

DAL MANICOMIO ALLE SOCIETÀ DELLA SALUTE: UN PERCORSO CRITICO ATTRAVERSO LE POLITICHE PER I MINORI

Maria Pia Teodori* e Sandra Rogialli**

Riassunto: Si ripercorrono alcuni momenti della deistituzionalizzazione dei minori, che ha interessato il manicomio, i vari tipi di istituti, compresi quelli di educazione speciale e le classi differenziali, esaminandone gli assunti metodologici. Il processo di superamento ha portato a leggi significative che hanno delineato il sistema italiano di welfare.

Oggi si tratta di saperne cogliere i limiti, con un'analisi dei nuovi livelli di istituzionalizzazione che producono esclusione sociale, di leggere le vecchie e nuove forme che ha assunto la sofferenza dei bambini e degli adolescenti. Si esamina la proposta delle società della salute toscane come possibilità per ridefinire percorsi di inclusione attraverso una stretta integrazione tra sistema dei servizi sanitari e sociali, la presenza delle comunità locali, degli amministratori e della politica, nel suo senso migliore, come protagonisti di questa sfida.

Parole chiave: Deistituzionalizzazione, minori, istituti speciali, classi differenziali, scuola, infanzia, adolescenza, disturbi del comportamento alimentare, suicidio, sindrome di Hikikomori, Società della Salute, Arezzo, Parma, Regione Toscana

I bambini in manicomio e gli istituti per minori prima della riforma

Quando abbiamo cominciato a lavorare dentro i manicomi, vi erano ricoverati con la diagnosi di “pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo”, bambini anche di tre anni che avevano in comune l’essere figli di persone disagate. Alcuni erano nati proprio in manicomio, figli di donne ricoverate che avevano avuto rapporti con altri degenti (ma non solo...), altri vi venivano “rinchiusi” perché, avendo sviluppato problemi di comportamento, non venivano più accettati dalle proprie famiglie, già provate da povertà e marginalità.

La situazione di questi minori all’interno dei manicomi era ancora più drammatica di quella degli altri ricoverati; infatti la loro condizione di “debolezza” li esponeva ad essere oggetto di violenze fisiche e sessuali, anche da parte degli altri ricoverati, nella conferma di un circuito di abbruttimento e sopraffazione a catena così come descritto da Primo Levi e da Bruno Bettheleim nei lager nazisti.

All’inizio del lavoro di deistituzionalizzazione, paradossalmente, è stato più difficile per loro - piuttosto che per i degenti più vecchi - costruire progetti alternativi sul territorio. Infatti, mentre in questi ultimi è stato possibile risvegliare emozioni ed interessi antichi, a volte addirittura qualche legame, per i “ragazzini”, mai cresciuti, il prima era solo l’aridità del manicomio.

La mancanza di un minimo di accudimento affettivo, in momenti cruciali della crescita, ha loro impedito di utilizzare solo una minima parte delle capacità pur possedute.

D'altra parte all'inizio degli anni '70 gli istituti per minori, collegi e orfanotrofi (di vario tipo: religiosi, di enti previdenziali, degli enti locali), che avevano visto il loro "periodo migliore" nell'immediato dopoguerra, erano di nuovo pieni di bambini e bambine provenienti da famiglie povere o disagiate, appena lambite dal "miracolo italiano", da famiglie di migranti sulla rotta sud-nord Italia, o dalle campagne verso le città, con la necessità di affidare i propri figli a chi era in grado di garantire loro forme di assistenza elementare, incentrata sulla soddisfazione di alcuni bisogni essenziali di base, senza nessuna particolare richiesta culturale ed educativa. Alcuni, ammantati della denominazione di istituti medico- psico-pedagogici, spesso contigui, anche fisicamente, all'ospedale psichiatrico, avevano accolto tutte le forme di handicap, disagio o devianza minorile, diventando di fatto puri contenitori del malessere e sofferenza di un'infanzia svantaggiata.

L'attenzione della società civile e delle comunità locali viene ripetutamente richiamata sulle condizioni estreme in cui versa l'infanzia in alcuni istituti, attraverso scandali e denunce, di cui ancora oggi si conserva memoria, per l'eco avuto e gli strascichi giudiziari che hanno prodotto.

