo una attività simile a quella di un anestetico, ma si differenzia da questi in quanto inibisce sul sistema nervoso centrale.

Le numerosissime esperienze farmacologiche e l'impiego del SERENASE, hanno chiaramente messo in evidenza le proprietà di questo nuovo farmaco.

L'energica attività sedativa sul sistema nervoso ed il suo impiego nel trattamento di numerose sindromi caratterizzate da stati di iperattività psichica anche di tipo, da iperattività del sistema nervoso.

L'attività inibitrice sulla motilità della muscolatura e muscolatura liscia gastro-intestinale estende l'impiego del SERENASE nel trattamento di numerose sindromi caratterizzate da iperattività della muscolatura liscia.

Il SERENASE è inoltre dotato di considerevoli proprietà.

Il farmaco, se viene somministrato secondo le indicazioni, è ben tollerato dal medico, risulta indicato, sia per somministrazione orale che per

INDICAZIONI

Sindromi di iperattività del sistema nervoso, di agitazione, manifestazioni deliranti e allucinazioni e nei disturbi cronici della preparazione.

CONTROINDICAZIONI

Il SERENASE è controindicato negli stati di depressione, negli stati depressivi e negli stati depressivi del sistema nervoso centrale (impotenza, aderenza).

Gli antidepressivi e neuroleptici (ricicli) devono essere somministrati con cautela in particolare nelle persone anziane, quando si sospetta una insufficienza cardiaca o quando i pazienti presentano disturbi del ritmo cardiaco o della conduzione e nei pazienti sottoposti a trattamenti con medicinali a base di litio, diuretici e di altri farmaci (che possono, sia pure raramente, provocare miastenia grave). L'amitriptilina è inoltre controindicata nella miastenia grave, nel periodo di recupero post-infartuale e in caso di ipersensibilità specifica già nota verso questa sostanza.

Avvertenze

L'associazione con altri psicofarmaci richiede particolare cautela e la vigilanza da parte del medico ed evitare maltesi effetti indesiderati. Se associato a medicinali ad azione centrale come neuroleptici, ansiolitici, antidepressivi, ipnotici, analgesici o anestetici il SERENASE può accentuare l'azione sedativa. È stato osservato sperimentalmente e clinicamente che l'amitriptilina e l'atropina, come per es. la quifenidina, la clemastina e la nifedipina, o simpatomimetici, si rende necessario con farmaci anti-miastinici, occorre lasciare una pausa con i farmaci anti-miastinici. Dopo l'instaurazione del SERENASE, si deve evitare l'uso immediato di altri antidepressivi.

Effetti secondari

Manifestazioni cutanee su base allergica da ipersensibilità individuale. I seguenti altri effetti secondari, individuati in parte al dosaggio ed in parte in seguito a reazioni di ipersensibilità, sono: vertigini, capogiri, nausea, vomito, ipertensione arteriosa, tachicardia, secchezza della bocca, disturbi della motilità della muscolatura liscia, secchezza della bocca, disturbi della motilità della muscolatura liscia, tachicardia e disturbi della motilità della muscolatura liscia.

Precauzioni

Il SERENASE deve essere somministrato con cautela alle persone che presentano ipersensibilità individuale. Gli effetti secondari, individuati in parte al dosaggio ed in parte in seguito a reazioni di ipersensibilità, sono: vertigini, capogiri, nausea, vomito, ipertensione arteriosa, tachicardia, secchezza della bocca, disturbi della motilità della muscolatura liscia, secchezza della bocca, disturbi della motilità della muscolatura liscia, tachicardia e disturbi della motilità della muscolatura liscia.

Contenzione

25 compresse - mg 25
30 compresse - mg 10
20 compresse - mg 50
20 compresse - mg 25
20 compresse - mg 10

I medicinali non vanno tenuti a portata di mano dei bambini

Prodotti Roche S.p.A.

Milano

Lexotan marchio registrato

ROCHE

Composizione
Il Lexotan, contiene come sostanza attiva il bromazepam.

Proprietà
Il Lexotan, attua un pronto controllo degli squilibri emozionali (stati di tensione, ansia, associati o meno a depressione) e di conseguenza la normalizzazione delle turbe viscerali e genericamente somatiche che trovano una loro genesi o, comunque una concausa scatenante ed aggravante, in una perturbazione dell'equilibrio psicosomativo del soggetto.

Indicazioni

Disturbi emotivi. Stati di tensione e di ansia, senso di insicurezza e paure immotivate anche accompagnate da manifestazioni depressive, nervosismo, agitazione, difficoltà di contatto ed insonnia. Disturbi psicosomatici e funzionali dell'apparato cardio-vascolare e respiratorio, dell'apparato gastro-intestinale, dell'apparato genito-urinario, cerebrale da tensione. Reazioni emotive ad una malattia organica cronica.

