

«*Trasumanar e organizzar*».
*Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria
di comunità in Umbria di Francesco Scotti*

Donatella Cozzi

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

Abstract

«*Trasumanar e organizzar*». *Birth and Evolution of a Community Psychiatry in Umbria*

Francesco Scotti was one of the protagonists of overcoming the asylum and of the creation of territorial mental services in Umbria, an experience of great innovative strength that precedes when it will then be realized with the law 180/78. In the book *Birth and evolution of a community psychiatry in Umbria* he presents the stages of community psychiatry from 1970 to 1990.

Key words: community psychiatry, psychiatric de-institutionalization, territorial psychiatric services, psychiatric reform in Umbria

«Notre héritage n'est précédé d'aucun testament»: difficile sfuggire alla tentazione di citare questo aforisma di René Char, pubblicato nei *Feuillets d'Hypnos* nel 1946¹ procedendo nella lettura di Francesco Scotti², *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, pubblicato nel 2021 nella collana SMAS. Studi e materiali di Antropologia della Salute, Quaderni della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli e.t.s. e della Morlacchi editore, diretta da Cristina Papa e Massimiliano Minelli. Un primo volume dedicato all'esperienza della riforma psichiatrica in Umbria nel corso di un ventennio tra gli anni Settanta e Novanta, a cui ne seguirà a breve un secondo, incentrato sulle trasformazioni dei servizi psichiatrici nella regione tra il Novanta e il Duemiladieci. L'aforisma di René Char è ispirato dalla consapevolezza che gli anni della Resistenza ebbero per molti che vi parteciparono. L'essenza dell'eredità acquisita stava nello sforzo e nell'azione comune, per il quale ognuno «ama, si spende, è impegnato, va

nudo, provoca» (CHAR 1946: 27). Tutto ciò non durò a lungo, quell'isola di libertà scomparve, il tesoro era andato perduto. E non per circostanze esterne o per lo scontro con una realtà avversa, tutto «cominciò quando divenne chiaro che non c'era nessuna mente pronta a ereditare e mettere in discussione, a meditare e a ricordare» (*ivi*: 28). Tanto più meritoria e preziosa risulta quindi questa ricerca di Francesco Scotti sulla nascita ed evoluzione della psichiatria di comunità in Umbria, tra le prime regioni in Italia a muoversi per la de-istituzionalizzazione dell'Ospedale psichiatrico e ad avviare la costruzione dei servizi territoriali in Umbria. Al testo dedico quindi ben più di una recensione, per la ricchezza del resoconto, il rigore della metodologia di raccolta e presentazione dei materiali, con un brevissimo raccordo finale a un altro piccolo contributo sulla storia della de-istituzionalizzazione psichiatrica in Italia. Rubo il titolo dall'ultima raccolta di poesie di Pier Paolo Pasolini³ perché l'impresa complessiva della evoluzione della psichiatria in Umbria mi pare riprendere sia l'istanza di uscire dalle condizioni umane date, come l'ineluttabilità del ricovero e della marginalizzazione per i malati mentali, sia di radicare nella pratica un progetto, una costruzione di senso nuovo. Da molti anni la Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, e.t.s., già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, si occupa dei processi di autoriforma e superamento dell'istituzione manicomiale, e in particolare dei percorsi che portarono al progressivo smantellamento dell'ospedale psichiatrico e alla costruzione di una rete di servizi territoriali ancor prima dell'approvazione della Legge 180 del 13 maggio 1978. Dal 2002 ha avviato un lungo percorso di ricerca, coordinata inizialmente da Tullio Seppilli e Ferruccio Giacanelli e promossa dalla Provincia di Perugia, con l'obiettivo di presentare il contesto che caratterizzò il ventennio compreso tra il 1960 e il 1980. Ne scaturì un primo *Quaderno* della collana SMAS, *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, scritto da Ferruccio Giacanelli, uscito postumo nel 2014. Queste ricerche sono state condotte facendo riferimento a una pluralità di fonti, tra le quali soprattutto colloqui con diversi protagonisti e testimoni (FLAMINI, GIACANELLI, POLCRI, SEPPILLI 2008), e trasmettono la testimonianza di quanto avvenuto in quegli anni non solo a Perugia, ma anche nelle sezioni distaccate dell'allora ospedale psichiatrico (Città di Castello, Foligno e Spoleto) e poi nei Centri di Igiene Mentale, nella denominazione di allora, che si svilupparono ad Assisi, Città di Castello-Gubbio, Foligno e Spoleto, come viene testimoniato in questo volume. È questo dialogo necessario con i protagonisti che vede la collocazione all'inizio del testo di una intervista di Ferruccio Giacanelli ad Andreina

Cerletti e Francesco Scotti, alla quale parteciparono anche Tullio Seppilli, al quale Scotti dedica questo secondo *Quaderno*, e Chiara Polcri, realizzata il 14 agosto del 2003⁴. Questa intervista ci restituisce il retroterra culturale che animava la psichiatria accademica prima dell'arrivo di Cerletti e Scotti a Perugia nel 1967 (Callieri e Jaspers, la *Daseinanalyse* di Binswanger nella versione offerta da Cargnello, Ramon Panikkar e i suoi seminari su Teilhard de Chardin), insieme a elementi biografici che mostrano quanto la vita privata di Scotti si sia intrecciata con quella professionale. Soprattutto iscrive il programma di ricerca sulla storia della psichiatria in Umbria nella necessità di 'fare memoria', di collocare correttamente il passato per muoversi nel futuro. Uno dei motivi che spinge Francesco Scotti alla scrittura è quindi:

il bisogno di raccontare una serie di esperienze di innovazione che si sono sviluppate nel corso della storia psichiatrica dell'Umbria che, benché già descritte e pubblicate, non hanno ricevuto quella attenzione che forse meritavano. Cadute nell'oblio, sono state successivamente reinventate o importate dall'estero: strano destino quello della psichiatria italiana costretta a scoprire olttralpe – e oltre oceano – quello che aveva anticipato da anni (SCOTTI 2021: 11).

E l'autore si interroga sui motivi che hanno reso inefficaci le presentazioni che erano state fatte di queste pratiche dagli anni Settanta in poi «tanto da non salvarle dall'oblio» (*ibid.*).

Per la costruzione del testo, che copre il periodo dal 1970 al 1990 della riforma psichiatrica in Umbria, l'Autore si avvale di una copiosa e puntuale documentazione: interviste, atti formali di Comuni, Province, Regione, relazioni a convegni e a seminari, articoli e testi a stampa, verbali di assemblee e riunioni di Centri di salute mentale o del Dipartimento di salute mentale, tesi di laurea. Francesco Scotti segnala come i documenti per scrivere questa storia non siano né abbondanti né esaurienti in quanto: «[La] nuova cultura psichiatrica si è sviluppata più in forma orale che scritta» (SCOTTI 2021: 14).

Un richiamo importante alla scelta del titolo del *Quaderno* precisa la connotazione particolare di radicamento territoriale in cui si inscrivono le innovazioni descritte. L'autore utilizza "psichiatria di comunità"

perché è ancora un richiamo forte, comprensibile a tutti gli operatori della salute mentale [...] È l'unica espressione in grado di indicare un approccio, un metodo per tenere insieme la salute mentale e i processi che la riguardano, dalla prevenzione alla riabilitazione. La psichiatria di comunità parte dalla constatazione della necessità di una vita comunitaria per il singolo,

dal presupposto che esistano vincoli forti, non sempre manifesti, che legano il singolo ad altri, in qualunque modo sia concepita, organizzata e vissuta una società (*ivi*: 48).

A evitare i due rischi opposti, quello che vorrebbe santificare la dimensione sociale e quello della sua criminalizzazione, al punto da dover proteggere da essa le persone fragili, è necessario per Scotti partire dalla chiusura dell'Ospedale psichiatrico (da qui in poi OP) di Perugia, con le sue conquiste, ma anche le difficoltà e le contraddizioni, i conflitti ideologici e teorici, lo sfondo del mutamento sociale e culturale in atto in Italia alla metà degli anni Sessanta, con una nuova attenzione ai diritti fondamentali dell'umanità. Fu un processo lungo e faticoso, non solo da consegnare a un pensiero forte capace di sostenere le diverse azioni, come l'antropoanalisi e il marxismo, ma soprattutto a una postura radicata nella pratica costruita giorno per giorno, meno «ossessionat[a] dalla legittimità delle genealogie» teoriche (*ivi*: 54). Il principale vettore di impulso all'innovazione viene individuato nell'«accoppiamento strutturale tra un gruppo di amministratori e un gruppo di operatori della psichiatria che si impegnano nel cambiamento, apprendendo dall'esperienza» (*ivi*: 55). Una unione quindi tra tecnica e politica, per la quale 'terapia' è stata la parola chiave, animata da una 'relazione osservativa' da cui attendersi una penetrazione più profonda nelle situazioni di vita, per riconoscere i cambiamenti del singolo e come essi si trasmettano orizzontalmente nella comunità. Esempi molto chiari di come la relazione osservativa si coniughi alla terapia e si impegni in un cambiamento politico sono ricordati nel paragrafo *Psichiatria e mondo operai* (*ivi*: 160-167). Tra i primi utenti del nuovo Centro di igiene mentale (d'ora in poi CIM) di San Sisto, quartiere connesso al polo industriale di Perugia, ci furono pazienti con patologie alcol correlate, in numero maggiore a quanto ci si poteva attendere. Tutti avevano in comune il lavoro in una fabbrica alimentare della zona, la Perugina, e tutti provenivano dal medesimo reparto di confezionamento di cioccolatini al liquore, esposti a vapori di alcol per l'intero turno lavorativo. L'involontarietà dell'esposizione e della dipendenza da alcol non impediva alla patologia di manifestarsi, di essere vissuta come una colpa tale da inibire qualsiasi indagine sulle vere cause della malattia, di abusare di alcol e liquori anche fuori dalla fabbrica. Più complesso il caso di un operaio proveniente da un'altra fabbrica per un eczema alle mani, inizialmente diagnosticato come di natura psico-somatica e inviato al CIM con la richiesta di una prescrizione psico-farmacologica. Poi si dimostrò che nelle lavorazioni erano state introdotte sostanze a titolo sperimentale che non avrebbero dovuto provocare allergie. Spostato