Alle politiche degli enti locali, che entravano nel merito della gestione dei servizi di loro competenza, sulla spinta delle stimolazioni culturali ereditate dal '68, le condizioni dell'infanzia in istituto, efficacemente denunciate da Mario Tommasini, assessore a Parma, e alla coscienza e all'immagine di sé di un Paese che si andava velocemente modernizzando, anche nelle istituzioni totali e della normalità, uno scandalo come quello dell'istituto per minori della Pagliuca, agli inizi degli anni '70, ha rappresentato un livello non tollerabile di gestione e trattamento dei minori con handicap ed accelerato un processo di superamento dell'istituzionalizzazione dei minori abbastanza generalizzato, portato avanti in tempi relativamente brevi, (se confrontato ai tempi di apertura /chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici), con il conseguimento di obiettivi e la definizione di alcuni modelli operativi di base ancora oggi condivisi in quasi tutta la realtà italiana.

Pur se non sono da mettere sullo stesso piano delle istituzioni totali di cui sopra, anche gli Istituti di Educazione Speciale (compresi quelli per non vedenti e non udenti, allora detti ciechi e sordomuti) e le Classi differenziali per minori portatori di handicap erano un importante tassello del circuito dell'esclusione sociale.

Coloro che avevano ritmi di apprendimento più lenti o semplicemente diversi, venivano espulsi dalla scuola "normale" ed avviati ad istituti o classi speciali dove venivano raggruppati omogeneamente a seconda del problema presentato. A questo punto l'obiettivo da raggiungere era, già de iure, inferiore a quello dei coetanei. Ogni scuola

o istituto speciale individuava e gestiva alcuni sbocchi nell'ambito lavorativo che riguardavano solo alcuni degli allievi, e che comunque rimanevano confinati in settori artigianali di supporto. La maggior parte di coloro che uscivano da questo circuito formativo rimaneva a totale carico delle proprie famiglie d'origine, o ad istituzioni socio-sanitarie pubbliche (quelle di cui sopra) in mancanza di supporto familiare.

Deistituzionalizzazione dei minori

La messa in discussione delle istituzioni totali, a partire da quella manicomiale, è stata possibile attraverso l'attuazione di politiche concrete che si basavano su alcuni assunti metodologici di base:

- la “presa in carico individualizzata”: ogni persona è diversa dall'altra ed è fondamentale partire dalla sua biografia per ricostruire e definire qualsiasi percorso terapeutico;
- l'attenzione alle capacità presenti piuttosto che ai deficit e, di conseguenza, la lotta contro gli specialismi fini a se stessi;
- l'utilizzo delle conoscenze dell'educazione speciale come modalità specifiche per facilitare apprendimenti in caso di deficit sensoriali o cognitivi, metodologie utili anche ai ragazzi “normali” per rinforzare le basi sensoriali dell'apprendimento. Da qui l'integrazione dei ragazzi con problemi nella “Scuola di Tutti”;
- la valorizzazione del lavoro di rete, coinvolgendo genitori ed insegnanti, considerati una preziosa risorsa, nella coprogettazione dei percorsi abilitativo/riabilitativi dei loro figli/allievi;
- la messa in discussione della Diagnosi Specialistica usata come descrizione/prescrizione di un destino, “infausto” la maggior parte delle volte, piuttosto che come strumento di analisi di un bisogno a cui rispondere;
- la messa in discussione delle prescrizioni di psicofarmaci per controllare il comportamento e degli esami neurologici (come l'elettroencefalogramma e le nuove tecniche di brain imaging) non utili a dare indicazioni di trattamento nel caso di problemi di comportamento;
- La messa in discussione delle teorie sull'etiopatogenesi delle malattie psichiche che individuavano nelle famiglie, e soprattutto nelle madri, le principali “colpevoli” dei problemi dei figli;
- La costruzione/mantenimento delle reti relazionali con i coetanei, anche al di fuori dell'ambito scolastico e l'attenzione alle attività di tempo libero.

Tutto questo fu reso possibile dal forte supporto che le Amministrazioni Locali e la Politica, anche sindacale, dettero a questa metodologia di lavoro, includendola nelle politiche di governo dei territori da loro amministrati.

La lotta contro l'emarginazione sociale si era di fatto trasformata in una politica di inclusione/integrazione sociale.

La partecipazione della Politica, fu così determinante, che portò in pochi anni ad un

fiorire di modificazioni legislative del settore che ancora oggi disegnano il welfare italiano.

