

# Basta con i contrasti Un movimento di donne inizia a promuovere nuovi servizi E le famiglie fanno politica

«Non ci riconosciamo nell'immagine di familiari che vogliono un ritorno all'internamento», il comunicato con cui è annunciata, tre anni fa, la costituzione del Coordinamento nazionale salute mentale (attualmente ne fanno parte 17 associazioni di familiari e 5 associazioni cooperative di servizi) avanza duramente un sospetto di maleducazione in quanti, stampa e forze politiche, avevano continuato a rappresentare i familiari, i loro disagi, la disperazione e le denunce, come un fronte compatto contro la legge 180. «Questa nostra posizione - la legge è sacrosanta nei principi e nelle finalità, occorrono indicazioni e mezzi per attuarla, ed anche strumenti punitivi per chi non la applica o la tradisce - era chiara e pubblica da tempo. Tu sai - osserva Margherita Rossetti - che la Sarp (Servizi per l'attuazione della riforma psichiatrica, associazione romana di familiari che oggi gestisce come cooperativa convenzionata una casa-famiglia) è nata nel maggio dell'82, quando le mie amiche ed io decidemmo di uscire dall'Asap (Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica, nata a Roma nel 1981) di fronte alle posizioni sempre più intolleranti della presidente e del gruppo dirigente, orientati a chiedere il ritorno a strutture chiuse e alla discrezionalità del ricovero coatto».

pratica sui servizi anziché il dibattito ideologico. Noi siamo nati in periferia, a livello locale o regionale, vedendo ogni giorno l'inerzia e l'ignoranza di gran parte degli amministratori e le resistenze degli operatori. Perché non si fanno le strutture intermedie? Perché i centri sono chiusi a fine settimana e le feste? Qualche volta le associazioni decidono che le strutture le fanno loro. Così è nata a Roma la casa-famiglia della Sarp, così sta nascendo a Forlì il centro diurno di cui Lillia Soglia mi parla. «Come potevamo credere noi, con i nostri familiari ancora in un manicomio come quello di Imola, che non ha conosciuto nessuna riforma, con la beffa dell'interdizione che rischia di condannarli per sempre, che potessero servire i ricoveri protratti, le strutture di cento o anche cinquanta letti, dove il malato si perde e resta o diventa cronico?».

I familiari per la riforma: una realtà in espansione, che contraddice il luogo comune di una ostilità dei parenti dei malati mentali nei confronti della 180. Da tre anni è operante un coordinamento nazionale, forte oggi di 17 associazioni di familiari e cinque cooperative di servizi. La scelta è quella della battaglia

«Non ci riconosciamo in quell'immagine di madri che ripropongono l'internamento»

pratica sui servizi anziché il dibattito ideologico. A Roma una casa-famiglia e una consulenza telefonica, a Forlì un centro diurno, a Livorno l'appalto di una spiaggia. Un movimento di segno nuovo, formato per la stragrande maggioranza da donne che sollecitano una conversione profonda delle istituzioni.

da noi, il centro aperto 24 ore c'è, e anche la casa-famiglia. Con mia figlia ed altri giovani, noi dell'associazione abbiamo dato una mano a creare la cooperativa di lavoro che ha in appalto una spiaggia».

«La gente è spesso disinformata, talvolta dagli stessi operatori che, barricati nel loro servizio, non vanno a domicilio e dicono che la legge impedisce l'intervento se il malato non vuole», mi dice R.B., una delle esperte che con i familiari gestisce da qualche mese un'iniziativa nuova del coordinamento, la consulenza telefonica per familiari ed utenti che funziona ogni martedì (h. 16-19) e giovedì (h. 14-19) al 6877926 di Roma. «Il punto è sostenere ed informare utenti e familiari, appoggiarli concretamente nei loro diritti e nel rapporto con i servizi», conferma Silvana Cottino, la cui associazione (Associazione per la lotta contro le malattie mentali, sorta a Torino nel '67) ha creato da diversi anni un servizio di consulenza che, oltre a offrire, ove necessario, l'aiuto di esperti in campo civile e penale, tiene i contatti, insieme ai familiari, con i servizi, organizza

