

ex libris

*Ai miei figli:  
soprattutto siate capaci  
di sentire nel più profondo  
qualsiasi ingiustizia  
commessa contro chiunque  
in qualsiasi parte del mondo.  
È la qualità più bella  
di un rivoluzionario*

Ernesto Che Guevara

storia e antistoria

## SEMBRA D'ESSERE NEL '46. CON PIÙ DEMAGOGIA

Bruno Bongiovanni

Il comportamento elettorale degli italiani è stato tutto sommato costante. Che lo spazio della destra sia sempre stato notevole lo si è compreso sin dal referendum istituzionale del 2 giugno 1946, quando il 45,7% dei voti fu a favore dell'opzione monarchica. Questo spazio fu tuttavia subito occupato, e trascinato al centro, dalla Dc. Nello stesso 1946 venne poi fondato il partito neofascista, vale a dire quel Movimento Sociale la cui presenza inquinerà per moltissimi anni la stessa area (e la stessa nazione) della destra, confermandone autolegionisticamente l'identificazione con il defunto regime. L'Msi, infatti, rivendicava esplicitamente l'eredità della Repubblica Sociale Italiana, anche se si divideva tra un'ala socializzatrice e sovversivista presente a ranghi ridotti soprattutto al Nord ed un'ala corporativistica e nostalgico-conservatrice presente in forma più massiccia soprattutto al Sud: gli uni parevano richiamarsi alla parabola interrotta del fascismo-movimento, gli altri ai fasti, e ancor più alle protezioni

impiegatizie, del fascismo-regime. Pur esclusi i comunisti e i socialisti dal governo nel maggio del 1947, l'Assemblea Costituente, eletta a sua volta nel 1946, proseguì, con straordinario senso di responsabilità, i suoi lavori, sino ad approvare, alla fine del 1947, dopo 170 sedute complessive di discussione, e con 453 voti favorevoli e 62 contrari, il testo della Costituzione repubblicana. Fu questo il collante che consentì al sistema politico italiano, in una congiuntura internazionale difficile, di funzionare. Con due poli di fatto. E con una Dc che interpretava, senza integralismi, ed anzi resistendo talvolta all'oscurantismo clericale, il ruolo del polo moderato e teso, come si sarebbe poi detto, ad un progresso senza avventure. Il tracollo della Dc, nel 1992-'93, rimescolò le carte e creò un improvviso vuoto nello spazio moderato. Né la Lega Nord, che allora riluttava persino a darsi una connotazione di destra, né i neofascisti, per natura non moderati, potevano colmare tale spazio. Il berlusconismo



nacque dunque, da un punto di vista sistemico, per consociare leghisti e neofascisti, oltre che per egemonizzare entrambi. E la destra tornò ad essere destra. Alle elezioni politiche del 1994 il Polo vinse così le elezioni, arrivando a sfiorare, quanto alla percentuale dei suffragi (42,9% nei collegi uninominali della Camera), proprio il risultato ottenuto dai monarchici al referendum del 1946. Tale spazio fu presidiato, malgrado la sconfitta, anche nel 1996. I neofascisti peraltro non si proclamavano più tali. I leghisti imboccarono una strada secessionistica ed ultranazionalista. Rialleandosi tuttavia, nonostante la rottura del 1994, con l'ingrugiato (da loro) Berlusconi. Lo spazio del consenso pare oggi essere ancora quello del 1946. Senza la metabolizzazione della Dc, tuttavia, prevalgono il movimentismo e il demagogismo. Latita la cultura di governo. È assente la moderazione. Evapora la vocazione europea. Viene meno quella italiana. Manca la classe dirigente. Ed è subito Pera.