Vennero approvate leggi come la 180, la 833, la 517, la 402, la legge sulle tossicodipendenze, la 194, la legge sui consultori, le leggi regionali sugli asili nido ...

In quegli anni si sono rinforzate e/o costruite le basi del cosiddetto "capitale sociale", cioè quanto legato alla percezione dell'area locale, delle relazioni costruite nel proprio contesto di vita, da parte dei suoi cittadini; tema oggi proposto con forza dall'OMS per la forte influenza che gli viene riconosciuta sulla salute e sul benessere dei cittadini.

Le attuali politiche di Sviluppo Umano, perseguite dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, riprendono molti dei contenuti metodologici elaborati in quegli anni.

Istituzionalizzazione subliminale

Nel corso degli anni il circuito dell'esclusione sociale per l'infanzia e l'adolescenza ha ripreso forza e investito vecchi soggetti (figli di single/madri nubili e tutta l'area della disgregazione familiare, in condizioni di povertà materiale e culturale, senza supporti relazionali e sociali - separazioni conflittuali, maltrattamenti ed abusi su coniugi e minori, trascuratezza grave e non assolvimento dell'obbligo di assistenza) ed ha individuato nuovi soggetti, tutti tragicamente esclusi dall'accesso a forme di socialità/socializzazione fondanti anche per l'identità individuale (figli di uno - o ambedue i genitori - tossicodipendenti, malati di mente, immigrati clandestini o al limite della legalità...). E anche tutti i percorsi differenziati per tipologie di problema (disturbi generalizzati dello sviluppo, affettivi e relazionali, cognitivi, neurologici e sensoriali) finiscono per designare una popolazione in età evolutiva con difficoltà di inclusione nei normali percorsi educativi e di vita.

I modelli d'intervento e le metodologie di lavoro che traevano la forza dalle esperienze innovative e dalle buone pratiche ed i servizi educativi, sanitari e sociali che sono nati a partire dalle programmazioni regionali e locali, costellate di buone intenzioni, hanno subito un'involuzione trasformandosi in nuove istituzioni *sclerotizzate* sulla difesa dell'esistente (anche quando di tratta di risorse minime), *autoreferenziali* (senza connessioni con la comunità e le sue relazioni significative, con rapporti tra enti e servizi giocati sulla difensiva, senza verifiche condivise sul modo di operare) che utilizzano *modelli rigidi* confezionati sulle regole *dell'appartenenza corporativa* (a scuole o professioni specifiche) .

Nei servizi per l'infanzia e l'adolescenza questo scenario si può intravedere attraverso:

- la frammentazione dei servizi che si occupano di minori (scuola con propri consulenti, sportelli, centri ascolto, enti locali con propri consulenti, centri, servizi, sportelli per le diverse età, asl con diversi servizi, con vari e diffusi modelli organizzativi, competenze, professionalità, spesso non in dialogo tra loro, con il rinvio o rimando delle situazioni multiproblema che non rientrano nella tipologia di utenza, per la

- quale ognuno si autodefinisce competente) la pluralità delle risorse non diventa valore aggiunto né al progetto individuale, né costruisce un progetto per la comunità;
- lo iato tra il programmato, enunciato ed asserito ai diversi livelli politici ed amministrativi e quanto effettivamente investito nell'operatività quotidiana;
 - la disomogeneità e parzialità delle risorse disponibili complessivamente dedicate ai minori;
 - la prevalenza di interventi di tipo assistenziale di puro intrattenimento, ad esempio, assistente scolastico invece di insegnante di sostegno per il bambino con certificazione scolastica, o volontario, del servizio civile, per attività extra scolastiche, laddove ci sarebbe bisogno di interventi di presa in carico e cura in situazioni complessivamente e drammaticamente sofferenti.

A questo livello il rischio è quello di erogare prestazioni “tarocate...” “...al posto di...” o di offrire interi servizi “taroccati”, che si limitano alla valutazione diagnostica o del bisogno, cui non segue una risposta tempestiva, adeguata.

Nuove forme di istituzionalizzazione, più parcellizzate e subliminali si ritrovano in attività minuziosamente definite da protocolli e accordi di programma tra le diverse istituzioni, come ad esempio quelli relativi alle certificazioni scolastiche per alunni portatori di handicap e con difficoltà di apprendimento.