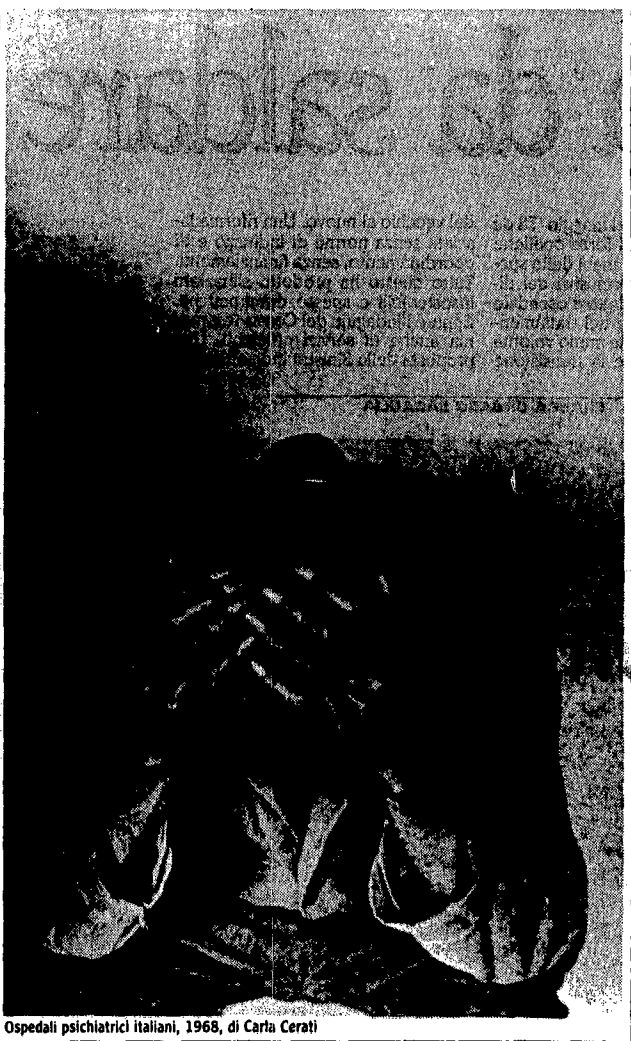
momenti di self-help ed iniziative di ricerca e dibattito tramite la propria rivista «Psichiatria/informazione».

Maria Cogorno e Margherita Rossetti ritengono che con le associazioni, fuori del coordinamento, che non si limitano all'agitazione ideologica e sono impegnate nella pratica, sia possibile trovare dei punti di convergenza.

«Bisogna dire - riflette Lillia Soglia - che quando i medici ti dicono che non c'è nulla da fare, che tuo figlio, tuo fratello dovrà morire ricoverato da qualche parte, hai un sentimento contraddittorio, insieme disperazione ma in un certo senso sollievo. Noi stessi tendiamo a mantenere il nostro manicomio, quello che è dentro di noi. Il manicomio ha condizionato la nostra vita, l'ha fatta così come è stata, e metterla in discussione può non essere facile».

Questo movimento, per la stragrande maggioranza di donne che vogliono per sé una normalità di vita che non costi l'eliminazione di chi sta male, si proietta ben oltre la battaglia sull'applicazione della 180. La vicenda personale ed il vissuto divenuti, per queste straordinarie donne qualunque, «politica», chiedono alle istituzioni ed ai saperi una conversione profonda: l'apprendimento della «cura», del «farsi carico» di chi sta male, la condivisione delle responsabilità quotidiane, materiali, una capacità nuova di rapporto con gente che sta provando a creare ciò in cui crede, e che perciò non è disposta ad accettare tacendo quello che c'è.

