
RECENSIONI

a cura di **Pietro Pascarelli**

M.C. Gislou, G. De Luca, Il Centro di Psicologia Clinica. Giancarlo Zapparoli e la saggezza clinica, Dialogos Edizioni, Bergamo, 2012, p. 369, euro 25,00.

Il volume, a cura di Maria Clotilde Gislou e Giuseppe De Luca, raccoglie più di trenta contributi che tracciano lo sviluppo di una traiettoria professionale collettiva iniziata nell'ospedale psichiatrico di Mombello. Giancarlo Zapparoli vi si reca una mattina d'autunno del 1952 accompagnato da Cesare Musatti, che l'aveva analizzato e lo scoraggiava ad occuparsi dei "matti". Inizia così, nonostante tutto, ad ascoltarli e parlarci: "Questo primo lavoro terapeutico diede qualche risultato. I pazienti sono stati meglio, credo solo perché avevano potuto finalmente parlare con qualcuno e avevano avuto qualcuno che si interessava ai loro problemi. Incoraggiato da questa prima esperienza, ho voluto capire di più", scrive nello scritto autografo d'apertura. Da allora in poi il trattamento dei pazienti gravi rappresenterà il parametro di riferimento anche per le aree psicopatologiche di minore gravità. Lo sviluppo successivo del Laboratorio di Psicologia al "Paolo Pini" passerà attraverso le vicissitudini delle istituzioni pubbliche in quegli

anni. Nel 1975 troverà il suo punto di svolta nella nascita del Centro di Psicologia Clinica, prima struttura pubblica italiana di eccellenza, che rappresenterà uno dei laboratori di pratiche e pensiero per il superamento delle diverse forme di istituzione totale. Il punto d'arrivo di questo percorso è rappresentato dall'Istituto per lo Studio e la Ricerca sui Disturbi Psicici e dall'Associazione per lo Sviluppo della Psicoterapia Cognitiva fondati a Milano nel 1986 e dalla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Breve Integrata nata nel 2001.

"Il Centro di Psicologia Clinica" si presenta come un testo collettivo a più dimensioni: storia di un'eredità (meglio, di una dote, nel duplice significato di patrimonio e talento da investire nell'attualità), che collega la figura di Giancarlo Zapparoli ai suoi collaboratori ed allievi, nonché occasione per una restituzione di riconoscenza a più voci. Attraverso questa restituzione corale è possibile cogliere l'uomo capace di pensiero clinico e filosofico ma soprattutto di visione politica, lungimirante e sempre in anticipo sui tempi, capace di coniugare competenza e passione, spirito di ricerca e franchezza. Ed è possibile soprattutto sorprenderlo nel lavoro clinico con la capacità

di “togliere e mettere gli occhiali”, movimento che si riferisce al vedere all'esterno verso la persona e all'interno verso il proprio sapere tecnico; movimento deciso momento per momento in base alle necessità del lavoro terapeutico in una prospettiva di riconoscimento puntuale dei bisogni dell'altro. L'affermazione pionieristica di una titolarità psicologica della cura anche per i pazienti più gravi, alla pari con la farmacoterapia e gli interventi assistenziali, coincide con il complesso percorso di fondazione identitaria della professione di psicologo clinico. Per chi si avvicini per la prima volta al modello della integrazione funzionale e della psicoterapia focale integrata il volume rappresenta infine anche un manuale di tecnica, per effetto di un metodo che non trascura mai il dato dell'evidenza clinica attraverso l'analisi dell'intervento terapeutico.

Lungo la lettura del testo è possibile rintracciare alcune aree tematiche, che accompagnano lo sviluppo di questa esperienza professionale e formativa: la “bottega d'arte”, innanzitutto, come luogo di un fitto scambio transgenerazionale di esperienze, prospettive e tecniche, che ha portato negli anni alla messa a punto del modello dell'integrazione funzionale e successivamente della psicoterapia focale integrata; nel clima della bottega, forse per la prima volta nella storia della cura della malattia mentale, viene

affermato il ruolo di esperto del paziente stesso all'interno di un trattamento “vicino all'esperienza”, insieme all'importanza delle due contemporanee funzioni terapeutiche del “nutrire e dello svezzare”; la cura non può escludere i casi gravi e deve prevedere interventi super-specializzati in relazione ai bisogni del paziente, incluso il diritto a delirare; la sfida della psicoterapia nel servizio pubblico a favore anche delle fasce deboli di popolazione; l'attenzione alle problematiche dell'adolescenza come età chiave dello sviluppo dell'uomo e del lavoro di prevenzione.