Gli incontri scuola-servizi-famiglia all'inizio e alla fine dell'anno, necessari per programmare l'intervento didattico-educativo e verificare l'iter scolastico del bambino (i così detti PEI, progetti educativi individualizzati), si sono trasformati, in molti casi, in una penosa ritualizzazione fine a se stessa, vuota di contenuti, con obiettivi imprecisati o smarriti, che finisce per determinare l'andamento “stagionale” dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

La preoccupazione di limitare l'abuso della certificazione o l'impropria estensione anche a situazioni di svantaggio sociale e culturale, che si è posta e riproposta ciclicamente all'attenzione degli operatori per le conseguenze immediate e di lungo periodo, sul bambino e la famiglia, è stata interpretata a livello ministeriale come ulteriore possibilità di risparmio, per la riduzione del numero degli insegnanti di sostegno necessari e l'aumento degli alunni per classe, l'iter burocratico per arrivare alla certificazione scolastica è stato sottratto al singolo professionista ed affidato ad una “apposita” commissione a livello di asl (in genere la c.d. commissione invalidi e /o della legge 104).

Altro elemento che leggiamo come segnale di un' involuzione - che sta caratterizzando i servizi per l'infanzia in questi anni - è la rivincita degli specialismi, con l'attenzione focalizzata ad aspetti sempre più parziali e selettivi del comportamento umano e della sofferenza individuale, interessati più alla collocazione professionale dei singoli operatori che come offerta di prestazioni differenziate ed adeguate alla necessità che hanno il bambino e la sua famiglia in quel momento particolare. È spesso, infatti, per i piccoli

pazienti che si propongono con più forza vecchie e nuove proposte di terapie di dubbia efficacia, cercando quest'ultime un riconoscimento formale (con i relativi finanziamenti) quale prestazione sanitaria-riabilitativa, o almeno socio-assistenziale.

Le tecniche utilizzate rappresentano molte varietà della flora e fauna presente in natura. (Accanto alla più blasonata ippoterapia, si propone, per i piccoli pazienti, la onoterapia, ecosostenibile, che rivaluta l'asino e lo salva dall'estinzione!).

Anche se queste pratiche possono incontrare il favore delle famiglie - in condizioni di bisogno ci si accontenta anche delle più elementari relazioni offerte al proprio figlio o congiunto - occorre essere attenti a non inserire i bambini in circuiti paralleli, con una socializzazione fittizia ed artificiale.

Infanzia estrema

I telegiornali la sera e i giornali al mattino hanno in questo periodo i titoli di apertura su bambini, bambine e adolescenti vittime o protagonisti di fatti violenti; all'iperprotezione, tipica della famiglia nucleare, oggi sempre più impaurita dallo spirito del tempo, che ha fatto della sicurezza individuale, *contro tutti*, la base delle relazioni sociali, si offre un rinforzo potente e maggiori motivi per isolarsi nell'accompagnare la crescita del figlio, costellata di paure, verso l'autonomia e l'indipendenza.

D'altra parte, il disagio e la sofferenza nei ragazzi e ragazze trova nuove vie e forme di espressione sintomatica, che allarmano per l'alto contenuto di violenza espressa e agita verso se stessi - il suicidio come seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali, i disturbi del comportamento alimentare - e gli altri: fenomeni come il bullismo violento, giovanissimi tifosi ultras, ecc.

Quando non apertamente e direttamente violenti, i sintomi rivelano spesso componenti inquietanti che disarmano e sconcertano adulti poco attenti ai fenomeni che riguardano i propri figli: dipendenza da videogiochi, rapporto esclusivo e relazioni col mondo attraverso il computer (sindrome di Hikikomori), video-telefonini come appendici del corpo, estremizzazioni di un *apparire*, che, rispetto alle fantasie adolescenziali delle generazioni precedenti, passa dalla mente/pensiero del singolo allo schermo degli altri, trasformandole immediatamente in qualcosa di realistico, per cui la relazione non è più legata alla presenza fisica, reale, ma a un virtuale che diventa quasi magico.