in altro reparto, l'operaio guarì. Un altro operaio fu inviato al CIM come affetto da 'sindrome degli incidenti', perché cadendo varie volte sul luogo di lavoro, aveva richiesto un certificato medico che ne documentasse le conseguenze. Non fu difficile capire che la causa stava negli oli polverizzati derivati dalla lavorazione che si depositavano sul pavimento, rendendolo scivoloso. Questo accadeva anche ad altri operai, ma l'unico che se ne era lamentato con la direzione era l'operaio in questione. Episodi come questi erano più frequenti di quanto ci si potesse aspettare, tanto da far pensare a una indebita psichiatrizzazione, accettata dal paziente con facilità, con le cause attribuite alle caratteristiche dell'individuo piuttosto che a quelle del processo lavorativo, individualizzando l'intervento, depistando e isolando i casi patologici. «Prendere in considerazione il singolo caso inserito nel suo ambiente di lavoro significava passare dall'individuale al collettivo» (SCOTTI 2021: 163) producendo un cambiamento di prospettiva rispetto alla situazione lavorativa, non più passivizzante ma investita di nuovo valore, per il quale la soggettività operaia diventa, mediante la validazione consensuale del gruppo di lavoro, uno strumento di rilevazione precoce della *nocicettività* (BRUTTI, SCOTTI 1976) permettendo di accedere a una dimensione preventiva in medicina.

Già nel 1970 l'asse dello sviluppo si sposta dall'ospedale al territorio, con l'obiettivo di trasformare il 'parcaggio manicomiale' in un luogo di vita e di cura ma soprattutto di entrare nei luoghi reali di vita e agire più precocemente. L'umanizzazione dell'OP migliorava le condizioni di vita dei ricoverati, nel contesto della cosiddetta comunità terapeutica. L'analisi di Scotti prende avvio dai fattori che misero in crisi la comunità terapeutica, legati all'illusione che l'ospedale psichiatrico potesse essere salvato trasformandolo in una buona comunità, attenta al riconoscimento e alla soddisfazione dei bisogni dei pazienti. Il regime assembleare, introdotto nel 1968, fu l'elemento centrale della comunità terapeutica e della sua trasformazione, e si estese dai due reparti iniziali (l'Osservazione uomini e l'Osservazione donne) a tutti gli altri (Vigilanza speciale, Cronici, Lavoratori), introducendo in essi le assemblee quotidiane. Andreina Cerletti, nell'intervista citata in apertura del testo, racconta:

A dicembre del 1967 siamo andati, noi due con Dall'Aglio, da Basaglia a Gorizia. Siamo rimasti pochi giorni, non più di una settimana. Ogni mattina abbiamo partecipato ad una assemblea in un reparto diverso. Ci hanno molto colpito: è stato come se all'improvviso avessimo capito quale poteva essere la soluzione di un problema già presente nella nostra mente; e la soluzione era nella stessa direzione in cui la stavamo cercando (SCOTTI 2021: 31).

C'erano già stati a Perugia esperimenti per cambiare l'organizzazione interna dell'OP, ma il regime assembleare rese efficace ed effettiva la partecipazione alle decisioni, all'organizzazione, alla comunicazione dentro all'OP, facilitò le dimissioni e contribuì a diminuire, se non impedire, i nuovi ricoveri. Questo implicò il moltiplicarsi di interventi esterni all'OP, con assemblee nei piccoli paesi della provincia e incontri con le famiglie dei ricoverati. Accanto alle assemblee di reparto vi era una molteplicità di occasioni di incontro: tra medici e infermieri, tra ospedale e amministrazioni locali, con lo sforzo di non lasciare nessuno escluso dalla possibilità di prendere la parola, benché questo a volte comportasse una riduzione dell'efficienza nel prendere decisioni. L'ottimismo iniziale verso il regime assembleare e la comunità terapeutica (aggettivo suggerito dai visitatori esterni che attribuivano alla presa di parola dei ricoverati una valenza auto-terapeutica), derivava dal poter constatare la possibilità di invertire il degrado dell'istituzione manicomiale introducendo strumenti di contrattazione che erano prima improponibili. Poter prendere la parola faceva in modo che i ricoverati stessero meglio, si interessassero del loro destino, ricominciassero a fare progetti, portava in primo piano la loro soggettività e valorizzava la relazione personale. Tuttavia, non era sufficiente per rinnovare la pratica, anche se era un luogo di costruzione di una cultura alternativa, con il rischio di mettere tra parentesi la sofferenza individuale e di non cogliere la complessità delle dinamiche alla sua origine.

È difficile rendersi conto del capovolgimento comunicativo attuato nelle assemblee e dell'influenza che può avere sull'autopercezione delle persone, se non si ha presente la sclerotizzazione che il linguaggio subisce nel rapporto tra medico e paziente, anche con le migliori intenzioni. [...] L'attenzione, l'ascolto, le buone intenzioni e tutta una serie di altre qualità relazionali che scaturivano dall'impegno di riconoscere e rispettare i diritti altrui, oltre che i propri obblighi, non erano sufficienti a raggiungere la certezza di aver superato questa barriera per innovare realmente (*ivi*: 80).

L'enfasi sulla comunità terapeutica permette a Scotti di cogliere gli elementi poi trasferiti nella pratica sul territorio, contribuendo a costruire un modello di cura al quale per molto tempo tutti i gruppi sparsi in Umbria fecero riferimento. Non solo l'esportazione delle assemblee dall'ospedale al territorio, ma una esperienza di partecipazione degli operatori nei consigli comunali, nelle circoscrizioni, nei quartieri, nelle fabbriche, in breve in tutte le forme di vita associativa che si aprivano all'intervento della collettività. Un altro elemento fondamentale fu la costruzione di una solidarietà tra gli operatori impegnati in un compito di cura condiviso, che permise di costruire una équipe multi professionale, la quale diverrà lo strumento

fondamentale della nuova pratica sul territorio, attraverso la messa in luce della soggettività del malato, ed anche, aggiungerei oggi, dell'autoriflessività degli operatori nel ragionare sul fare mentre lo si sta compiendo.

La presentazione ufficiale dei nuovi Centri di igiene mentale⁵ avvenne a Perugia il 5 maggio 1970, nella Sala dei Notari del Palazzo dei Priori a Perugia, a conclusione di una Mostra sull'ospedale psichiatrico allestita nella stessa sala. Ferruccio Giacanelli, nel *Quaderno n. 1* ne ricorda il carattere di conferenza-dibattito sul tema: "La lotta contro l'internamento psichiatrico è un momento della lotta per una nuova cultura e una nuova società" (GIACANELLI 2014: 134). Non si trattava di una esperienza già stabilizzata, in quanto il primo Centro era stato aperto solo venti giorni prima, ma l'annuncio programmatico di

una nuova offerta assistenziale resa possibile dalla disponibilità di un'equipe psichiatrica che interveniva esclusivamente fuori dell'Ospedale: un passo ulteriore nel superamento dell'Ospedale psichiatrico, con il coinvolgimento in una nuova politica, quella della salute mentale di tutta la comunità e non solo dei pazienti (SCOTTI 2021: 89).

Giacanelli e Scotti concordano nel considerare quale fattore più originale della trasformazione dell'assistenza psichiatrica nel 1970 proprio il passaggio da una logica di psichiatria a una logica di salute mentale. Dopo un percorso di discussioni maturate di settimana in settimana con progetti sempre più approfonditi, il nuovo servizio si impegnava programmaticamente ad ampliare i contatti con il territorio e la società civile, facilitare le dimissioni dall'OP offrendo concrete alternative assistenziali, ad esempio trasferendo all'esterno dell'ospedale alcuni interventi ambulatoriali, costituendo quella rete di servizi poi rimasta a caratterizzare il territorio della Provincia di Perugia. Sostanzialmente, scrive Scotti era un

sistema che si auto-organizzava e godeva dell'autonomia che il collettivo degli operatori aveva acquisito nell'ultimo periodo del regime assembrare, quando azioni esterne, dimissioni, incontri con comunità locali, venivano attuati senza essere soggetti a particolari procedure amministrative (*ivi*: 91).