Posiologia

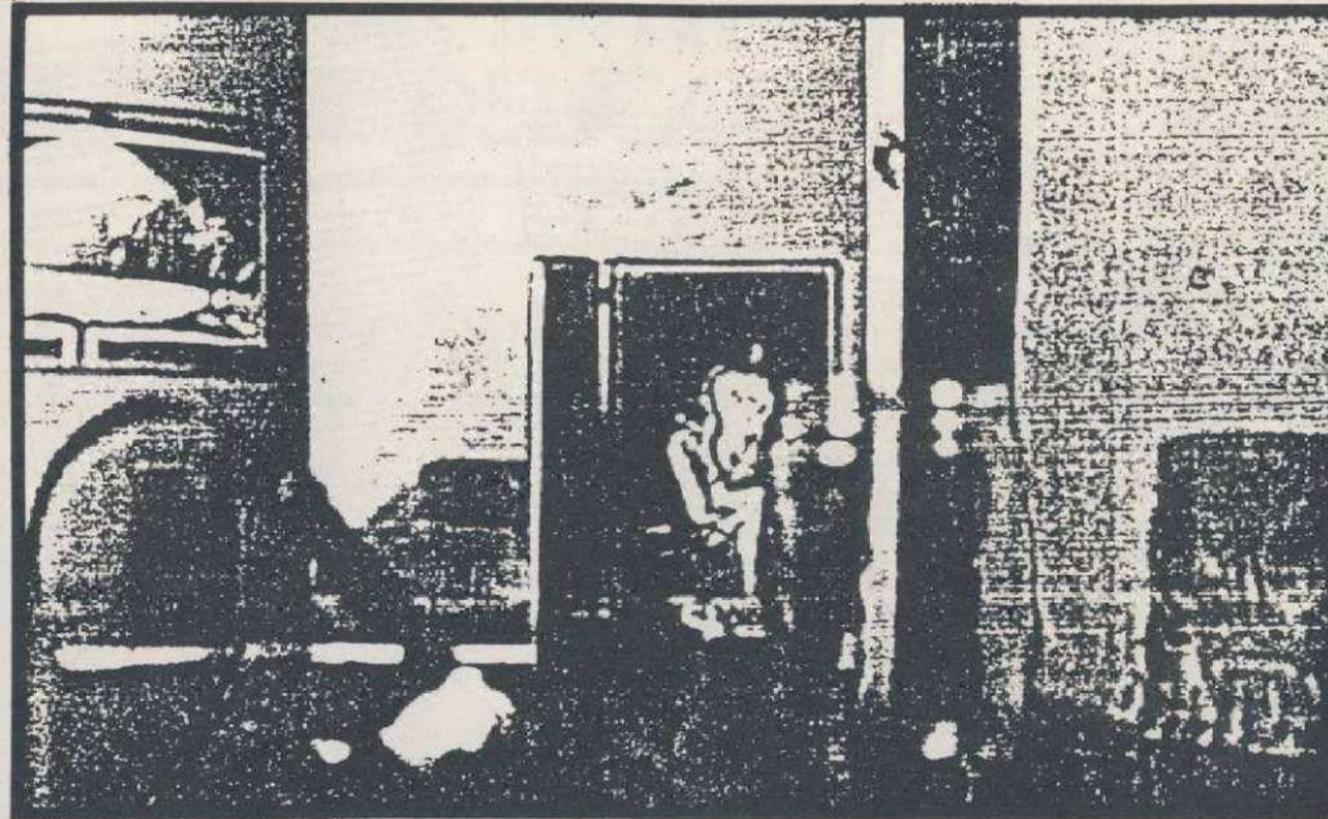
Per la variabilità delle risposte individuali, la posologia va regolata caso per caso, in media da 1,5 a 3 mg 2-3 volte al giorno.

Controindicazioni

Accertata ipersensibilità al bromazepam; miastenia grave.