MARIA GRAZIA GIANNICCHEDA \*



Ospedali psichiatrici italiani, 1968, di Carla Cerati

## Il manicomio un lungo film dell'orrore

Nella seconda metà degli anni Sessanta del nostro secolo apparve sempre più chiaro a un numero crescente di persone che il manicomio, nella sua forma più evidente e violenta, era condannato a scomparire dalla scena della storia. E fu altrettanto evidente che il superamento non sarebbe stato né facile né indolore. Esperienze di psichiatria alternativa (da quella di Maxwell Jones negli anni 40) erano incompiute in tutto il mondo, ma solo in Italia si investirono interi ospedali, trasformandone completamente le prassi: l'aggiungimento, la mentalità (Osp. psichiatrico di Gorizia dal 1962; Osp. psichiatrico Materdomini di Nocera Superiore dal 1965). La denuncia della condizione dei pazienti psichiatricizzati è definitiva, senza appello, e produce in tutta Italia una risonanza enorme di stampa, di pubblica opinione, di movimento. La macchina fotografica fa il suo ingresso in ospedale psichiatrico: la cinepresa e la telecamera seguono rapidamente. Così, ad esempio, nell'esperienza di Materdomini di Nocera Superiore, l'ingresso nel 1965 di Luciano D'Alessandro e della sua macchina fotografica fu uno dei punti salienti per la tematica della contenzione fisica, della «legatura» dei ricoverati: una documentazione impressionante e una condanna senza appello.

to per tutto ciò che disturba il nuovo ordine della prima società industriale. La commissione della cura e della custodia, dell'aspetto sanitario e dell'aspetto giuridico, si rivela fortemente sbilanciata a favore della seconda. Alla concezione esplicita del folle come invasivo si sostituisce la concezione implicita del folle come colpevole: la psichiatria morale sperimenta tutta la potenza dei suoi mezzi repressivi che vanno dalle docce gelate del diciannovesimo secolo alle terapie di shock del ventesimo secolo.

- Diamo una brevissima sintesi di questi metodi:
- 1) la contenzione fisica, vale a dire la legatura sistematica, talora lunghissima dei ricoverati (mesi ed anni);
  - 2) i maltrattamenti, le battiture;
  - 3) lo sfruttamento sistematico del lavoro dei ricoverati per le pulizie e i trasporti interni (ergoterapia), con ricompense irrisorie (una sigaretta, cento lire);
  - 4) le terapie di «annichilimento» (il termine è rigorosamente tecnico): elettroshock, lobotomia pre-frontale;
  - 5) il vuoto, l'inerzia, le lunghe giornate trascorse buttati a terra in cameroni e corsie;
  - 6) le condizioni materiali sovente orribili per degradazione, sporcizia e abbandono;
  - 7) l'impossibilità a protestare, a farsi valere, a richiedere qualunque cosa se non per piacere;
  - 8) il distacco dalle famiglie e dall'ambiente di origine, a volte con sradicamento totale;
  - 9) la lunghezza dei ricoveri, per lustri, per decenni, per tutta la vita.

L'elenco di questo incubo potrebbe essere ulteriormente allungato: ma come ricordo del passato e come monito del presente, esso è sufficientemente chiaro. E del Sud, delle sue intuizioni anticipatrici, delle sue frustrazioni continue, del persistere duro e roccioso del manicomio pubblico e clericale-privato, della questione morale e degli effetti delle collisioni politico-camorralesche, moltissimo ancora vi sarebbe da dire, molto dovrà esser reso manifesto.

Ritornando al piano nazionale non è poi difficile vedere come la commissione atroce di punizione (reale) e di terapia (iniziale) sopravviva ancora del tutto intatta nei manicomi giudiziari: a dieci anni dalla riforma dell'assistenza psichiatrica, il manicomio criminale è lì intatto, con i suoi nodi di orrore totale.

Mentre nei manicomi civili tutto procede a rilento, nei manicomi criminali il tempo si è addirittura fermato.