Da un primo assetto basato sulle funzioni, i nuovi CIM acquisirono una caratterizzazione territoriale: il CIM di Assisi fu affidato a Andreina Cerletti; il CIM di Città di Castello-Gubbio, fu affidato a Carlo Manuali; quello di Foligno a Ferruccio Giacanelli; a Spoleto troviamo Ennio Dall'Aglio; infine i due CIM di Perugia (Perugia Sud-Ovest e Perugia Nord-Est) affidati a Francesco Scotti. Questi ultimi saranno successivamente, nel 1972, organizzati in tre poli territoriali (Perugia Centro per il centro storico, Perugia San Sisto, per il polo industriale e Perugia Pontevalleceppi per quello

agricolo). Fino al 1980 una ulteriore riorganizzazione dei servizi istituisce un servizio unitario per gli adulti e per l'infanzia, collegando centro e periferia: ciascun medico è impegnato in due CIM, uno a Perugia e uno in un'altra città umbra. In seguito la suddivisione in piccole USL frantumerà questi legami, irrigidendo, secondo Scotti, le disomogeneità della distribuzione del personale e di competenze nel territorio.

Il vero inserimento nel territorio di un CIM si gioca tra ciò che esso porta e ciò che vi trova. Su ciò che porta si è già detto: in sintesi un metodo di lavoro e le competenze che gli operatori avevano accumulato in anni di presenza in ospedale; ma con un'attenzione che si spostava necessariamente dai bisogni collettivi, quali emergevano nella situazione di convivenza nella Comunità terapeutica dell'OP, ai bisogni individuali che si manifestavano nella vita reale [dove] i curanti vanno a cercare coloro che hanno bisogno di cure. La funzione nuova che deve essere incorporata nel lavoro è quella che riguarda il riconoscimento di un bisogno, ovunque esso si nasconda o si manifesti e solo dopo, se possibile, si produce una proposta di soluzione (*ivi*: 94).

In questa citazione emergono alcuni punti fermi che costituiscono la cifra di questa esperienza: il metodo di lavoro, un rinnovato riconoscimento del bisogno, un riferimento continuo al contesto reale di vita e relazionale della persona, l'importanza sostanziale della terapia. Con la consapevolezza di non poter dare per scontata l'entrata nell'intimità di un gruppo o di una famiglia, in quanto è un contatto che si produce per gradi, e comporta la conoscenza in profondità dei meccanismi espulsivi e delle risorse socializzanti presenti nel contesto. Una "attenzione operosa" che poteva prendere corpo nelle assemblee popolari, i consigli comunali e di quartiere, le associazioni sindacali e culturali, poi nelle famiglie e nel vicinato, in tutti i luoghi di esperienza della salute e della sua tutela. In questi punti fermi troviamo la persistenza di alcuni obiettivi maturati nella precedente esperienza di lotta antimanicomiale: la liberazione dei pazienti da alcune componenti oppressive dell'intervento psichiatrico, il contrasto alla tendenza a medicalizzare il conflitto e la sofferenza, la contestazione di altre istituzioni totali, come i ricoveri per gli anziani, gli istituti per minori con handicap, i collegi. Esemplare a tale proposito è stata la vicenda del Centro di neuropsichiatria infantile, nato nel 1965 dal rifiuto di istituire un reparto ospedaliero per il ricovero dei minori, trasformandone l'attività in esternato. Una azione che si accompagna, in più parti d'Italia, al progressivo smantellamento delle classi differenziali e delle scuole speciali⁶ e a un profondo rinnovamento con i movimenti democratici, come il Movimento di cooperazione educativa, la sperimentazione di nuove pedagogie

e il diritto alla partecipazione dei genitori che prima era stato sempre umiliato. Sempre nell'ambito dell'infanzia e della adolescenza, Scotti dedica il capitolo 7 della seconda parte alla collaborazione con il Tribunale dei minori e precisamente ad un seminario tenutosi ad Assisi nel 1983, organizzato dai "Quaderni di Psicoterapia Infantile", dall'Associazione Giudici minorili e dall'Associazione italiana per la prevenzione dell'abuso all'infanzia. Il coordinamento con il Tribunale dei minori non sempre era di facile attuazione, e la relazione presentata dagli operatori della salute mentale passava in rassegna numerose questioni che ne ostacolavano la convergenza nell'interesse del minore, di fondamentale importanza per il ritorno a casa, l'affidamento o l'adozione, la lotta contro gli abusi per le perizie psicologico-psichiatriche per l'affidamento, per l'idoneità al ruolo genitoriale. Almeno sino agli inizi degli anni Novanta, commenta Scotti, creare occasioni per stabilire nuovi contatti con altre istituzioni e chiarire compatibilità e divergenze è stata a lungo una caratteristica importante e originale dei servizi di salute mentale umbri (*ivi*: 363).

La domanda che continuamente veniva ripetuta nelle prime e convulse fasi di novità delle circostanze, vissute con la percezione del rischio di approssimazione degli interventi e la molteplicità delle situazioni nelle quali intervenire, era: la nuova psichiatria sarebbe stata in grado di mantenere la promessa dell'antipsichiatria proponendo un ideale di solidarietà centrato sull'accoglienza e il sostegno comunitario?

La realizzazione dei CIM non fu un percorso privo di resistenze. Poder tornare a casa, per molti ricoverati, trovava come ostacolo, oltre ai meccanismi di espulsione sociale, il non essere percettori di un reddito. Il tema dei sussidi, concessi dalla Provincia già a partire dal 1970, fu molto contrastato. Proprio i ricoverati ricordavano come artigiani e contadini percepissero pensioni molto più basse dei sussidi erogati ai pazienti, e avrebbero potuto chiedere di essere internati per godere di questo beneficio. La facilitazione alla dimissione doveva essere accompagnata dalla ricerca di un lavoro che permettesse di mantenersi fuori dall'ospedale, ma che non avesse nulla in comune con quanto veniva denominato ergoterapia, che di terapeutico non aveva nulla e copriva al contrario forme di sfruttamento, attività meccaniche e ripetitive, lavori umili dei ricoverati. Trovare un lavoro esterno all'ospedale era difficile, anche perché gli ospiti svolgevano una molteplicità di lavori utili per l'istituzione (cucina, officina, giardinaggio, colonia agricola), continuando a riprodurre quegli impieghi di auto-sussistenza dell'istituzione così diffusi⁷. Quello del lavoro era un tema fondamentale, in quanto la marginalizzazione o l'esclusione lavorativa all'esterno e

all'interno dell'ospedale giocava un ruolo fondamentale per evitare che i problemi di isolamento sociale e di povertà si trasformassero in problemi psichiatrici.

Scotti si sofferma sulle problematiche collegate alla fondazione dei CIM, con un lavoro di ricostruzione che non indulge né si ammantava dei primati della psichiatria umbra. Egli riferisce la sensazione di incompiutezza, di non fare abbastanza e abbastanza in fretta, le accuse reciproche tra tecnici e amministratori che si moltiplicarono in quegli anni. Emerge la valenza politica dei documenti e delle azioni, la quale sollecitava il consenso a decisioni partecipate, nella convinzione che solo una adesione convinta avrebbe consentito una durata non effimera all'attuazione, nel contesto di un periodo di fermento e partecipazione irripetibile: «Non sarà più così dopo la riforma sanitaria del 1978 e il passaggio della responsabilità amministrativa dalla Provincia alla Unità Sanitarie Locali» (*ivi*: 106).

Altri fattori di resistenza si svilupparono all'interno dell'OP. Le trasformazioni territoriali, con lo spostamento verso di esse del personale medico e infermieristico, avevano modificato negativamente la qualità di vita dentro l'ospedale. I ricoveri ospedalieri continuavano, senza che la presa in carico fosse affrontata con l'attenzione precedente. Il fermento riverberato dall'innovazione portava una parte degli infermieri a considerare il lavoro extra ospedaliero come di rango più elevato e i suoi esecutori dei privilegiati. Dal canto loro, i medici consideravano il lavoro in reparto un fastidioso residuo del passato. Nel rivendicare l'importanza del ricovero ospedaliero, in un clima di polemiche che avrebbero voluto evitarlo ad ogni costo, il prof. Sediari, allora direttore dell'OP, paventava il rischio che l'attenzione spostata dal paziente verso il suo contesto di vita potesse tramutarsi in un allontanamento difensivo del terapeuta dalla sofferenza delle persone. Rischio a cui era sotteso il timore di una confusione tra politica e psichiatria, dove alla prima avrebbe dovuto spettare il compito di lottare contro le ingiustizie, mentre alla seconda l'ambito della cura. Sediari presentò un modello di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica basato sul 'settore', secondo il quale ad ogni suddivisione territoriale doveva corrispondere una analoga suddivisione ospedaliera, in modo che all'una corrispondesse l'altra. Questo progetto comportava una riduzione degli infermieri sul territorio per fare fronte alle esigenze ospedaliere, riportando il baricentro sui lungo-degenti e sulla loro scarsa autonomia. La psichiatria di settore fu un'esperienza di brevissima durata: già circa un anno dopo il varo del progetto, nel 1971, si evidenziarono i motivi della crisi: una organizzazione incompleta che non coinvolgeva gli operatori, la varietà di posizioni all'in-

terno dello staff medico in conflitto con gli infermieri che lo accusavano di valorizzarli quando si trattava di coprire in tempi rapidi spazi operativi, per poi obbligarli a continui spostamenti, la consapevolezza maturata del superamento del custodialismo anche tra coloro che continuavano a voler rimanere a lavorare entro l'OP.