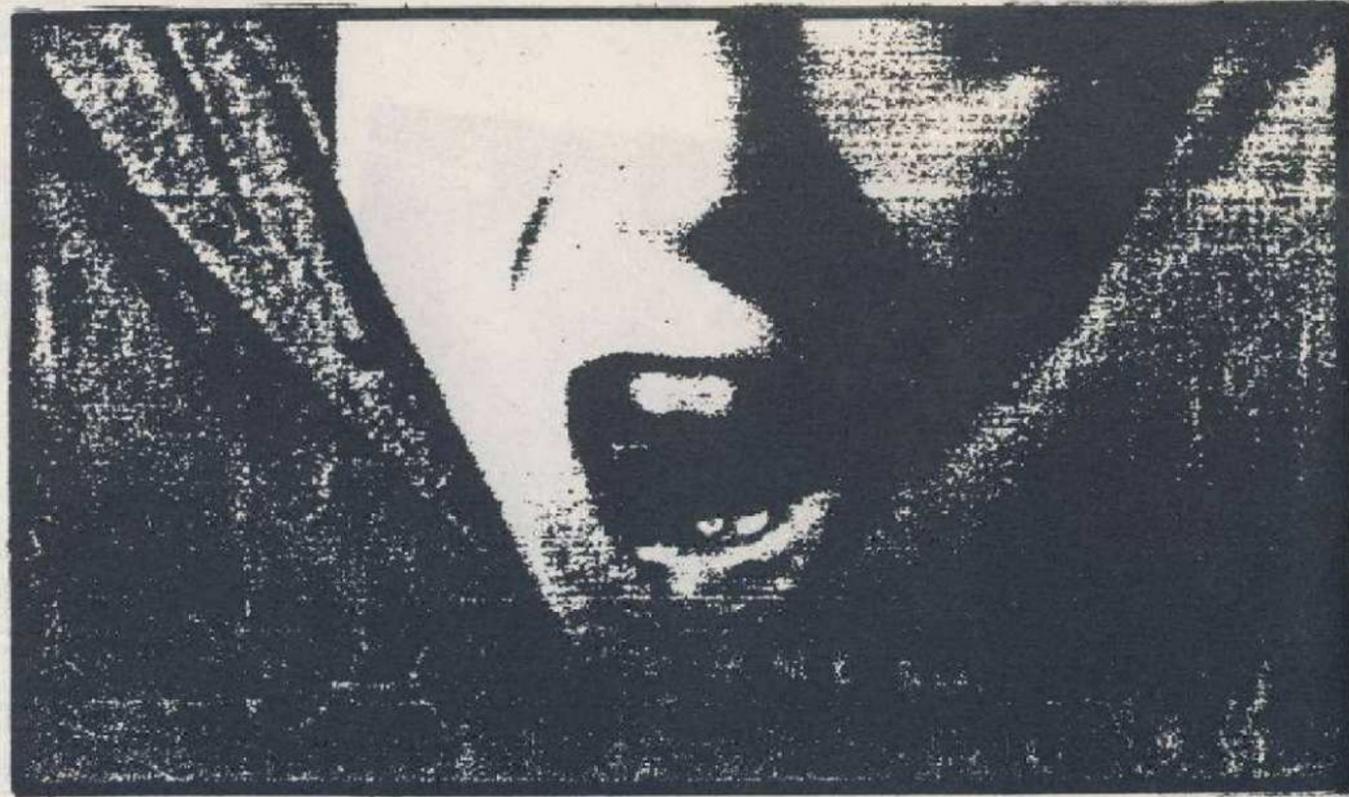
Effetti collaterali

Alle dosi terapeutiche il Lexotan, è ben tollerato. Esso ha dimostrato di non possedere alcun effetto tossico nei confronti della crisi ematica e delle funzioni epatiche. Occasionalmente si può osservare all'inizio del trattamento lieve sonnolenza, sensazione di fatica oppure diminuzione del tono muscolare. Questi effetti scompaiono spontaneamente, in caso contrario è sufficiente adattare la posologia alle esigenze individuali. In caso di un surdosaggio relativo di benzodiazepinici, possono raramente osservarsi altri sintomi quali atassia, ipotensione, nausea, anch'essi scompaiono di norma in pochi giorni spontaneamente o per aggiustamento della posologia.

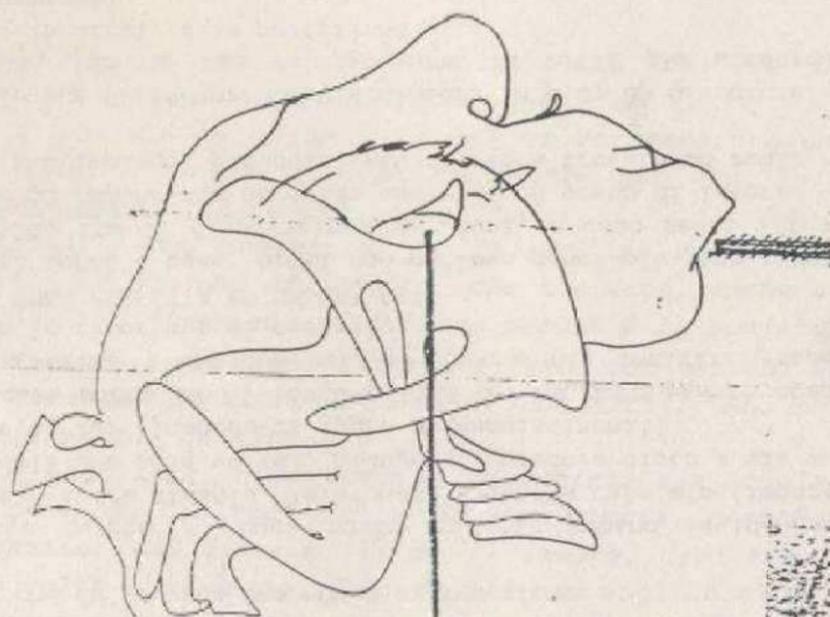


Nelle orecchie mi sento un eterno ronzio. Tanto che qualche volta rimango per parecchi minuti in ascolto davanti alla porta con una zampetta sollevata. Voglio svelarti un segreto: ho molti corteggiatori. Sovente stando seduta alla finestra li guardo tutti. Ah, se sapessi che mostri ci sono fra loro. C'è uno ultragoffo, un cane da guardia, terribilmente stupido, con la stupidità dipinta in faccia; cammina con una grande aria d'importanza per la strada e s'immagina d'essere un personaggio importantissimo; crede che tutti lo ammirino.