\* responsabile dei servizi di salute mentale della Usl 41 della Campania

## Una legge inapplicata

- Sono ancora ricoverate in manicomio circa 30.000 persone
- Nel 1984 ci sono state 16.000 riammissioni negli ospedali psichiatrici pubblici
- Il 15 per cento delle Usl è ancora privo di qualsiasi servizio psichiatrico
- Solo il 5 per cento dei servizi psichiatrici è aperto giorno e notte
- Solo nel 29 per cento dei servizi psichiatrici opera un gruppo interdisciplinare
- Nei servizi psichiatrici del Nord e del Centro vi sono rispettivamente 42 e 38 operatori per 100.000 abitanti, al Sud ve ne sono 8
- I servizi territoriali svolgono quasi esclusivamente (dal 50 all'80 per cento) attività

- ambulatoriali
- Nei servizi ospedalieri oltre il 70 per cento degli interventi è di tipo farmacologico
- Il 50 per cento dei posti letto psichiatrici è distribuito nel solo Nord
- Ricoverati in ospedali psichiatrici sono in maggioranza disoccupati, semianalfabeti, lavoratori non specializzati
- Per quanto riguarda, più in generale, lo stato di disagio della popolazione italiana, vanno rilevati un aumento nel consumo di psicofarmaci (del 27 per cento, dall'81 all'85) e una crescita del numero di suicidi (del 26 per cento, dall'80 all'86)

(Dati Cnr, Labos, Farmindustria, Istat)

## Ma in Italia si rinchiudono ancora i «matti»

Questi ultimi dieci anni hanno conferito all'assistenza psichiatrica italiana un assetto ben diverso da quello che, per certi versi, anomalo rispetto alla realtà internazionale. Ciò che può identificare questa peculiarità è la coabitazione di aspetti ancorati alla vecchia organizzazione assistenziale con quelli nati dalle nuove esigenze imposte dalle profonde trasformazioni sociali in corso. Il «trasferimento» imposto dalla riforma da un'assistenza concentrata in un'istituzione ad una diffusa nella comunità non poteva che comportare resistenze e difficoltà sia di ordine burocratico e organizzativo che culturale: il superamento dei manicomi pone infatti non solo problemi finanziari (diversificazione della spesa «storica») e di mobilità del personale, ma soprattutto impone la costruzione di un'alternativa credibile ed efficace. Quindi nuovi servizi, ma anche nuovo sapere.

all'utenza esterna: accade così in Lombardia, in Liguria, in Veneto, nelle Marche, nel Lazio, in Sicilia. Il risultato è che nel 1984 le riammissioni negli O.P. pubblici sono state 16.000 (esclusi gli ingressi in reparti «formalmente» scoperti, come ad esempio le «zone ospiti»).

Esiste poi un secondo aspetto del problema che attiene alla declinazione culturale del concetto di deistituzionalizzazione, nel senso la «manicomialità» non scompare certo con i manicomi. Penso all'atmosfera che si respira in molti reparti psichiatrici degli ospedali generali, al loro sovraffollamento, alle porte chiuse, alle sbarre alle finestre, ma anche a quei pazienti «iper-sedati» o costretti al letto, quando non alla sinistra ricomparsa delle terapie da shock. La «manicomialità» si può nascondere anche nei lavoro territoriale dietro al rifugio di una «presa in carico» o nella riproposizione meccanica ed impersonale di un «setting» psicoterapeutico incongruo rispetto alle reali necessità di un utente. Così come le cronache ci hanno segnalato che perfino il lavoro di riabilitazione in una struttura intermedia può tradire procedure e modalità che replicano il rapporto gerarchico ed autoritario tipico dell'era assistenziale (il caso di una comunità in provincia di Bari chiusa da un magistrato per maltrattamenti è emblematico).