L'innovazione rappresentata dai CIM portò altri effetti imprevisi. I volontari che della prima fase del 1968 erano entrati con curioso entusiasmo prima in ospedale poi nei CIM, e che erano in buona parte laureati in Lettere, Filosofia, Psicologia, furono assunti come infermieri nel 1970, non senza una alzata di scudi da parte del sindacato, perché dei laureati venivano ad occupare posti di lavoro riservati a diplomati di terza media. I laureati si trasferirono nei servizi territoriali, privilegiando il rapporto con i medici. «Agì soprattutto il sospetto che la carriera dei laureati non si sarebbe fermata a questo primo gradino. E così fu» (*ivi*: 119): appena si resero disponibili posti per assistente sociale o psicologo furono questi ex-volontari a ricoprirli.

L'amministrazione provinciale iniziò un allontanamento progressivo dalla realtà quotidiana nella quale aveva luogo la trasformazione della psichiatria: a una fase di gestione politica della psichiatria ne seguì una puramente amministrativa, in un clima in cui da un lato si voleva giungere a forme più avanzate in grado di scardinare ogni preesistente concezione di malattia e salute mentale e arretramenti che al contrario volevano si tenesse conto dell'organizzazione sanitaria in generale. Di questo clima testimonia molto bene uno scritto di Carlo Brutti e Francesco Scotti del 1980 (BRUTTI, SCOTTI 1980: 61-62):

La politica del non ricovero fu attaccata perché intransigente: essa non teneva conto della necessità di far maturare la coscienza sanitaria comune, abituata a considerare il ricovero in ospedale come l'intervento più utile per la guarigione. La depsiatriizzazione fu definita, dagli oppositori, fallimentare perché [...] [avrebbe] portato, come primo effetto, ad un aumento del numero di persone di cui si occupavano gli psichiatri, ad un maggior numero di psicofarmaci, ad una assistenza che si prolungava nel tempo a discrezione dell'operatore psichiatrico [...]. Si ironizzava sulla visita domiciliare fatta dagli infermieri che veniva descritta come una brutta copia, una scimmiettatura, del giro dei medici in reparto.

Con la Commissione nominata dalla Provincia nel 1971 per cercare una soluzione alle questioni sulle quali OP e CIM non riuscivano a trovare un accordo condiviso, entrò per la prima volta in crisi il meccanismo assembleare. La Commissione era convinta che le conflittualità fossero legate

allo sviluppo troppo accelerato e spontaneo dei servizi, passando da un ospedale ben amministrato a una molteplicità di servizi territoriali dalle competenze incerte e lasciando indietro un residuo manicomiale ingombrante. Tuttavia, rileva Scotti, non aveva senso discutere dei servizi territoriali a partire dalla realtà dei reparti come era impossibile non tener conto che l'estensione al sociale per il suo impegno comportava una regressione nel settore della terapia. Carlo Manuali a sua volta rilevò che la crisi in corso era legata al fatto che gli operatori erano diventati gli intermediari tra pazienti e erogatori di servizi assistenziali e sanitari: la loro mediazione, con le telefonate al Comune, alla Provincia o agli enti comunali di assistenza per trovare soluzioni individuali, finiva con il costruire un approccio clientelare, quindi introdurre forme più subdole e deleterie di medicalizzazione. Nulla stava cambiando nell'atteggiamento egemonico dell'operatore psichiatrico, commentava Manuali. Nel linguaggio dell'epoca, inoltre, secondo Manuali era mancata nella organizzazione e nelle scelte dei servizi una scelta di classe che privilegiasse il proletariato, quello più presente nell'utenza psichiatrica, come classe attiva e rivoluzionaria. Se l'uscita dall'ospedale era stata avviata sia per attivare un processo di responsabilizzazione politica che un processo di chiarificazione delle situazioni psichiatriche, secondo Scotti «la scelta di classe viene messa a confronto con la scelta dei bisogni. La prima orienta il gruppo, la seconda ci porta a prendere in considerazione i bisogni di tutti e quindi a rispondere a tutte le classi» (SCOTTI 2021: 133).

Rileggendo dopo più di quaranta anni i testi della deregistrazione si ha una immagine precisa del dogmatismo radicale che dominava la cultura di quell'epoca, frutto anche del bisogno di certezze teoriche che dessero fondamento a una pratica innovativa ma dal futuro incerto [...] A lungo vi hanno dominato alcuni termini, sventolati come bandiere su un campo di battaglia: “depsichiatriizzazione”, che designava l'impegno a liberarsi del peso distruttivo dell'apparato psichiatrico; “deistituzionalizzazione”, più radicale del precedente, che esprimeva l'esigenza di cancellare i vincoli con cui l'organizzazione sociale impediva all'originalità e alla creatività individuali di esprimersi liberamente; il binomio “esclusione-marginalità” che veniva usato per designare la dinamica oppressiva subita dai soggetti con disturbo psichico; “proletariato” e “sottoproletariato” che descrivevano la composizione degli utenti degli ospedali psichiatrici» (*ivi*: 125).

La nuova organizzazione territoriale implicava cambiamenti del luogo di lavoro e dei turni, il passaggio a una organizzazione per gruppi, e segnava il passaggio da un movimento essenzialmente politico a una nuova istituzione psichiatrica. Fu anche un periodo di intensa collaborazione con

l'Istituto di etnologia e antropologia culturale diretto da Tullio Seppilli, che rispecchiava gli interessi verso la sfera complessiva della salute e malattia di quest'ultimo e forniva nuovi metodi di ricerca all'esigenza di una conoscenza approfondita del mosaico di diversità locali presenti nel territorio. Scotti commenta che fu un percorso faticoso, dove nulla si poteva dare per ovvio, e per alcuni faceva quasi rimpiangere la semplificazione lineare del ricovero. In questa fase di costituzione dei servizi fu fondamentale la figura dell'infermiere, per la comune appartenenza di classe sociale e ambiente culturale con gli utenti. Per quanto argomento di controversie,

questa affinità ha svolto le funzioni di uno strumento terapeutico di primaria importanza. Affermo questo anche se so che questa opinione è stata bollata come paternalistica, o d'altra parte indebitamente caricata del significato di prova che la malattia mentale possa essere liberata dalla psichiatria, semplicemente attraverso una comunicazione umana la meno sofisticata possibile (*ivi*: 142).

Questa affinità trovava nell'assistenza domiciliare il terreno di espressione privilegiato, quello in cui parlano e assumono significato gli oggetti della vita quotidiana, che riempiono la casa del paziente. Molto si può apprendere sul modo di abitarla, dall'uso delle stanze, nelle case di campagna dalla mescolanza tra strumenti di lavoro e arredi di cucina. Osservazione e partecipazione, questo radicamento nel territorio fatto di chilometri e chilometri per raggiungere la residenza degli utenti, sorreggevano il progetto di tenere lontana l'assistenza domiciliare dall'idea di una 'ospedalizzazione a domicilio', in un rapporto complesso con la popolazione e gli altri servizi. Il progetto si costruiva sul campo, nel tentativo di contrastare le richieste delle famiglie, secondo alcune delle quali una maggiore efficienza sul territorio potesse essere usata anche per limitare l'autonomia dei pazienti. La presenza sul territorio, con l'invito agli operatori a dover essere presenti in qualsiasi situazione di incontro nella quale fosse in gioco un qualsiasi argomento relativo alla salute, sosteneva, inoltre, un clima politico di cambiamento e partecipazione anche nelle scuole, nei nidi e nelle scuole per l'infanzia comunali. *Dal bambino manipolato al bambino protagonista*, è non a caso parte del titolo di una pubblicazione di Francesco Scotti e Carlo brutti del 1978, in cui la situazione di non ascolto dei bambini, promossa da quella pedagogia che riteneva gli adulti come i migliori interpreti dei bisogni 'imperfettamente' espressi dai bambini, permette agli autori di riflettere su modalità simili di trattare il bisogno all'interno della struttura asilare:

Rifiuti e proteste costituiscono, nell'ordinato svolgersi della vita asilare, un *incidente*: qualcosa è venuto a incidere sulla trama predi-

sposta dall'adulto tentando di modificarla e producendo una frattura. Se teniamo conto di questo aspetto, possiamo dire che la vita scolastica, lungi dal seguire le indicazioni astratte dei programmi precostituiti, si svolge sul ritmo dettato dalla risposta agli innumerevoli incidenti che i bambini provocavano. La risposta è un tentativo di cancellare il contenuto dell'incidente e di reprimere il suo autore e ciò rende impossibile all'adulto comprendere il messaggio che ogni incidente tenta di trasmettere (SCOTTI, BRUTTI 1978: 20).

Dal 1971 il progetto dei CIM si trova in mezzo ai conflitti istituzionali tra Provincia e Comuni. La Giunta provinciale alla fine del 1971 invia una lettera riservata nella quale non vengono apprezzate le fughe in avanti, le innovazioni che si stavano consolidando. In breve, i servizi non dovevano anteporre il proprio protagonismo alle richieste degli utenti, dei lavoratori, degli enti locali. Avviene un ripristino dell'ordine ospedaliero: un padiglione dell'OP viene destinato al ricovero di subnormali, da non mescolare con gli altri ricoverati e altri due edifici sono destinati a case di riposo per anziani; vengono ricostituiti gli organici di reparto, frastagliati dal territorio, riproposta la figura del medico a tempo pieno. Si ripropone un interesse specialistico per i bisogni psichiatrici in età evolutiva, dal 1965 azzerato con lo scioglimento della neuro-psichiatria infantile di Carlo Brutti e l'inserimento del personale nei diversi CIM. Fu anche questo, come la psichiatria di settore, un programma attuato solo in parte, ma aumentò la distanza tra chi operava in ospedale e chi al di fuori.