tratto da 'Memorie di un pazzo' di Gogol



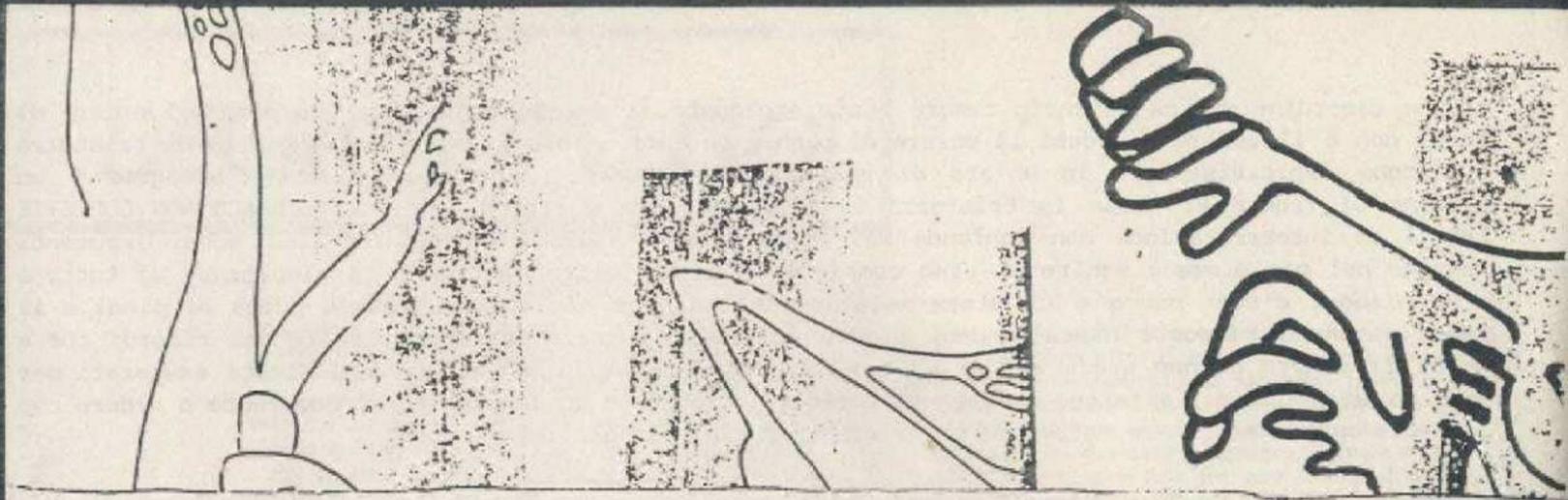
ordine disordine musica silenzio rumore vuoto arpionato il pesce soddisfatto l'arpione il volere di molti non é il volere di pochi il volere di pochi non é il volere di molti sette giorni di tristezza esplodono improvvisamente in un'ora di risate non motivate e non giustificate l'allegria è un bisogno di fronte al quale la tristezza è troppo piccola e troppo reale LO STOMACO NON COMMETTE ERRORI di interpretazione non confonde mai acqua e vino paura & coraggio i tuoi occhi incuranti danzano nel mio stomaco mentre il vino completa l'opera l'alito cattivo è la risultante di tutti i miei bisogni d'aver paura e di stare male le mie bolle le mie chiazze la mia puzza di piedi e il tempo passa di nascosto nascondendosi dietro agli alberi nelle tazzine di caffè nei ricordi che a volte li sembra di non avere eppure escono continuamente dalla mia bocca amplificati esagerati per dare un peso alla mia vita che nonostante tutto si trascina e qualche volta mi sorprende a ridere con la bocca spalancata senza motivo ed è una risata che non seppellirà nessuno!



cosa è per me
 cosa è per gli altri
 cosa è
 forse l'unica
 follia è
 il giudizio
 forse
 non giudicare
 è già
 di per se
 follia //////////////

Tra società e pazzia non c'è contrapposizione, ma complementarità. Se noi Uomini rifiutiamo la pazzia è perchè la Riconosciamo e proiettiamo in essa una parte di noi. Il FETICCIO che domina la scena fonda la sua aggressione su delle strategie di conoscenza per raggiungere il genocidio della memoria & il controllo preventivo dei comportamenti. La LUCIDITA' & la COSCIENZA sono un accumulo di comportamento/il Delirio Paranoico del feticcio non trova accordi con la vita ed ecco come si perde la comunicazione, l'unione, l'accordo/i contatti con gli altri divengono sempre più freddi/per comunicare bisogna rinunciare a parlare il pazzo non ha dentro di sé la comunicabilità visibile/non conosce CODICI REGOLE tutto acquista più velocità e accumula Violenza ogni percorso è indefinito e va dove il futuro non Esiste, dove la città senza vita IMplode e si FRANTUMA/sapere & sapore qualcuno impedisce questo

ANAPAZZIA



maurizio, mio cugino, ha circa 30 anni e lavora al comune. fa il giardiniere o qualcosa di simile. all'età di tre anni maurizio si fece cadere addosso, giocando in cucina, una pentola di liquido bollente; questo gli provocò un notevole choc che portò la madre a convincersi che il figlio fosse diventato matto. Inizio così la peregrinazione di mio cugino per cliniche, ospedali e manicomi finché non venne rinchiuso in un ospedale psichiatrico a Macerata (così non bisognava neanche andare a trovarlo) dove passò buona parte della sua giovinezza. Lo vidi poche volte da bambino; quando veniva a casa mia madre gli dava il mio mangiadischì. Lui adorava quel mezzo (come me d'altronde) e io lo invidiavo in quei momenti.

AVETE MAI INVIATO UN MATTO???

Quando divenne maggiorenne dovette andar via da Macerata e allora tornò a Roma. La madre era sempre convinta che il figlio fosse matto e non lo tenne a casa che per pochi giorni dopo di che fu trovata una nuova sistemazione:

IL CASTELLO DELLA QUIETE.

Tutto era talmente tanto quieto in quel posto che mio cugino (evidentemente un matto esuberante) si trovava a disagio. Telefonava spesso a casa mia (imparava i numeri telefonici sentendoli una sola volta), piangeva, chiedeva aiuto a mia madre; io allora non capivo, per me lui rimaneva il ladro di mangiadischì!!

Diverse volte fuggì da quel posto ma ci tornò sempre perché dopo essere scappato si recava sempre a far visita a qualche parente (anche gli indirizzi sapeva a memoria) che puntualmente lo riportava al castello.