**L'Unità**  
ONLINE  
nasce sotto i vostri occhi ora dopo ora  
www.unita.it

# orizzonti

idee | libri | dibattito

**L'Unità**  
ONLINE  
nasce sotto i vostri occhi ora dopo ora  
www.unita.it

Cristiana Pulcinelli

Immaginate degli edifici vicini tra loro. Ognuno di essi ospita 50 persone con problemi psichiatrici. In uno ci sono i giovani (da 14 a 24 anni), in uno gli adulti e in un altro gli anziani. Tra gli edifici, spazi verdi dove i malati possono trattenerci durante la libera uscita: quattro ore al giorno, nel rispetto delle regole della vita comunitaria. Durante il resto della giornata, i residenti dormono, mangiano e lavorano. A volte possono ottenere permessi per andare a trovare i familiari, ma solo se questi accettano di vederli. Se sono in grado di lavorare all'esterno, vengono inseriti in aziende «normali», altrimenti la loro attività avviene all'interno delle strutture protette. In ogni caso percepiscono uno stipendio corrispondente al lavoro svolto. Ma questi soldi, guadagnati con il sudore della loro fronte, non rimangono nelle loro tasche. Al malato va un quarto di ciò che guadagna. Con il resto ci si pagano medici, infermieri e operatori che lavorano nella struttura dove vive, ci si riparano i buchi nel muro e i bagni rotti, e ci si puliscono le scale.

Questa organizzazione, che ricorda più quella di un bagno penale che quella di un luogo di cura, viene proposta dal Polo per la gestione della malattia mentale. Il progetto di legge, a firma dell'onorevole Burani Procaccini di Forza Italia, è del '99, ma è stato rilanciato in corso di campagna elettorale durante un incontro alla Camera per il ventennale dell'Arap, una delle associazioni dei familiari di persone con problemi psichiatrici. Quella che abbiamo descritta è la struttura residenziale con assistenza continuata (Sra), ovvero il luogo in cui vengono ospitati i pazienti che «necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi, volontari o obbligatori, non erogabili a domicilio o nei day hospital». La struttura, a prima vista, non sembra tanto diversa dai vecchi manicomi (la legge, all'articolo 8, recita: «Le aree e gli edifici degli ex ospedali psichiatrici sono utilizzati per la realizzazione di strutture a favore dei malati di mente»). Ma una differenza fondamentale c'è: lì tutto era gratis. Qui, invece, il malato deve pagare chi lo tiene dentro anche contro la sua volontà. Una prospettiva non entusiasmante per l'utente del Dipartimento di salute mentale, che rischia di diventare un incubo: se lo psichiatra dipende per quanto concerne il suo stipendio dal lavoro del malato, non si capisce perché dovrebbe curarlo e dimetterlo, mettendo a repentaglio la busta paga a fine mese.

Il progetto Burani Procaccini prevede che la prevenzione e la cura delle malattie mentali vengano effettuate attraverso il Dipartimento di Salute mentale (Dsm), così come avviene già oggi. I Dsm comprendono due strutture fondamentali: il Centro di salute mentale (Csm) - che ha il compito di curare il malato a domicilio, di assicurare l'attività di day hospital e il servizio di emergenza psichiatrica territoriale, di organizzare e «controllare» l'inserimento, volontario o obbligatorio, del malato nelle strutture residenziali - e le Strutture residenziali con assistenza continuata. Nel progetto di Forza Italia solo il Csm deve essere pubblico, mentre le strutture residenziali possono essere a gestione privata. Chi controlla questi luoghi? Gli ispettori regionali che, almeno ogni due anni, devono passare a vedere cosa succede.

Le strutture di ricovero possono essere liberamente scelte dal malato o dai suoi familiari, recita l'articolo 2 comma 4, «anche se non facenti parte del territorio di competenza del Dsm». Libertà di scelta, dunque. Che sarebbe una bella cosa, se non fosse che in questo modo salterebbe uno degli aspetti fondamentali della continuità terapeutica. Adesso infatti ogni paziente viene seguito sul suo territorio, per quanto possibile. «È una scelta - spiega Luigi Attenasio, direttore del Dsm della Asl C di Roma - dettata dal principio di non sradicare il paziente dal suo ambiente, i suoi amici, i suoi luoghi e dalla necessi-

All'estero vogliono copiarci. Ma Forza Italia vuole tornare indietro: ricovero coatto senza garanzie per i diritti



tà di creare una rete che possa fornire risposte ai vari bisogni di una persona: il malato di mente ha bisogno non solo dei farmaci (che effettivamente può prendere in qualsiasi luogo), ma di una serie di figure che possano stabilire con lui una relazione significativa. Come potrà creare questi legami se viene spostato da una clinica all'altra in giro per l'Italia?». E arriviamo all'altro nodo veramente critico della proposta di legge del Polo: il Tso, il Trattamento sanitario obbligatorio. Oggi questo provvedimento ha dei passaggi complessi. La richiesta può essere fatta da un medico, deve essere convalidata da uno psichiatra del servizio pubblico e infi-