Eppure, alla fine, la sofferenza delle bambine e dei bambini, degli adolescenti, parla sempre lo stesso linguaggio: bisogni di amore, di stima, riconoscimento sociale, autentici e attenti alla sostanza più che alle apparenze: spesso i bambini soffrono della conflittualità distruttiva dei genitori, della rigidità sterile dei ruoli, dal blocco delle comunicazioni familiari. Non sono aiutati nemmeno con richieste continue di prestazioni e performance elevate, con una vita quotidiana giocata sul fare sempre più e meglio degli altri, anche qui *contro qualcuno*. Non sono aiutati da una scuola troppo impegnata a ridefinire e riformare costantemente se stessa, con la difficoltà di offrire punti di riferimento stabili, dotati della necessaria tranquillità e sicurezza, ma hanno

bisogno di insegnanti non frustrati nel proprio ruolo, capaci di proporre una visione aperta e critica sul passato, lungimirante e fiduciosa sul futuro.

Alla fine emarginati e poco partecipi del gioco sociale, che si svolge in un altrove in cui spesso non possono entrare, i ragazzi e le ragazze si inventano sempre nuove forme di protagonismo. Se si costruiscono *insieme agli altri, per gli altri* possono assumere anche carattere antagonista dei comportamenti condivisi dalla famiglia e dal gruppo sociale di riferimento, ma servono loro per crescere, invece se rimangono solo ribellione individuale contro tutto e tutti, a volte i prezzi da pagare sono altissimi e molto dolorosi.

Le Società della Salute: una possibilità per rilanciare l'inclusione sociale

La Regione Toscana, in questi ultimi anni, ha scelto di rilanciare la cultura dell'integrazione dei sistemi sanitario e sociale attraverso una soluzione organizzativa, le Società della Salute, Consorzi pubblici, senza scopo di lucro, i cui titolari sono le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni. Le SdS hanno come finalità principale la salute ed il benessere sociale della comunità e non solo l'offerta di servizi e prestazioni, e si propongono di favorire la partecipazione dei cittadini (attraverso le loro rappresentanze istituzionali ed associative) nella individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione delle scelte sui servizi sociosanitari.

Se seguiamo il filo delle politiche per i minori le SdS, pensate come una struttura socio-sanitaria territoriale di governo globale e integrato dei percorsi terapeutico-assistenziali, più vicina ai bisogni di questi cittadini e delle loro famiglie, hanno dovuto garantire la programmazione congiunta, tra Asl ed Enti Locali delle politiche e dei servizi. Si sta lavorando alla costruzione di un Punto Unico di Accesso territoriale, cui i cittadini possano far riferimento, senza dover "peregrinare" tra i vari servizi, così come si sono messe a punto procedure che vedano l'integrazione dei vari operatori che, in relazione al bisogno prevalente in un determinato momento, svolgeranno per il minore e la sua famiglia, il ruolo di "case manager", o meglio tutore.

In continuità con quanto segnalato nel paragrafo precedente, non possiamo, né vogliamo, nascondervi le attuali criticità che sono legate:

- alla scarsità di risorse umane (negli anni le varie Leggi Finanziarie che si sono susseguite, impedendo il turn over del personale, hanno fortemente ridotto il numero di operatori del settore);
- ad una situazione, che potremmo definire, di burn out di chi aveva partecipato con impegno personale a costruire progetti poi resi problematici dalla scarsità di risorse di cui sopra;
- ad una conseguente ripresa di forza di specialismi che garantiscono sicurezze, se pur restrittive, a fronte del continuo mettersi in gioco richiesto da modelli più flessibili e attenti a seguire l'intensità del bisogno degli utenti;
- ad una organizzazione del lavoro certa e ripetitiva;

Tutto questo rischia di far vedere l'utente e la sua comunità come controparte invece che come preziosa risorsa, nonché come committente/titolare della risposta.

Una presenza più attiva degli amministratori locali e il rientro in gioco della Politica, per garantire ai cittadini il governo della comunità e dell'ambiente finalizzato a concreti e misurabili obiettivi di benessere biopsicosociale ed a una tutela della qualità dell'ambiente, rappresenta un motore ed uno stimolo potente per superare le criticità tuttora presenti, ed è una sfida di nuovo interessante da accettare.