Questo documento dell'amministrazione è il segno della fine dell'idillio tra politica istituzionale e politica psichiatrica militante. Nella precedente fase di costituzione dei servizi sul territorio, l'ospedale veniva rappresentato come un oggetto da distruggere, svuotandolo rapidamente di funzioni, di ricoverati e di personale. Ora è concepito come un oggetto da svuotare lentamente, riducendo gli spazi da gestire; solo nel 1996 questo processo avrà termine. Permangono le due linee teorico-pratiche che saranno approfondite a breve, quella di Carlo Manuali, con una posizione politico-sociale e anti-istituzionale radicale, per la quale ogni forma di psichiatria doveva essere negata e ogni forma di psicoterapia non poteva trovare spazio nella terapia psichiatrica, e quella di Francesco Scotti, Carlo Brutti e Ennio Dall'Aglio, secondo i quali la psichiatria doveva conservare una specificità: la sofferenza psichica esiste e deve essere curata da gruppi competenti e con adeguata formazione.

Il passo successivo dell'Amministrazione provinciale fu la stesura di un documento sui CIM che ne definisse la natura dei servizi. Una bozza del rego-

lamento venne discussa da sei assemblee popolari, dall'aprile al dicembre 1973. La documentazione dei vari dibattiti venne analizzata dall'Istituto di Etnologia e antropologia culturale dell'Università di Perugia e pubblicata negli *Annali di neurologia e Psichiatria* (GUAITINI 1974). Il regolamento venne approvato nel luglio del 1974. Il dibattito intorno ai servizi territoriali apre ad altre forze politiche ed autorizza i servizi ad entrare nel sociale, legittimandoli a contrattare nuove posizioni e nuovi sviluppi. In conclusione, il regolamento è stato più importante per legittimare il definitivo radicamento dei servizi nei territori piuttosto che come norma direttiva per i servizi. Precedette di 5 anni la legge 180 ed aveva uno spessore culturale notevolmente maggiore:

Al contrario della 180 che normava l'ignoto aprendo contraddizioni non ancora risolte, esso si appoggiava a una realtà sufficientemente stabilizzata. Ma non era in grado di preservarla in assenza di una volontà politica a difesa della realtà creata (SCOTTI 2021: 210).

La riforma sanitaria del 1978 introduce un nuovo decisore centrale, la Regione. Si apre inoltre un capitolo inedito nella storia della psichiatria con la legge sulle tossicodipendenze (Legge 22 dicembre 1975, n. 685), nella quale i CIM sono individuati dalla Regione come i centri medici e di assistenza sociale previsti per la loro capacità di agire nel territorio. Gli operatori non furono entusiasti della nuova attribuzione, perché già si consideravano oberati di lavoro e perché facevano notare che lo spirito della legge era quello di non assimilare i tossicodipendenti ai pazienti psichiatrici. Le dipendenze patologiche non erano certo fuori dal perimetro della psichiatria: gli alcolisti erano da sempre considerati pazienti psichiatrici. Ma le difficoltà incontrate con gli alcolisti si rivelarono poca cosa rispetto a quelle incontrate con i dipendenti da sostanze illegali e in questo caso gli operatori non poterono contare dello stesso sostegno sociale incontrato dai servizi psichiatrici territoriali. I nuovi utenti affollavano le sale di attesa dei CIM e i vecchi utenti si rifiutavano di mescolarsi a loro. Per la sua posizione centrale, uno dei tre CIM di Perugia divenne il maggior distributore di metadone della Regione. Fu solo alla fine del 1979 che la Regione si accorse di questa distorsione e verranno istituiti i due centri medico-sociali previsti dalla legge, integrati negli ospedali di Terni e Perugia. Nel 1991 furono istituiti i SerT.

Sulla legge 180/78 e la sua applicazione in Umbria, Francesco Scotti commenta che si trattò di una legge che ha delegittimato il manicomio promettendone la chiusura, ma non ha fornito le risorse per distruggerlo, come testimoniano del resto le tante strutture asilari che continuarono la loro

opera sino anche alla fine degli anni Novanta. In una situazione in cui, salvo pochissime eccezioni, il manicomio conservava tutta la sua forza, la legge ha comunque permesso un nuovo discorso sulla malattia mentale, liberando i pazienti dalla legge del 1904 e dalle norme che li privavano di ogni diritto civile. Evento eccezionale nella sanità italiana, la legge 180/78 prescriveva l'organizzazione in dipartimento dei servizi psichiatrici e di salute mentale, ospedalieri e territoriali. Con la creazione dei servizi di Diagnosi e cura viene posto un vincolo alla sperimentazione di forme di assistenza a tempo pieno contro il ricovero manicomiale (posti letto nei CIM e in reparto dell'ospedale civile). Ma è la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che contiene il vero atto di cambiamento della psichiatria perché la inserisce nel campo della sanità «limitandone grandemente (se non proprio eliminando completamente) la separatezza di cui aveva “goduto” negli ultimi anni Settanta» (ivi: 228). Un cambiamento che crea molte domande: i CIM sono servizi di base o specialistici? La legge regionale 65 del 19 dicembre 1979 sull'organizzazione del servizio sanitario in Umbria, compie una specie di scomposizione delle funzioni dei servizi, attribuendo ai distretti gli interventi di prevenzione individuale e collettiva, compresi quelli di igiene mentale, mentre altre azioni saranno attivate solo su richiesta dei distretti.

I servizi della rete di salute mentale difenderanno, contro diverse generazioni di programmatori, la propria specificità e la necessità di quei forti collegamenti tra loro che erano stati riconosciuti anche dalla legge 180 con l'introduzione dell'organizzazione dipartimentale del lavoro (ivi: 228).

Come sarà difesa una politica di salute mentale fatta di incontri popolari e assembleari che veniva trascurata dalle istituzioni. I centri di giorno e le strutture residenziali tra il 1990 e il 2000 avranno un ruolo sempre più importante, come i gruppi famiglia, preceduti da una sperimentazione iniziata fin dagli anni Settanta, con i pazienti dimessi dall'OP. Questo anche grazie alla collaborazione delle cooperative sociali, nate come concretizzazione degli stessi movimenti culturali e politici che hanno portato al rinnovamento della psichiatria.

Quale la collocazione di Perugia nel panorama della nuova psichiatria italiana? Se John Foot, nel suo libro *La repubblica dei matti* (2014) considera Perugia come l'esempio perfetto di lotta contro l'istituzione psichiatrica, riportando una frase di Ferruccio Giacaneli: «l'esperienza di Perugia è stata una delle più importanti, complesse, ricche e sofferte ma anche la più dimenticata» (FOOT 2014: 179) Francesco Scotti non indulge in giudizi, piuttosto documenta quanto è stato prodotto, quello che è accaduto ed

è stato pensato, ricordandoci che il movimento anti-istituzionale italiano non può tutto essere collocato sotto l'etichetta di 'basagliano', per la sua storia e le sue peculiarità. Mentre l'esperienza di Gorizia è stata trasferita da coloro che vi hanno lavorato in altre città italiane, questo a Perugia non è avvenuto, privilegiando il dialogo con il territorio piuttosto che quello con realtà fuori dall'Umbria, a scapito di una rappresentazione unitaria come diedero di sé Gorizia e poi Trieste. Scarsa fu anche l'adesione di perugini a Psichiatria Democratica. Si trattò, scrive Scotti di «una presenza leggera, attenta a non imporre modelli e a valorizzare le risorse e le esperienze di ognuno, favorendo le loro potenzialità» (SCOTTI 2021: 231). Nel confronto, occorre piuttosto riconoscere a Basaglia la priorità con il superamento dell'ospedale di Gorizia, mentre spetta a Perugia quella della costruzione di una rete di servizi sul territorio.

Scotti riporta una analisi del seminario, tenutosi a Impruneta il 16 settembre 1973 e coordinato da Tullio Seppilli, per la sua tipicità nel mostrare l'impossibilità di una unanimità all'interno del movimento di rinnovamento della psichiatria italiana. Ogni via percorsa proposta dagli intervenuti costruisce una propria legittimità nel produrre un cambiamento piuttosto che soffermarsi sull'efficacia e la tenuta delle innovazioni prodotte. Il seminario era rivolto al superamento delle istituzioni totali di Goffman per avviare un discorso sulla presa di coscienza dei meccanismi di istituzionalizzazione e della logica dell'internamento. La lunga relazione di Sediari che seguì, sulla situazione dell'OP di Perugia, costituì piuttosto una pietra di inciampo al dialogo, perché sembrò scritta apposta per suscitare le critiche di Franco Basaglia, che lesse in essa il ricollocare di nuovo l'ospedale al centro del nuovo sistema assistenziale. Esattamente il contrario di quanto era avvenuto a Gorizia, con un forte approccio politico ai problemi dell'esclusione e dell'emarginazione. Basaglia aggiunge:

Io penso che non sia possibile nessun lavoro esterno se non si è distrutto il cerchio istituzionale che agisce all'interno dell'ospedale; va distrutta l'immagine che il pubblico ha incorporato dell'istituzione psichiatrica. Questo io pongo come pregiudiziale a un lavoro che possa avere un significato, che sia realmente una rivolta pratica con significato politico (*ivi*: 233).