Tutto ciò, come ci confermano i dati epidemiologici, è avvenuto solo parzialmente. Non a caso il nostro paese è ancora privo di qualsiasi servizio di salute mentale, ma alla contraddittorietà dei processi di superamento dell'assistenza istituzionale. Quanti manicomi sono stati definitivamente chiusi? I 50.000 interni (20.000 negli ospedali) e i privati e 30.000 in quelli pubblici) godono un'assistenza migliore di dieci anni fa? Se qualcuno facesse un giro per l'Italia dei manicomi ne ricaverrebbe certo un'impressione desolante. Reparti senza riscaldamento, servizi igienici indecenti, abbandono, sfruttamento lavorativo. Le inchieste della magistratura in diverse regioni rafforzano questa impressione. È interessante notare che ciò sta accadendo; paradossalmente, quando il rapporto tra operatori e ricoverati è, in molte regioni, migliorato rispetto a dieci anni fa (il problema già citato della mobilità ha fatto sì che ad esempio nelle Marche il numero degli assistiti sia superiore a quello degli assistiti). Ma il problema più preoccupante è ancora un altro.

La carenza di strutture intermedie (case famiglia, comunità terapeutiche, centri diurni, ecc.), la difficoltà ad affrontare degenze prolungate nei servizi degli ospedali generali, le impellenti richieste di molte famiglie che si sono viste delegare assurdammente parte dell'assistenza ai propri parenti hanno favorito i più diversi «escamotages» per superare il blocco dei ricoveri nei manicomi. In alcune amministrazioni regionali hanno, anche formalmente, permesso un riuolo delle aree manicomiali per «ricoveri sociali», per gli «aventi diritto» (chi era stato ricoverato precedentemente alla riforma), per i dimessi dai manicomi giudiziari, quando non sono stati progettati - ed in alcuni casi realizzati - nuovi servizi psichiatrici aperti

In questo senso la riforma ha svolto un'opera preventiva preziosa scongiurando l'internamento psichiatrico per migliaia di nuove (e precarie) emergenze sociali che in anni precedenti avrebbero affollato le corsie dei manicomi: penso alle tossicodipendenze, ad alcune forme psicopatologiche dell'invecchiamento cerebrale, al disagio psicosociale di chi non trova lavoro o di chi lo perde. Si tratta di situazioni in rapida crescita quantitativa e qualitativa, alle quali non si è sempre stati capaci di offrire risposte adeguate. I nuovi servizi per la tutela della salute mentale in corso di attuazione in una struttura intermedia può tradire procedure e modalità che replicano il rapporto gerarchico ed autoritario tipico dell'era assistenziale (il caso di una comunità in provincia di Bari chiusa da un magistrato per maltrattamenti è emblematico).

È quindi lecito chiedersi quanto la «necessità di un utente» sembra profilarsi dietro alla nuova domanda di controllo sociale sia legata alle trasformazioni sociali in corso o non sia invece un'induzione culturale dell'epoca manicomiali. Anche se qualsiasi riforma consente al «vecchio» di coabitare per molto tempo con il «nuovo», tuttavia penso che in questi anni le trasformazioni sociali in corso abbiano posto domande del tutto nuove ed affatto prevedibili.

In questo senso la riforma ha svolto un'opera preventiva preziosa scongiurando l'internamento psichiatrico per migliaia di nuove (e precarie) emergenze sociali che in anni precedenti avrebbero affollato le corsie dei manicomi: penso alle tossicodipendenze, ad alcune forme psicopatologiche dell'invecchiamento cerebrale, al disagio psicosociale di chi non trova lavoro o di chi lo perde. Si tratta di situazioni in rapida crescita quantitativa e qualitativa, alle quali non si è sempre stati capaci di offrire risposte adeguate. I nuovi servizi per la tutela della salute mentale in corso di attuazione in una struttura intermedia può tradire procedure e modalità che replicano il rapporto gerarchico ed autoritario tipico dell'era assistenziale (il caso di una comunità in provincia di Bari chiusa da un magistrato per maltrattamenti è emblematico).

È quindi lecito chiedersi quanto la «necessità di un utente» sembra profilarsi dietro alla nuova domanda di controllo sociale sia legata alle trasformazioni sociali in corso o non sia invece un'induzione culturale dell'epoca manicomiali. Anche se qualsiasi riforma consente al «vecchio» di coabitare per molto tempo con il «nuovo», tuttavia penso che in questi anni le trasformazioni sociali in corso abbiano posto domande del tutto nuove ed affatto prevedibili.