Bibliografia

- AA VV: Dibattito sulla scuola media D. Birago di Milano. Riunione della rivista FDI 5/6/1971, in: Tranchina, Pirella: *Matrici* CDP 2000 (FDI N°186) p.153-167
- AA VV: Inchiesta sull'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone (Milano) FDI N°11, 1974 p.1-16.
- AA VV: **Contro l'uso capitalistico della scuola** FDI N° 7, 1973 Numero Monografico
- AA VV: Dibattito sulla scuola. Riunione dei FDI Milano 8/9/73 FDI N°10, 1973 p 422-448.
- AA VV: Dibattito sulla scuola, Riunione dei FDI Arezzo 9/6/1973 FDI N° 9, 1973 p.358-376
- AA VV: **Infanzia e....** N° 56 1979 Numero monografico
- AA.VV: **Franco Basaglia: la comunità possibile** CDP 1999 (FDI 181) p. 61-127
- Angelini L., Bertani D., Bilancia G., Bonner J., Confetti V., Eleuteri E., Mishto J., Polletta G., Tromellini C.; **Deistituzionalizzazione. L'esperienza del "De Sanctis" di Reggio Emilia**, La Nuova Italia, Firenze, 1977
- Angelini L., Bertani D. Appunti per una microstoria dei servizi psichiatrici per minori di Reggio Emilia dal 1968 ai nostri giorni in: AA. VV: *Manicomio ultimo atto* CDP 1996, (FDI N° 170) p.186-189
- Anepeta Luigi: **Timido, docile, ardente**, *manuale per capire ed accettare valori e limiti dell'introversione (propria e altrui)* Seconda edizione ampliata, Angeli, Milano, 2007
- Bretoni Jovine Dina: **L'alienazione dell'infanzia, il lavoro minorile nella società moderna** Editori Riuniti, Roma,1963, pag.211, Lire 900
- Bettelheim B.: **La forza vuota**, traduzione di A.M. Pandolfi, Garzanti, Milano pag. 520, Lire 5800
- Cappellari Gianpaolo, De Rosa Diana: **Il Padiglione Ralli. L'educazione dei bambini anormali tra positivismo e idealismo**, Edizioni Unicopli 2003
- Carrino Luciano: Les experiences critiques de travail en psychiatrie infantile, *Transitions*, N° 11-12,1982 pag.127-140
- Chiari Giorgio, Francescutti Carlo, Libralto Valerio: Adolescenza e dipendenza. Le determinanti del consumo di alcool e droga in un gruppo di adolescenti, "Per la Salute Mentale/For Mental Health" N°4, 1988 pag.3-21

- Ciarpaglini G. M.: **Una stagione particolare. Un'esperienza nei gruppi di appartenimento per minori di Ferrara**, Centro di Documentazione storica del Comune di Ferrara, Vol. 9, 2001
- Cooperativa Valdocco, Torino: **Ti ascolto quello che parli te**, Coop Valdocco, Torino, 1994
- Dacomo-Annoni B.: **I bambini e la medicina**, Il Pensiero Scientifico, Roma 1985
- Del Giudice G., Barbara G., Adami C.: (a cura di): **Generi della violenza: tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto**, Angeli, Milano 2002
- De Nobili G.L., Rogialli S., Teodori M.P. *I servizi per i minori*, in "Salute e territorio" n. 121 -Psichiatria anno 2000-
- Di Nuovo S., Palermo D., Palumbo M., Piccini P. A. (a cura): **Deistituzionalizzazione e strutture comunitarie, nell'assistenza ai minori e nelle tossicodipendenze**, "Prospettiva", luglio, 1984 Numero monografico
- Druetta W., Rinaudo A.: Immagini del disagio negli adolescenti, "Psichiatria/Informazione" 1, 1988, N° 24 p.33-49
- Elrod Norman: Psichiatria Democratica, psicoterapia psicoanalitica della schizofrenia, e psichiatria della prima infanzia. Della necessità di uno scambio fecondo, in "Fogli d'Informazione" N°1 (terza serie) Editrice DBA, Firenze, gennaio-marzo 2007, pag. 24-29
- Esposito D.: Emarginazione sociale: il diritto a nascere sano, 2 Foglie d'informazione" N° 4, 1994 p.20-21
- Farnetani E., Tanda T.M.: Intervento psicologico nell'età evolutiva: la scuola tra prevenzione e diagnosi precoce, in: AA VV: *Portolano di psicologia* 1994 p. 532-527
- Gatti F.: **Psicologi e territorio, Ricerca critico-storica sui minori istituzionalizzati e sulle istituzioni assistenziali nell'ambito regionale**, Edizioni Kappa, Roma,
- Marinari M. I minori tra il dire e il fare FDI N°163, 1994 p.237-240
- Meucci G. P.: **I Figli non sono nostri. Colloqui di un giudice dei minorenni**, Vallecchi, Firenze, 1991
- Provincia di Arezzo: **Salute mentale in età evolutiva**, Arezzo 1981
- Regione Toscana, USL 10/E: Pellegrini L., Casini Raggi G., Losco D., Penzo A. : **Le emergenze psichiatriche in età adolescenziale. Atti della giornata di studi, Firenze 1 giugno 1991**, Regione Toscana, Firenze 1991
- Rogialli S.: Psicologia e psicoterapia in età evolutiva FDI N°163, 1994 p.127-165
- Rogialli S., Salvi E.: Dalla deistituzionalizzazione minorile ad Arezzo alle politiche di sviluppo umano, in: AA VV: *Manicomio ultimo atto* CDP 1996, (FDI N° 170) p.181-185
- Rogialli S., Teodori M.P.: Die Rechte der Kinder zwischen Utopie und Negation in AA.VV. **Auf der Suche nach dem gemeinsamen Grund Psychoanalyse un Demokratische Psychiatrie im Austausch** ed. Althea Verlag, Zurig 1993 pag. 556-564
- Rosi L., Trinci M.: Pedagogia e psicoanalisi: un punto di vista storico in: AA VV:

Portolano di psicologia, CDP 1994 p.235-358

- Rossi Angela: Riflessioni sull'evoluzione della malattia mentale infantile, nella storia della neuropsichiatria infantile, in: Colucci Silvia (a cura) **46° Congresso della Società Italiana di Storia della Medicina (1907-2007)**, Siena 24-27 ottobre 2007 Edizioni Cantagalli, Siena, 2007, pag. 175-178

- Sapio A.: **Cosicomesei**. *Diario di bordo di un neuropsiciatra infantile*, Sensibili alle foglie, Dogliani, Cuneo, 2000-

- Selvini Palazzoli Mara: La crisi adolescenziale come informazione, in: AA VV: **La famiglia di fronte alla droga**, CISE, Milano 1984:

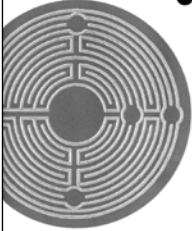
- Spazzali Forti P.: Scuola media statale D. Birago- Sezione sperimentale staccata presso la Società Umanitaria, Milano: documenti per un dibattito, in: Tranchina, Pirella: *Matrix* CDP 2000 (FDI N°186) p.133-151

- Vaccari S.: Per un modello agibile di dipartimento materno-infantile FDI N°87-88, 1983 p. 347-356

* psicologa, Direttore U.O di Psicologia, ASL 10 Firenze

** psicologa, Direttore tecnico Società della Salute, Zona Sud Est Firenze

fogli d'informazione
terza serie

02

**INSEGNARE A VIVERE VIVENDO,
TRASFORMARE LA FOLLIA IN
GENERATRICE DI NORMA**

Carmelo Pellicano

È proprio vera la frase di John Lennon: "La vita è quello che ti succede mentre sei impegnato a fare altri progetti". E per questo purtroppo, come voi sapete già, che a causa del mio stato di salute, oggi non posso essere presente come avrei fortemente voluto.

Affido a mio figlio queste mie riflessioni. È anche lui medico, non è psichiatra, ma è cresciuto a Volterra, direi "dentro" l'Ospedale S. Girolamo, conversando con i pazienti ed ascoltando musica in casa nostra assieme a loro. Ha vissuto insomma in prima linea, con gli altri fratelli, la mia grande esperienza volterrana.

Parlare del superamento del manicomio di Volterra, perché questo sia compreso e lasci un messaggio per il futuro, significa illustrare quali erano le motivazioni culturali, scientifiche e politiche che lo motivavano. Va detto anzitutto, che è stato un lavoro di gruppo che ha coinvolto tanti colleghi, amministratori e l'opinione pubblica della città.

Una istituzione come il frenocomio di S. Girolamo, che rappresentava l'unica "fabbrica" di Volterra, non poteva non incidere sul tessuto sociale ed economico della città: il superamento del manicomio, quindi, non si sarebbe realizzato senza la partecipazione degli operatori (infermieri soprattutto), degli amministratori e di tutta la cittadinanza, per cui il cambiamento era doppiamente difficile.