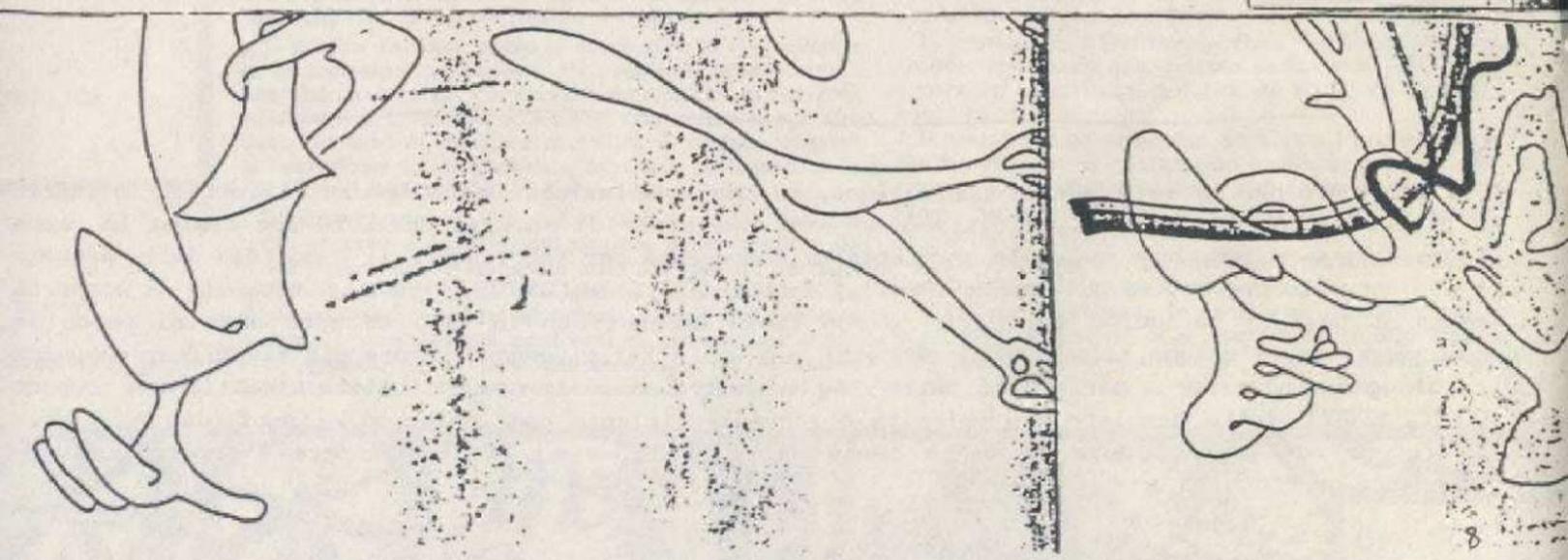
NON SI PUÒ CHIEDERE UNA FUGA PERFETTA AD UN MATTO!!

Quando chiusero i manicomi tornò a casa; ormai non parlava quasi più (era rincogliato per qualche tempo, finché il comune non provvide dandogli un posto di lavoro. Da allora Maurizio ha il suo impiego, è soddisfatto di avere trovato un ruolo nella nostra sana società.

Il comune di Roma ha alle sue dipendenze un giardiniere in più; un giardiniere che non scoperà, che non si lamenta del salario, che fa tutti gli straordinari richiestigli, che pulisce le aiuole alla perfezione

Un giardiniere modello insomma!!

PECCATO SIA MATTO!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



, e intanto succhiano il midollo
 tre per parte, tre sedie per parte, Perfettamente Allineate, tre sedie
 per parte (MARRONI) marrone scuro il legno scricchiola.
 ALZANO i gomiti per bere dentro sei bicchieri di
 vetro comune ooooo tre tre tre per parte perfett
 amente allineati, qualche Scintillio indesider
 ato parte dal lampadario a cordicella verticale
 che non ha mai funzionato, e colpisce le
 PUPILLE che specchiano la loro Clamo
 rosa tranquilla abitudine di leggere
 mentre mangiano!
 Nessuno vuole alzarsi per preparare il caffè, piccolissimi invisibili
 pezzettini di T e n di ni Mu s co l i In te r i ori rimangono inflzati
 negli steccanti intinti di curaro