In qualunque istituzione psichiatrica, anche esterna, per Basaglia la problematica fondamentale resta quella che si crea all'interno dell'ospedale, a iniziare dalla divisione del lavoro tra infermieri e medici. Giovanni Jervis sottolineò i rischi legati alla riduzione della devianza psichiatrica a una mera teoria sociologica, perché la sofferenza del singolo esiste e richiede cura. Ed esiste inoltre l'impossibilità pratica di proporre istituzioni e orga-

nizzazioni psichiatriche che non siano funzionali al sistema e al mantenimento dell'equilibrio sociale esistente, quindi legate al sistema di dominio e di controllo sociale. Unica via di uscita da questo stallo è legare il lavoro psichiatrico a temi politici, come la prevenzione e il controllo popolare sulle organizzazioni psichiatriche. Anche Ferruccio Giacanelli aderisce all'idea del carattere di classe dell'istituzione manicomiale, che "raccolge gli scarti della lavorazione dell'industria della salute", dando risposte ma senza affrontare i problemi socio-strutturali alla base dei disturbi psichici. Agostino Pirella scorge nel dibattito in corso le stesse contrapposizioni degli ultimi anni tra chi persegue un lavoro antistituzionale, attraverso la demolizione delle istituzioni violente, e chi sottolinea i problemi che stanno fuori dalle istituzioni. Critica Jervis e Giacanelli come rappresentanti di questa seconda linea, perché non affrontano con chiarezza le contraddizioni sociali e il modo di affrontarle.

Tocca a Scotti la difesa d'ufficio di Perugia, ed è il tema dei bisogni che porta in primo piano. Sarebbe quindi più adeguato parlare di 'destrutturazione' a proposito dell'OP, perché esso risponde a una molteplicità di bisogni: solo riuscendo a distinguerli, a isolare quello dei vecchi, quello degli handicappati, quelli di altre situazioni particolari è possibile parlare di un bisogno psichiatrico che comporta parlare automaticamente di terapia, quindi della necessità di un intervento particolare la cui soluzione è diversa da altri tipi di bisogno. Scotti rileva come il discorso sulle potenzialità terapeutiche della psichiatria fosse un tema a quei tempi quasi tabù per la psichiatria radicale. Sottolinea come le «reciproche incomprensioni palesi nel seminario di Impruneta oggi quasi ci meravigliano. È stata suggerita l'ipotesi che, almeno in parte, fossero volute [...] frutto di una lotta per la supremazia sul movimento di autoriforma dell'istituzione psichiatrica» (*ivi*: 239).

In questa seconda parte, particolare attenzione viene quindi dedicata da Scotti a mettere in luce come la psichiatria perugina, nonostante la convergenza su una prassi condivisa, poggiasse su divergenze teoriche anche notevoli. Un contributo importante, perché mostra l'effervescenza, l'incoattività, le contraddizioni del periodo, che rischiano altrimenti di essere appannate dalla falsa opinione di una anti-psichiatria uniforme, tutta basagliana, e permette di apprezzare anche le direttrici di dissenso. Questo percorso di riflessione prende nuovamente avvio dalle dichiarazioni di Francesco Sediari nel 1970, allora direttore da cinque anni dell'ospedale psichiatrico di Perugia. Appoggiandosi sulla teoria critica della società della Scuola di Francoforte, Sediari si colloca in una posizione di mediazione

nel passaggio dal vecchio OP alla nuova organizzazione dei servizi nel territorio. La malattia mentale non modifica l'essere umano, suscitando invece nuovi interessi e la conoscenza di altri significati, invitando alla ricerca di nuovi mezzi terapeutici ed amplificando l'importanza del contesto relazionale, la valorizzazione della socialità contro alla enorme solitudine in cui il malato si trova. Benché Sediari sottolinei l'importanza del superamento della pratica custodialistica manicomiale, ritiene che il servizio extraospedaliero sia di incerta derivazione, o meglio troppo innovativo, una fuga in avanti rischiosa, in quanto rischia di privare l'OP delle capacità di promuovere nuovi mezzi terapeutici senza concepirne le possibilità di rinnovamento interne. Lo scopo di Sediari è quello di conciliare teoria e pratica: malattia ed esclusione sono i confini che una società utilizza per definire l'identità di alcuni che la compongono, e la critica ai valori storici va decisamente trasferita in sede politica, poiché «ad una organizzazione specifica non è consentito diventare rivoluzionaria in un contesto che non lo è». Essa deve restare nella concretezza.

Una tappa significativa di questo percorso teorico viene evidenziata attraverso un corso all'università di Perugia e da alcuni seminari per gli operatori della salute mentale tenuti da Michel Legrand, professore di psicologia sociale all'università di Lovanio, nel 1986. Scotti precisa che i contatti con i servizi avvennero in una fase in cui, dopo il consolidamento dei servizi territoriali e l'entrata in vigore della legge 180, si era acuita l'esigenza di elaborare teorie di riferimento. Legrand, considerato uno dei più autorevoli studiosi stranieri della nuova psichiatria in Italia, attribuiva ad essa una scarsa attenzione per la teorizzazione delle pratiche. Quindi negli incontri realizzati presso il centro di salute mentale, sollecitava gli interlocutori ad esplicitare gli apparati teorico-conoscitivi sottesi al significato che essi attribuivano a 'sofferenza psichica', 'devianza', 'malattia mentale'. L'ambiguità insita nell'uso di questi termini, di uso comune ma disomogeneo in Italia e a Perugia, secondo Legrand portava inevitabilmente a considerare il termine 'devianza', senza problematizzarlo nelle sue origini derivate dalla statistica, e nel suo uso sociologico relativo alla violazione di norme dominanti in una determinata società. Legrand, citando Scheff, suggeriva che quelle violate dal deviante sofferente psichico sono le 'norme residue':

La devianza residua è quel che resta della devianza dopo averla liberata da ciò che è etichettabile come devianza delinquenziale, da cattiva educazione e così via. Questo resto viene solitamente attribuito ad un disturbo psichico. Quel che definisce la devianza non è tanto la singola violazione della norma, quanto una abitudine, non accettata dalla cultura dominante. Quando

si dimostra che la maggior parte dei sintomi delle malattie mentali possono essere classificati sistematicamente come violazioni di particolari strutture normative di una cultura, allora questi possono essere tolti dal dominio degli eventi fisici universali che sarebbero indipendenti dalla cultura (SCHEFF 1974: 55).

La domanda con cui Legrand investe la psichiatria perugina è se sia possibile mantenere lo specifico psichiatrico della sofferenza (mentale) senza includerla nella malattia mentale e senza che, abolendo quest'ultima, crolli l'intero edificio della psichiatria e insieme della prospettiva di cura. Ma resta deluso, giudica le risposte ricevute insoddisfacenti, benché riconoscesse la particolarità del movimento perugino rispetto ad altri in Italia⁸. Gli interlocutori non accettavano l'idea che questi termini fossero da considerare pietre miliari per la ricerca e per la descrizione della pratica. Il commento di Patrizia Guarnieri nel suo lavoro di documentazione della storia della psichiatria perugina (1988:14) è di aver assistito in questa occasione a un dialogo tra sordi. Per Legrand, il giudizio complessivo è quello che la psichiatria ha scommesso su un'epoca 'che sta per morire', ovvero su un tessuto sociale di solidarietà e partecipazione collettiva, mentre la solidarietà collettiva si stava destrutturando e il tessuto sociale sfilacciando. Gli incontri, tuttavia, diedero l'opportunità di mettere in luce cosa i diversi gruppi che operavano a Perugia avessero in comune – oltre alla resistenza a collocarsi nello schema proposto da Legrand – e cosa li differenziasse. Si evidenziarono in tal modo le differenze già messe in luce fin dal 1971, quando avvenne il primo confronto sulle linee di rinnovamento, e che manifestarono due posizioni principali. Nella prima, legata al nome di Carlo Manuali, le peculiarità della sofferenza mentale hanno origine dall'addomesticamento storico e sociale dell'animale uomo che ne fa un individuo normale entro un tempo e una cultura specifica e che, per ragioni cognitive, fa ricorso a strategie organizzative interiorizzate. Quindi, la malattia può essere intesa come «una modalità specifica di organizzazione in determinate situazioni che possono essere di sofferenza, ma anche di rapporto con un evento» (MANUALI 1987: 242, cit. in SCOTTI 2021: 261). Egli definisce una teoria integralmente storica della malattia mentale, su fondamenti marxisti. La valutazione del bisogno psichiatrico deve poggiare quindi su quella delle condizioni sociali e storiche in cui esso emerge. Il passaggio più critico della teorizzazione appare quando Manuali definisce la natura del bisogno psichiatrico riferendolo alla classe sociale di appartenenza, e quindi affrontabile solo con iniziative collettive. In tal modo rifiuta ogni forma di negazione della malattia (tipica dell'antipsichiatria anche in chiave marxista), proponendo come ipotesi causale di essa le pressioni

normalizzatrici del contesto sul singolo: «la malattia mentale è la normalità nuda, il suo scheletro, la struttura formale più resistente, [...]» quindi non è pre-esistente alla cultura. Questo radicamento nelle condizioni storiche gli permette di espellere dalla pratica psichiatrica tutte le tecnologie psicoterapiche ad iniziare dalla psicoanalisi: esse gli appaiono fondate su una regressione e una ricostruzione che viene concepita come a-storica, una impossibile uscita dalle condizioni di esistenza contingenti. Curare vuol dire predisporre una serie di strategie perché la malattia non costituisca mai un fattore di regressione, retrocessione sociale e antropologica.