In questo senso la riforma ha svolto un'opera preventiva preziosa scongiurando l'internamento psichiatrico per migliaia di nuove (e precarie) emergenze sociali che in anni precedenti avrebbero affollato le corsie dei manicomi: penso alle tossicodipendenze, ad alcune forme psicopatologiche dell'invecchiamento cerebrale, al disagio psicosociale di chi non trova lavoro o di chi lo perde. Si tratta di situazioni in rapida crescita quantitativa e qualitativa, alle quali non si è sempre stati capaci di offrire risposte adeguate. I nuovi servizi per la tutela della salute mentale in corso di attuazione in una struttura intermedia può tradire procedure e modalità che replicano il rapporto gerarchico ed autoritario tipico dell'era assistenziale (il caso di una comunità in provincia di Bari chiusa da un magistrato per maltrattamenti è emblematico).

\* psichiatra, responsabile psichiatria Pci

# La scienza cessa l'ascolto?

La legge 180 ha avuto delle importanti ripercussioni anche sulla ricerca scientifica. Non solo nel senso che i suoi contenuti innovatori e la sua attuazione sono oggetto di attenzioni nei molti studiosi e per molte organizzazioni nel mondo, prima fra tutte l'Oms, ma in senso più diretto. Possiamo senz'altro dire che la 180 ha decisamente contribuito alla crescita quantitativa e qualitativa delle ricerche di tipo epidemiologico nel nostro paese. In primo luogo suscitando un interesse ed un dibattito continuativi che richiedevano dati, elementi di valutazione, al di là delle pregiudiziali ideologiche; in secondo luogo proprio con la creazione di strutture pubbliche più aperte e visibili, e di servizi territoriali relativamente autonomi, con una prassi terapeutica e gestionale tutta da inventare, bisognosa quindi di documentazione, di riflessione e di confronto.

Un ruolo importante in questo incontro e sviluppo ha avuto il Progetto Finalizzato del Cnr «M.P. - Prevenzione delle Malattie Mentali» promosso da Raffaello Misiti, con Basaglia,

Maccacaro, Riso, Minguzzi e altri, già dal 1976. Il progetto di Misiti compì una scelta assai coraggiosa e discussa: il coinvolgimento diretto degli operatori dei servizi nella ricerca, e la gestione da parte dell'Ente locale. Ciò ebbe delle conseguenze positive per quanto riguarda il trasferimento dei risultati (problema cruciale per la ricerca italiana e per i P.F. del Cnr), la messa in crisi di metodologie tradizionali e l'emergere di problemi teorici e tecnici nuovi, la modificazione di atteggiamenti negli amministratori e negli operatori, l'acquisizione di competenze.

Ma questa scelta comportò anche importanti limiti, organizzativi, metodologici e culturali: si trattò prevalentemente di ricerca sociologica, o di tipo più descrittivo che sistematico e teorico. Probabilmente l'obiettivo stesso di Misiti, Basaglia e Maccacaro era troppo ambizioso per l'esperienza e per gli strumenti allora disponibili. Si voleva mettere in questione gli approcci clinici (e anche l'approccio epidemiologico tradizionale) giudicati ciechi e pre-costituiti rispetto alle nuove realtà dei servizi e della loro utenza, e frutto della prassi psichiatrica accademica, privata o manicomiali. Si volevano tradurre in un rinnovamento delle categorie, delle ipotesi, degli strumenti della scienza, le idee, le scoperte e le pratiche che caratterizzavano i servizi alternativi al manicomio e alle cliniche.

Era un più generale obiettivo perseguito da Basaglia con la riforma quello di creare contesti nuovi, la modificazione di atteggiamenti negli amministratori e negli operatori, l'acquisizione di competenze.