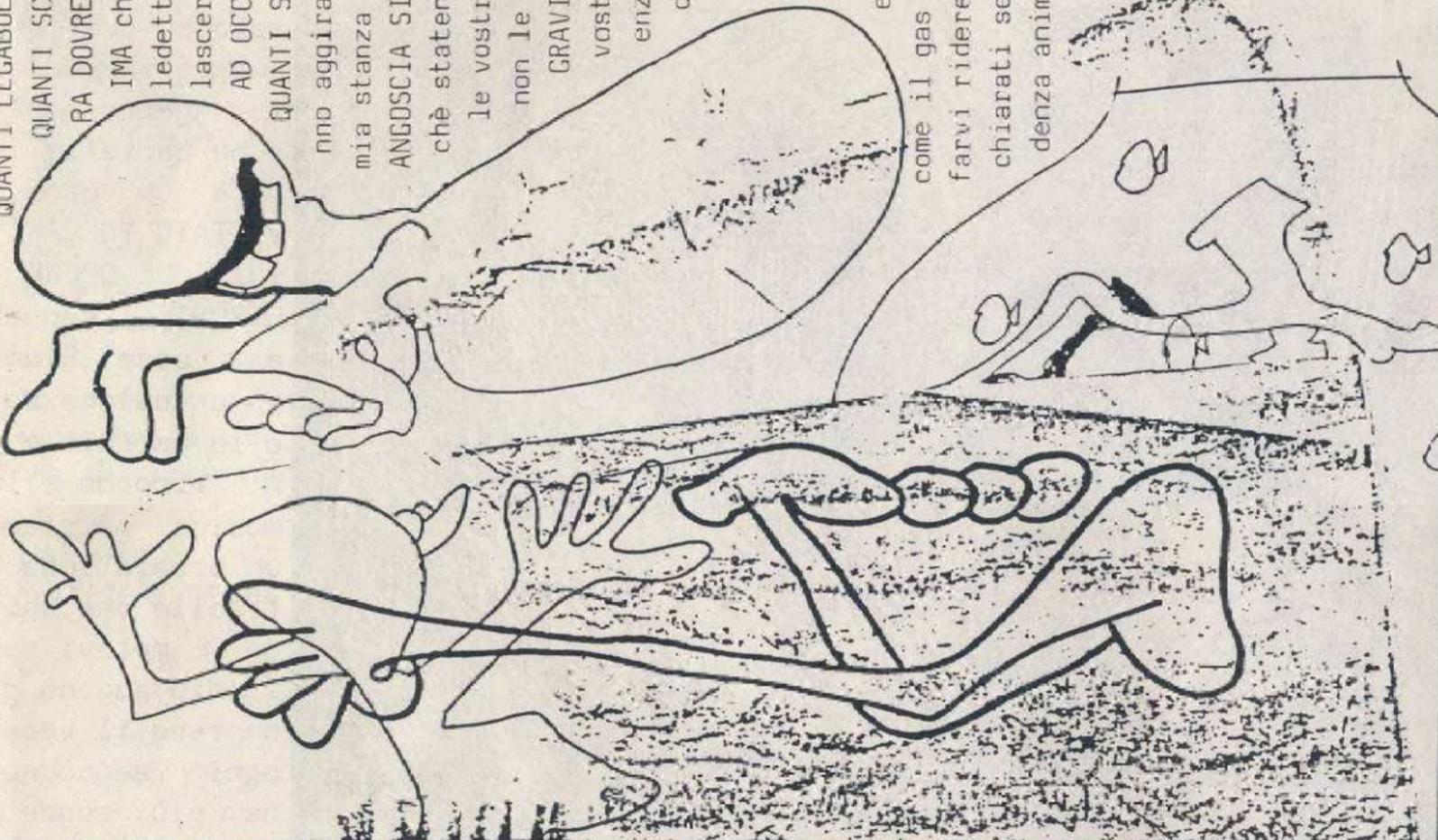
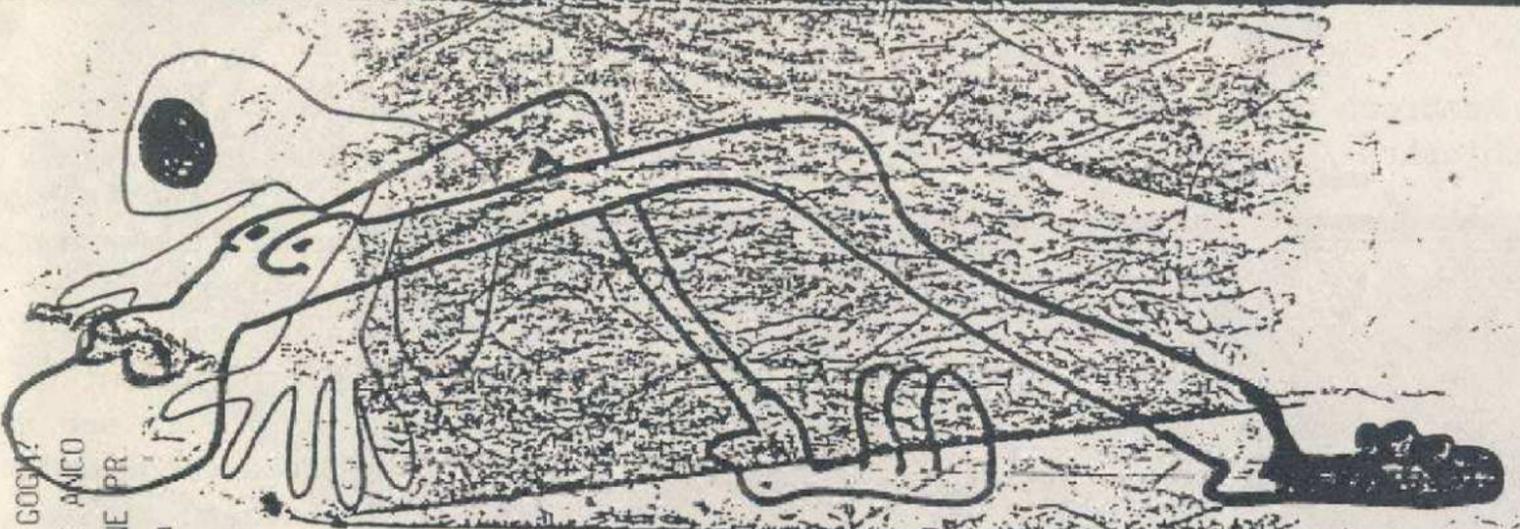
QUANTI LEGABUE? QUANTI VAN GOGH?
 QUANTI SCHIELE? QUANTI AMICO
 RA DOVRETE MASSACRARNE PR

IMA che i vostri ma
 ledetti SISTEMI ci
 lasceranno sognARE
 AD OCCHI APERTI?