A questa posizione si contrappone l'altra, testimoniata dagli scritti di Carlo Brutti e Francesco Scotti (o gruppo di San Sisto): le pratiche in atto – il non ricovero, l'intervento domiciliare e nei luoghi di vita, la gestione sociale della follia – sono intese come le condizioni che rendono possibile la cura, non come la cura stessa. Già nel 1976 Brutti e Scotti riconoscevano che ogni sofferenza esistenziale corre il rischio di avviare una psichiatrizzazione del disagio. Mentre tutto sappiamo sulla psichiatrizzazione, poco o nulla di certo conosciamo intorno alle origini del disturbo psichico, ma abbastanza per dire che:

aver confuso l'origine dei disturbi psichici con l'origine dello statuto di malato mentale rappresenta uno degli equivoci del nostro tempo. I due processi, psichiatrizzazione e psicotizzazione, sono caratterizzati da sequenze differenti [...] Quando parliamo di psicotizzazione dobbiamo fare riferimento alla sequenza *bisogno-conflitto-terapia*: questa sequenza si presenta in un ordine inverso rispetto alla precedente, viene cioè ricostruita a partire da una richiesta di terapia (BRUTTI, SCOTTI 1976: 10 in SCOTTI 2021: 280).

A differenza della posizione di Manuali, la pratica psicoterapica è centrale, non separabile dalla lotta anti-istituzionale. L'accento è posto sulla contingenza delle teorie di riferimento, sulla loro molteplicità e la possibilità di combinarsi secondo necessità, garantendo elasticità e adattamento al mutevole contesto operativo, esaltando il rapporto dialettico tra teoria e prassi. Questo viene testimoniato nel capitolo 4 di questa seconda parte del testo, in cui Scotti colloca alcune pratiche originali e mette in evidenza come le scelte terapeutiche abbiano influenzato tanto l'organizzazione quanto l'orientamento di un servizio di igiene mentale, soprattutto nella scelta degli obiettivi prioritari. La prima pratica si riferisce alla cura dell'anoressia la seconda all'autismo infantile precoce: in entrambe viene aperto uno spazio psicoterapico condiviso, non separabile dal sostegno di altre tecniche e figure. Il sistema di cura era in continua evoluzione, anche per il confronto continuo all'interno del gruppo delle esperienze di tutti

i suoi componenti. Si potrebbe dire che questa costruzione progressiva di pratiche originali di terapia convergono tutte verso un pensiero maturo della complessità: le difficoltà che incontravano gli operatori erano della stessa natura di quelle dei genitori, degli insegnanti, degli adulti di riferimento. Da questa consapevolezza emerse la necessità di liberarsi da ogni rigidità di approccio. Rivendicando la fierezza di essere teoricamente ateo-rici, Scotti scrive che in quel momento bisognava *fare*.

Fin dall'inizio emergono tre esigenze: difendere l'empirismo operativo dall'essere un empirismo senza pensiero, evitare le teorizzazioni affrettate e dogmatiche e salvaguardare una provvisorietà nella teorizzazione che ne permetta l'evoluzione (SCOTTI 2021: 275).

Anche secondo Legrand il lavoro con il mondo interno del paziente (psicoterapia) non era concepito in alternativo con il lavoro nel sociale, né significava ritornare alla metodologia del controllo e creare una nuova dipendenza. Legrand parla di "riappropriazione trasformativa della cultura psicanalitica". Essa permetteva di rispondere ai bisogni di persone che non riuscivano a trarre benefici da altri interventi di stabilizzazione, nei campi delle psicosi, dell'adolescenza, dell'autismo infantile, dell'anoressia mentale.

Tanto è condivisa e documentata la storia della psichiatria di comunità umbra che Scotti ci restituisce, tanto in più punti del testo emerge come questa ricchezza di esperienze, questa complessità di percorso amministrativo, questa pluralità teorica siano una risorsa difficile da trasmettere. Chiudo a cerchio, ritornando all'aforisma di René Char, pensando non solo quanto sia difficile avere una eredità da trasmettere ma anche quanto sia più difficile in quelle situazioni, ovviamente legate alla psichiatria, in cui ci si trovi in un *entre-deux*, tra trasformazione e arroccamento sulla conservazione manicomiale. René Char viene citato in una delle sedute di Marie Rose Moro filmate nel film *J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*⁹ (2002). Idrissa non parla, rompe tutto quello che c'è in casa, è autistico. La sua famiglia, proveniente dal Mali, ha cercato anche là una spiegazione. Là dicono che esistono i muti ed esistono i folli, ma Idrissa non appartiene a nessuna di queste categorie, è un po' l'uno e l'altro. Tra i due. Tra due mali. Tra due paesi, due culture, due lingue. Come mettere radici in questo *entre-deux*? La madre di Idrissa rifiuta ogni trasmissione familiare e culturale, proiettata nel paese di arrivo. François, uno dei co-terapeuti, cita René Char, «Nous avons un héritage, mais nous n'avons pas de testament», per mettere in luce quanto è in gioco, ovvero l'impossibilità di ricevere ciò di cui non

si sa che fare. Allora mi viene in mente che questo *entre-deux* restituisce molto bene le vicende dell'ex-OP di Udine, e l'iniziativa che ha preso corpo tra il 2021 e il 2022, il progetto 'Heimat Museo. Archivio diffuso di storie ritrovate'¹⁰. Il progetto di conoscenza della storia della psichiatria a Udine ha preso avvio riaprendo la biblioteca storica dell'ex OP di Udine e valorizzando un archivio fotografico di oltre 5000 fotografie, dagli inizi del manicomio provinciale (1904) al lungo percorso di destrutturazione, conclusosi alla fine degli anni Novanta. Il manicomio di Udine rimase sospeso a lungo in un *entre-deux*, tra il rinnovamento delle vicine Gorizia e Trieste e il mantenimento dello status quo manicomiale ante riforma. Ma come fare radice, e quindi fare memoria, quando si è in un *entre-deux*? Come ereditare? Come trasmettere? Come mettere in voce e in fila testimonianze silenziate quando altrove, negli stessi anni, esse prendevano corpo, esistenza, coralità? Tra le immagini dell'archivio fotografico, spicca un fondo di un centinaio di foto scattate da un obiettore di coscienza, Pietro Bianchi, che nel 1976-77 si trovò con altri obiettori a svolgere il servizio sostitutivo alla leva nell'OP di Udine. Una conseguenza del terremoto in Friuli del 1976, che riconosceva la possibilità di svolgere un servizio alternativo ai residenti in leva militare¹¹ e che in qualche modo fu anche antesignana del servizio civile. I miei coetanei in quegli anni di solito finivano nel carcere militare. Visto che istituzione totale (il carcere militare) fa rima solo con un'altra istituzione totale (il manicomio), venne loro permesso di svolgere l'alternativa al servizio di leva nel padiglione 10. C'erano due reparti "duri" all'OP di Udine, con funzioni di isolamento e di alta sorveglianza (celle di isolamento piccole, uso frequente della contenzione, elettroshock, assenza di biancheria, posate in metallo eccetera): il reparto 9 per "donne agitate" e il reparto 10 maschile, per 'irrecuperabili' – forse per alcuni versi simile al Padiglione Valiano, di cui Scotti racconta la 'liberazione' nel 1969. Presso il reparto 10 vennero internati anche pazienti molto giovani, di cui alcuni con gravi disabilità mentali. A metà anni Settanta il reparto era diretto dallo psichiatra Rodolfo Tesei che tentò di cambiarne le condizioni disumane. Accolse per questo motivo nel 1976 un gruppo di obiettori di coscienza che iniziarono un lavoro di socializzazione con alcuni dei pazienti stigmatizzati come "irrecuperabili". Senz'altro, come scrive Scotti, la relazione da sola non è sufficiente come attività di terapia e riabilitazione, ma fu un inizio che dimostrò come talvolta si può rendere superflua la contenzione fisica¹². Come in questa foto, dove vediamo Lucio Eicher Clere 'contenere' abbracciando Beppino. Beppino ogni tanto aveva manifestazioni comportamentali esplosive, sia che fosse arrabbiato, sia che

fosse felice, e scagliandosi contro suppellettili o finestre a volte si faceva male (vedi la mano fasciata).

Spero che a Francesco Scotti questa eco al suo fare memoria della psichiatria in Umbria con la più dimenticata ‘fase sperimentale’ entro all’OP di Udine non dispiaccia.

Note

⁽¹⁾ L’aforisma di René Char (1946) è posto anche come esergo di Hanna Arendt (1991).

⁽²⁾ Francesco Scotti, psichiatra, ha partecipato all’affermazione di una psichiatria di comunità in Umbria per tutto il periodo descritto in questo Quaderno (1970-2010), contribuendo alla chiusura del manicomio, alla costruzione dei servizi di territorio, allo sviluppo di nuovi orizzonti terapeutici per i disturbi mentali gravi. Cofondatore nel 1978 e co-direttore fino al 1992 dei “Quaderni di Psicoterapia Infantile”, Direttore scientifico della sezione Psichiatria degli “Annali di neurologia e psichiatria” dal 1996 al 2000. Tra le sue pubblicazioni: *Psichiatria e democrazia* (De Donato 1976), *Quale psichiatria?*, in due volumi (Borla 1980-1981), *Osservare e comprendere* (Borla 2002).