# Manicomio S.p.a.

Un progetto di legge del Polo ripesca gli ospedali psichiatrici. In mano ai privati e pagati dai malati col loro lavoro

## la testimonianza

### Stiamo già sperimentando il territorio «terapeutico»

Giuseppe Cardamone

Tra gli eventi succedutisi nel corso degli ultimi anni sul terreno della cura e dell'assistenza psichiatrica pubblica, oltre a uno spostamento della cultura dei servizi dalla ripulitura del danno alla prevenzione segnaliamo anche l'opera di sensibilizzazione della comunità a favorire percorsi e destini diversi a chi soffre per un disturbo psichico attraverso la creazione, lo sviluppo e la promozione di competenti e forti reti sociali e di gruppi di autoaiuto. A partire da questo, insieme a Sergio Zorzetto, ho proposto nel volume *Salute mentale di comunità* (Franco Angeli) alcune esperienze innovative su come orientare le discipline psicologico-psichiatriche - organizzate nei pubblici servizi - verso una declinazione territoriale e la presa in considerazione dei contesti socio-culturali in cui la sofferenza psichica si produce. Nel campo della salute mentale ciò si traduce non solo nel passaggio dal modello psichiatrico a un modello che riconosce le altre risorse terapeutiche e faciliti la loro articolazione; ma anche nel passaggio da un modello specialistico a uno comunitario di prevenzione e cura che ancora si sta, tra mille resistenze e difficoltà, sperimentando e definendo.

Attivare le risorse comunitarie comporta una ridistribuzione delle competenze a prevenire e prendere in carico il disturbo psichico: dallo specialista al medico, dai terapeuti a figure non specialisti-

che, ai familiari e alle organizzazioni di autoaiuto. Se la premessa delle vicende narrate e delle elaborazioni sviluppate è la scelta tecnico-politica del rifiuto del contenitore asilare come luogo della cura e la declinazione territoriale di quest'ultima, il perno intorno a cui ruota il testo è l'assunto che il «territorio» non può essere assunto come semplice spazio geografico. Esso è primariamente il luogo delle relazioni - variamente connotanti: cooperative, competitive, conflittuali... - fra individui e gruppi, sulla base di intenzionalità culturali, saperi sapienti e popolari, codici valoriali e saper-fare.

L'apertura al territorio, da parte dei servizi pubblici, dunque, non può che essere un'apertura alla dimensione comunitaria e al lavoro con i gruppi sociali reali che la popolano. La cura e la promozione della salute diventano, da questo punto di vista, azioni culturali, nel senso che si producono attraverso la cultura e che producono cultura: l'insieme variegato e progressivo delle costruzioni collettive (polisportive, cooperative, centri sociali, tavoli di concertazione, associazioni di utenti e familiari, gruppi di autoaiuto) che permettono all'uomo di mantenere, recuperare o ricreare una propria presenza operativa nel mondo. Esse cioè, riprendono le funzioni assistenziali, riabilitative e preventive dei servizi psicologico-psichiatrici, riformulandone però la struttura e il senso profondo, in conseguenza del principio tecnico che impone un loro esercizio coniugato col perseguimento di interessi, obiettivi e progettualità comunitarie.

ne deve essere confermata dal sindaco, contemporaneamente viene notificato al giudice tutelare al quale ci si può rivolgere in caso di ricorso. Del resto, si tratta di una restrizione della libertà dell'individuo: le garanzie sono necessarie. Nella proposta Burani Procaccini si prevede un Tso di urgenza e uno, per dir così, ordinario (ma far ricoverare qualcuno contro la sua volontà non dovrebbe essere sempre e comunque un provvedimento d'urgenza?). Il primo «può essere richiesto da chiunque ne abbia interesse. Deve essere convalidato da uno psichiatra, esercitante la professione. Ha validità massima di 72 ore e deve essere effettuato negli ospedali gene-