QUANTI SPETTRI dovrà
 nno aggirarsi NELLA
 miastanza prima CHE L'
 ANGOSCIA SI dilegui per
 chè stately sicuri non
 le vostre COMODITÀ
 non le vostre mogli
 GRAVIDE non la

vostra intelligen
 enza non il v
 osto senso
 del dovere
 basteranno
 a fotterci
 invisibili
 e pericolosi
 come il gas e pazzi per
 farvi ridere buffoni di
 chiarati senza discen
 denza animali disarm

GASS



ti sembrerà una scultura o una melodia NO è soltanto un foglietto sporco di inchiostro / le mani s'immergono nella creta che disegna impossibili oggetti



i / la rabbia plasmata e messa lì a seccare non avrà mai nessun riconoscimento la follia senza firma viene collocata su ripiani di vetro illuminati da una lampada bianca che dopo un accurato studio della posizione trafigge questo incredibile oggetto mentre un cartello indica un grosso VIETATO TOCCARE TUTTE LE OPERE ESPOSTE / esposte a cosa? Siamo in un salone dove la materia è un ricordo e la musica diviene un brusio indecifrabile che spiega i motivi dell'odio-appena compreso il verso ogni segno non ha più segreti eppure quand'ero in vita cercavo di spiegarli io i miei segni e tutti facevano finta di non capire e per un quadro nemmeno

un panino e per ogni mia fissazione solo un Manicomio e del mio amore per la terra cosa è rimasto? SOLO un biglietto timbrato S.I.A.E. anche se non fossi mai esistito ho la sensazione che mi avreste inventato per distruggermi/

POSOLOGIA

Agitare la testa con il vinile ben stretto fra le mani per circa un minuto pensando di poterlo ancora fare, ponete con cura il vinile sul piatto e avviatelo, respirate profondamente emettendo piccole grida sgraziate per tutta la durata del brano/terminato l'ascolto prendete il pallone fate le squadre e scendete in cortile per liberarvi della massa Nera che vi opprime il cervello.

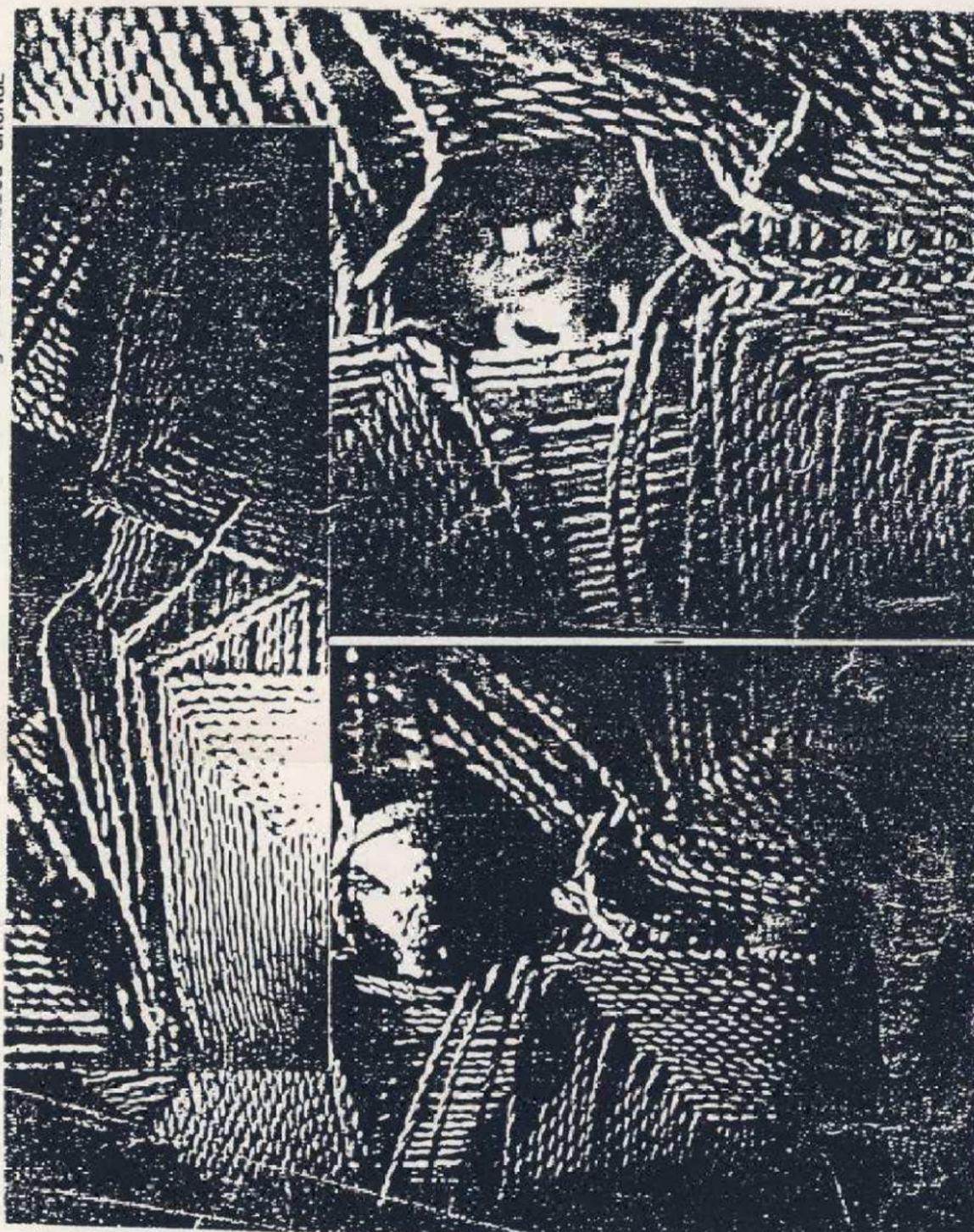
Ripetere il trattamento ogni qualvolta vi assalga la DEpressione

AVVERTENZE

L'ascolto prolungato vi TraSforMa in amministratore/o Portieri e anche un lacrima potrebbe spingervi nel baratro hihihhi ????