Ma questa scelta comportò anche importanti limiti, organizzativi, metodologici e culturali: si trattò prevalentemente di ricerca sociologica, o di tipo più descrittivo che sistematico e teorico. Probabilmente l'obiettivo stesso di Misiti, Basaglia e Maccacaro era troppo ambizioso per l'esperienza e per gli strumenti allora disponibili. Si voleva mettere in questione gli approcci clinici (e anche l'approccio epidemiologico tradizionale) giudicati ciechi e pre-costituiti rispetto alle nuove realtà dei servizi e della loro utenza, e frutto della prassi psichiatrica

La 180 ha decisamente contribuito alla crescita delle ricerche di tipo epidemiologico nel nostro paese. Il ruolo del progetto finalizzato del Cnr, promosso nel '76 da Raffaello Misiti con Basaglia, Maccacaro, Riso, Minguzzi, con gli operatori dei servizi e gli Enti locali. Fu un progetto ambizioso per gli strumenti

allora disponibili. È assai importante, oggi, che i servizi facciano in prima persona ricerca su di sé. Ma nel complesso non si è ancora riusciti ad influenzare fortemente la ricerca, a dare uno sbocco sul piano scientifico alla cultura della riforma, alle pratiche alternative.

CRISTIANO CASTELFRANCI \*

accademica, privata o manicomiali. Si volevano tradurre in un rinnovamento delle categorie, delle ipotesi, degli strumenti della scienza, le idee, le scoperte e le pratiche che caratterizzavano i servizi alternativi al manicomio e alle cliniche.

Era un più generale obiettivo perseguito da Basaglia con la riforma quello di creare contesti nuovi, la modificazione di atteggiamenti negli amministratori e negli operatori, l'acquisizione di competenze.

l'assistenza, il diritto, l'ospedale, la medicina, il carcere, e tra questi le scienze psicologiche e sociali (a cominciare dalla psichiatria accademica). Questo obiettivo del P.F.-Cnr, e, indirettamente, della riforma, non può considerarsi neppure approssimato.

È assai importante, per il funzionamento, la valutazione e la qualità del servizio, nonché per la formazione e motivazione del personale, che i servizi facciano in prima persona do-

documentazione e ricerca su di sé; è decisivo che venga fatta sul servizio e con servizi della buona e comparabile ricerca epidemiologica. Ma tutto ciò non è sufficiente. È necessario andare al di là delle indagini descrittive e valutative, per affacciare ipotesi e teorie: sul disagio psichico così come si presenta ed è conoscibile nelle nuove realtà istituzionali; sulle determinanti sociali, culturali, psicologiche e biologiche; sul rapporto tra istituzioni psichiatriche (pratiche e teoriche) e fenomenologia e diffusione del disagio; sulle pratiche dei servizi e sulla loro adeguatezza e terapeuticità; sul rapporto tra diritti, inserimento, risorse degli utenti e loro «guarigione»; ecc.

Dalle esperienze in alcuni servizi psichiatrici sono nati degli interessanti tentativi di teorizzazione, di elaborazione di concetti, ipotesi, metodologie nuove, ma spesso inadeguati scientificamente sia per riferimenti culturali, sia per rigore. Nel complesso non si è riusciti ad influenzare fortemente la ricerca, e a dare uno sbocco sul piano scientifico alla cultura della

riforma, ai nuovi saperi e alle pratiche alternative. La ricerca accademica del resto è troppo chiusa nelle sue griglie di lettura precostituite, nelle sue «scuole», e nelle sue carriere, per aprirsi all'ascolto di idee, di problemi, di fenomeni nuovi. Troppo poco modesta per collaborare con gli operatori (e non imparare la «scienza»), e troppo modesta per intraprendere teorie originali senza l'imprimatur americana.

Una piccola speranza è forse nel coinvolgimento delle Università nella gestione di alcuni servizi territoriali (proposte di legge per l'attuazione della 180). Ma non è meno importante difendere e qualificare la ricerca dei servizi. Si è invece assistito ad una inversione di tendenza: ad es. nel primo progetto del Cnr gli Ee. L.I. e i servizi erano la maggioranza dei gruppi di ricerca, nel secondo progetto sono quasi scomparsi a vantaggio delle cliniche universitarie; e forse il tema delle malattie mentali e delle loro istituzioni scomparirà dai nuovi progetti.

\* psicologa, Cnr