rali o nelle cliniche psichiatriche sedi dei reparti di psichiatria. Non è rinnovabile». Il secondo, invece, può consistere in visite a domicilio, in somministrazione a domicilio di farmaci o in ricoveri nelle strutture residenziali. Ha una durata massima di 60 giorni, ma è rinnovabile e può essere richiesto dai familiari, da operatori sociali, da uno psichiatra o dal Csm. Nel caso del Tso non di urgenza, però, ci deve essere la conferma di due psichiatri, di cui uno dipendente da una struttura pubblica e il provvedimento deve essere notificato a una commissione per i diritti del malato di mente. Esigie garanzie che addirittura scompaiono nel caso si tratti di un Tso

d'urgenza. Cosa vuol dire questo? «Proviamo a fare qualche volo di fantasia: - propone Giusti Gabriele, assessore uscente alla sanità del Comune di Roma - una ragazza vuole mettere temporaneamente fuori gioco un vecchio zio per motivi di eredità, un marito tradito vuole vendicarsi della moglie, un signore trova insopportabile il vicino: non hanno da far altro che procurarsi un amico psichiatra (non serve che lavori in una struttura pubblica) per chiedere e ottenere che la persona venga rinchiusa per 72 ore in un reparto di psichiatria con tutte le conseguenze del caso». Il progetto di legge propone anche che il direttore del Dsm venga nominato previo

### La Francia ha deciso di copiare la nostra 180

L'annuncio è stato fatto, la legge ancora no. Ma il ministro della Sanità francese, Bernard Kouchner è deciso e ha già dichiarato pubblicamente la fine dei manicomi in Francia: «Il mio obiettivo principale - ha annunciato in un incontro pubblico il mese scorso - è eliminare le strutture manicomiali e sostituirle progressivamente con strutture specifiche sul territorio. Vi chiedo: in nome di cosa dobbiamo continuare a internare i malati mentali, perché ci fanno paura, invece di aiutarli e fare in modo che possano curarsi a casa o vicino casa?».

Il «la» alla decisione del ministro è stato dato dal rapporto che i due psichiatri Jean Luc Roelandt e Eric Piel hanno stilato su sua richiesta. Un rapporto che parla di inefficacia dei metodi della psichiatria tradizionale, dell'impossibilità dell'istituzione psichiatrica, per sua natura, a cambiare e dell'importanza delle relazioni sociali e del rapporto col territorio per la cura e la dignità dei malati. E che guarda all'esperienza italiana come a una delle più valide nel settore della cura e del reinserimento dei malati psichiatrici. I meriti italiani riconosciuti dagli psichiatri francesi sono sia di ordine legislativo - l'approvazione della legge 180 - che medico: il lavoro dei nostri psichiatri impegnati nella «liberazione», prima, e nel reinserimento, poi, dei malati. Il progetto di Kouchner è del resto molto simile a ciò che è stato fatto nel nostro paese: prevede unità mobili di cura a domicilio attive 24 ore su 24, creazione di piccole unità di ricovero specifico negli ospedali o nelle strutture sanitarie e day hospital. La filosofia che sta dietro il progetto anche. Il ministro della Sanità francese parla della necessità della psichiatria di partire dal malato, dalle sue esigenze e dalla sua dignità: «Certamente non butteremo i malati sulla strada, ma creeremo una rete di strutture sul territorio sia di intervento che di degenza. Questa rifondazione del concetto di salute mentale sarà centrata sull'utente. Sono consapevole che questo è in realtà il fondamento della psichiatria, ma la politica non l'ha mai preso in considerazione. La partecipazione dei malati alle tappe di elaborazione delle strategie terapeutiche sarà uno dei pilastri del cambiamento della politica sanitaria». Non sarà facile, ammette Kouchner, perché è innegabile che le resistenze saranno molte. «Prima fra tutte quella della sopravvivenza della concentrazione delle strutture sanitarie psichiatriche, che hanno occupato le vecchie strutture manicomiali». Un elogio postumo all'impegno di Franco Basaglia.

parere, non vincolante, degli «organismi rappresentativi dell'utenza» (in questo caso per utenza, evidentemente, si intende non il malato ma i suoi familiari). Che la cosa sia strana appare evidente quando si provi a pensare ad un meccanismo analogo per la nomina di un primario di cardiologia, tanto per fare un esempio. Ma quanti sono i familiari d'accordo con il modello proposto? Girolamo Di Gilio, presidente dell'Aresam, un'associazione di familiari, del Lazio sostiene che «più che di una nuova legge avremmo bisogno di realizzare le cose previste dall'attuale legge». Una legge che oggi anche la Francia vuole adottare.