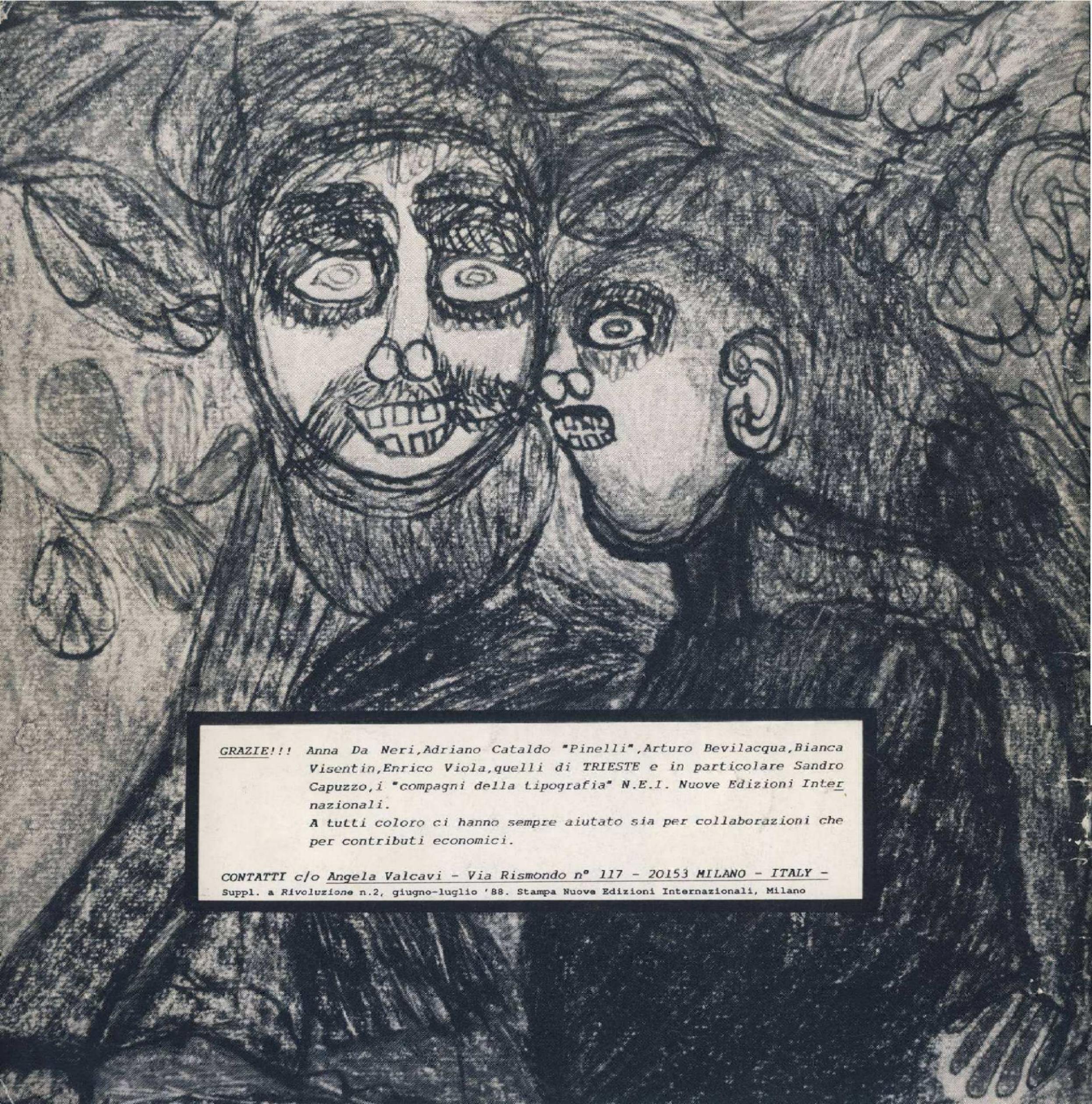
a tutti quelli che vivono insieme a noi

testi disegni foto musica GRONGE



per contatti spedizioni live auguri e solidarietà militante SCRIVERE A:
Alessandro DENNI - via Sante BARGELLINI 23 - 00100 ROMA tel. 06/4387763

registrato e mixato grazie alla cura di Massimo e Lallo Costa e del loro studio 'DOPPIO LIVE'



GRAZIE!!! Anna Da Neri, Adriano Cataldo "Pinelli", Arturo Bevilacqua, Bianca Visentin, Enrico Viola, quelli di TRIESTE e in particolare Sandro Capuzzo, i "compagni della tipografia" N.E.I. Nuove Edizioni Internazionali.

A tutti coloro ci hanno sempre aiutato sia per collaborazioni che per contributi economici.

CONTATTI c/o Angela Valcavi - Via Rismondo n° 117 - 20153 MILANO - ITALY -
Suppl. a Rivoluzione n.2, giugno-luglio '88. Stampa Nuove Edizioni Internazionali, Milano