⁽³⁾ Scritto tra il 1965 e il 1970, *Trasumanar e organizzar*, oltre all’impegno “civile” ha una straordinaria carica innovativa. In questa raccolta Pasolini rompe con la tradizione del verso fonoprosodicamente corretto e con le sue convenzioni (come il gruppo di Perugia rompe con la psichiatria manicomiale e le sue convenzioni). La poesia per Pasolini è segno dell’uomo, suo individuale atto di libertà, luogo della sua verità. “Trasumanar per verba” sono tre parole tratte dal primo canto del Paradiso. Riscritta per il nostro tempo, per Pasolini e in questo testo, *trasumanar* significa uscire dalle condizioni umane date e quindi *organizar*, radicare nella pratica un progetto ordinatore, tra l’itinerario metafisico dantesco e il “Corpo”, il “pragma”, le azioni e gli atti della contingenza (la polis gramsciana), con l’urgenza e gli obiettivi pratici quali sembrano emergere e organizzarsi alla fine degli anni Sessanta.

⁽⁴⁾ Ferruccio Giacanelli era allora impegnato nella campagna di interviste per la ricerca sulla psichiatria rinnovata in Umbria, dalla quale nacque il *Quaderno 1* della Collana ‘SMAS. Studi e Materiali di Antropologia della Salute’; vedi Ferruccio Giacanelli (2014). Gli intervistati, Andreina Cerletti e Francesco Scotti erano entrambi presenti a Perugia dal 1967, *ivi* trasferitisi da Roma.

⁽⁵⁾ Da qui in poi CIM.

⁽⁶⁾ Poi abolite con la legge 517/1977.

⁽⁷⁾ Si veda, ad esempio, l’ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Sant’Osvaldo a Udine, realizzato tra il 1903 ed il 1904 su un sedime di 50 ettari. La “Colonia Agricola” che garantiva l’auto-sussistenza del complesso asilare si estendeva su una consistente porzione dei 32 ettari oggi occupati, sin dagli anni Ottanta, dall’Azienda Agraria dell’Università di Udine ‘Antonio Servadei’. Il complesso costituisce uno dei maggiori insediamenti asilari in Italia (ne sono stati individuati 18 di estensione superiore ai 20 ettari tra i quali, in Friuli Venezia Giulia, figura il complesso di San Giovanni a Trieste).

⁽⁸⁾ Legrand attribuisce a Basaglia (e poi a Rotelli a Trieste) l'idea che esista solo una forma di sofferenza che diventa psichiatrica quando incontra istituzionalizzazione e codificazione.

⁽⁹⁾ Film francese di Laurence Petit-Jouvet, prodotto da Abacaris Film, 2002, documentario, 53 min. Comprende una intervista con Marie Rose Moro. Il testo francese recita: «Idrissa ne parle pas. Il casse tout, vide les armoires et déchire les livres. La voix dit: *En France, on dit qu'Idrissa est autiste. Son père dit qu'en Afrique, il y a les muets et les fous. Il dit qu'Idrissa n'est ni l'un ni l'autre, mais un peu des deux. Entre les deux. Entre deux maux. Deux pays. Deux cultures. Deux langues. Mais comment prendre racine dans cet entre-deux? Dyouma [la madre di Idrissa] refuse toute transmission familiale et culturelle. Nous avons un héritage, mais nous n'avons pas de testament. Citant René Char, François, l'un des analystes, tente de mettre en lumière ce qui se joue ici: l'impossibilité de recevoir ce dont on ne sait que faire. Comment hériter? Comment transmettre? Dans cet espace clinique hors du commun, où peuvent se rencontrer l'ailleurs et le maintenant, tout est à inventer».*

⁽¹⁰⁾ Promosso dalla Cooperativa Varianti, e curato da Kirstem Maria Düsberg e dal regista Paolo Comuzzi, il progetto ha avuto come partner e collaboratori: Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Università degli Studi di Udine, Comune di udine – Museo Etnografico e Biblioteche comunali, UTI Val Canale Canal di Ferro – Museo Etnografico di Malborghetto, Museo SMO San Pietro di Natisone, Museo della Mente Roma, Museo della psichiatria della Sassonia di Lipsia (Germania), Cooperative Duemilauno Agenzia Sociale, COSM, Itaca; Associazioni Arum e Vicini di Casa.

⁽¹¹⁾ Cfr. legge 30 ottobre 1976, N. 730, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 1976, N. 648, concernente interventi per le zone del Friuli-Venezia Giulia colpite dagli eventi sismici dell'anno 1976.

⁽¹²⁾ Per il progetto "Heimatmuseum. Archivio diffuso di storie ritrovate" nel 2021 è stata registrata la testimonianza di uno degli ex-obiettatori di coscienza, Diego Lavaroni. Insieme a Lucio Eicher Clere ha pubblicato nel 1998 il libro *Irrecuperabili. Storie del reparto 10* (Kappavu, Udine) con alcune delle foto di Pietro Bianchi per ricordare quella esperienza e le storie delle persone.

Bibliografia

ALEXANDRE S. (2009), «*J'ai rêvé d'une grande étendue d'eau*», "Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires", 1282 [consultato online il 22 ottobre 2022]; <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/476>.

BRUTTI C., SCOTTI F. (1976), *Psichiatria e democrazia. Metodi e obiettivi di una politica psichiatrica alternativa*, De Donato, Bari.

BRUTTI C., SCOTTI F. (1980), *Editoriale N. 3*, "Quaderni di Psicoterapia infantile", *Autismo I*, pp. 11-17.

CHAR R. (1946) *Feuillets d'Hypnos*, Gallimard, Paris.

FLAMINI S., GIACANELLI F., POLCRI C., SEPPILLI T. (2008), *Dossier di interviste in profondità*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, Perugia.

FOOT J. (2014), *La repubblica dei matti. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.

GIACANELLI F. (2014), *Nascita del movimento antimanicomiale umbro*, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, SMAS Studi e Materiali di Antropologia della Salute.

GUARNIERI P. (1988), *Per una storia della psichiatria anti-istituzionale*, "Annali di Neurologia e Psichiatria", 92, supplemento al fascicolo 2.

GUAITINI G. (a cura di) (1974), *Le assemblee popolari sulla politica psichiatrica dell'Amministrazione provinciale di Perugia*, Amministrazione della Provincia di Perugia, Documento 1-1.

HARENDT H. (1991), *Tra passato e futuro*, Garzanti, Milano.

MANUALI C. (1987), *Problemi della nuova psichiatria in Italia*, "Quaderno di Psicoterapia Infantile", 15: 241 e ss.

SCHIEFF T. (1974), *Per infermità mentale, una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano.

SCOTTI F., BRUTTI C. (1978), *Politica e pedagogia: la gestione sociale nelle Scuole di infanzia comunali di Foligno*, pp. 19-23, in *Guida alla mostra-proposta del Convegno nazionale: dal bambino manipolato al bambino protagonista*, Comune di Foligno, Foligno.

Scheda sull'Autrice

Donatella Cozzi, nata a Udine il 22 giugno 1957, insegna antropologia culturale all'Università di Udine. Nel suo percorso si è occupata di depressione mentale (*Le imperfezioni del silenzio*, Roma-Acireale 2007), passaggi di età e medicalizzazione della preadolescenza (*Mad, Sad and Hormonal. Riflessione sul corpo dei preadolescenti e la costruzione dei discorsi medici*, "AM. Rivista della società italiana di Antropologia medica", 35-36, ottobre 2013; *Risky, Early, Controversial. Puberty in Medical Discourses*, "Social Science and Medicine", 143, 2015), del controverso concetto di Sindrome Italia (*Devozioni domestiche. La Sindrome Italia come forma di legittimazione sociale e cittadinanza biologica*, in Mazzeo R., a cura di, *Immigrate. Tra gabbie esteriori e interiori il potenziale trasformativo di sé e del mondo*, Milano-Udine 2021). Si occupa di antropologia medica e antropologia applicata ai contesti educativi e formativi.

Riassunto

«Trasumanar e organizzar». Sulla Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria di Francesco Scotti

Francesco Scotti è stato uno dei protagonisti del superamento dell'istituzione manicomiale e della creazione dei servizi territoriali in Umbria, una esperienza di grande forza innovativa che precede quando verrà poi realizzato con la legge 180/78. Nel libro *Nascita e evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria* egli presenta le tappe della psichiatria di comunità dal 1970 al 1990.

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

Resumen

«Trasumanar e organizzar». Nacimiento y desarrollo de una psiquiatría de comunidad en Umbría

Francesco Scotti es uno de los protagonistas de la de-institucionalización asilar y de la creación de los servicios de salud mental en la Umbría, una experiencia de grande fuerza innovadora que anticiparon lo que a sido realizado con la Ley 180/78. En el libro *Nacimiento y desarrollo de una psiquiatría de comunidad en Umbría* el Autor presenta las etapas de la psiquiatría de comunidad de 1970 hasta 1990.

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

Résumé

«Trasumanar e organizzar». Naissance et évolution d'une psychiatrie de communauté en Ombrie

Francesco Scotti a été l'un des protagonistes du dépassement de l'hôpital psychiatrique et de la création des services dans le territoire en Ombrie, une expérience fortement innovante qui a précédé ce qui sera réalisée avec la Loi 180/78. Dans le livre *Naissance et évolution d'une psychiatrie de communauté en Ombrie*, L'Auteur présente les étapes de la psychiatrie de communauté dès 1970 à 1990.

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