Intorno a queste aree si svilupperà nel corso degli anni il modello clinico dell'integrazione funzionale, di cui è possibile individuare alcuni punti di forza: la valutazione intesa come mappatura dei bisogni, processo indispensabile per un coerente piano di trattamento in grado di considerare momento per momento potenzialità evolutive e resistenze; la messa a punto di diverse strategie terapeutiche capaci di incontrare i bisogni diversificati dei pazienti nella prospettiva di un approccio integrato e differenziato insieme alla scelta del trattamento più indicato ed efficace per quel paziente, con quelle caratteristiche, con quel problema, in quella fase di vita; l'impostazione del trattamento per fasi, ciascuna con un focus; il rispetto delle modalità di auto-cura; il lavoro in Equipe con attenzione alla specificità ed alla formazione

di tutte le figure professionali; il rispetto, sempre molto attuale, per i costi della salute: gli interventi secondo la tecnica focale breve, in particolare, soddisfano l'esigenza di produrre risultati efficaci ad un costo ridotto. Questi punti di forza rappresentano i presupposti di metodo della "saggezza clinica", un atteggiamento orientato sempre ai bisogni della persona: cosa serve veramente al paziente in termini di tecnica d'intervento, di capacità di alleanza e capitalizzazione dell'aiuto terapeutico? Lo sviluppo recente della prospettiva clinica della resilienza, intesa come capacità di auto-riparazione dopo un trauma, richiama l'attenzione sull'equilibrio dinamico tra fattori di rischio e protettivi a livello individuale, familiare e sociale e consente di valorizzare in funzione terapeutica l'alleanza tra le modalità di auto-cura della persona e il dispositivo tecnico.

Questa complessa ed articolata esperienza clinica, formativa, di ricerca, che ha progressivamente richiamato psicologi e psichiatri anche da altre realtà, ha rappresentato una matrice per la costruzione di un sistema integrato di servizi per la salute mentale. In tempi di retrocessione culturale come gli attuali in cui severo è il rischio, in assenza di un pensiero critico, di un ritorno a luoghi e pratiche di neo-istituzionalizzazione in assenza di qualsiasi pensiero e passione, questa lunga e produttiva esperienza

dimostra che è possibile uscire da contraddizioni insolubili soltanto attraverso il coraggio di andare oltre ed infrangere la cornice data tenendo sempre come sistema di riferimento il dato clinico e l'attenzione alla persona; come Giancarlo Zapparoli e i suoi collaboratori, che in ospedale psichiatrico di fronte all'insolubile dicotomia "fare bene per pochi/male per tutti", misero in atto pionieristicamente la terza via: strutturare psicoterapie focali di gruppo.

La coerenza del volume, che ne è anche cifra molto peculiare, è garantita dall'aderenza costante al metodo di lavoro di quella che può essere definita una Scuola nel senso nobile del termine, in quanto l'impiego di ciascun dispositivo tecnico è sempre sostenuto dalla evidenza del dato clinico, traccia vitale di un percorso di ricerca teorico-clinica in continua evoluzione.

Maria Bologna

Vinzia Fiorino, Le officine della follia. Il frenocomio di Volterra (1888-1978), ETS, Pisa, 2011, pagg. 298, euro 25,00.

Questa storia del manicomio “San Girolamo” di Volterra, in provincia di Pisa, appare radicalmente contrassegnata dai temi dell’ “economia” e del “lavoro”. Si è trattato senza dubbio di una “grande impresa”, durata novanta anni (il manicomio venne inaugurato infatti nel 1888).

Vinzia Fiorino, storica dell’ateneo pisano e che ha scritto questa storia del “San Girolamo”, dopo essersi occupata anni fa del manicomio romano di “Santa Maria della Pietà” (cfr. il suo *Matti, indemoniate, vagabondi*, Venezia 2002), insiste molto, e molto opportunamente, sul carattere “industriale” nella gestione dei ricoveri a Volterra, ad esempio con la ricerca costante di convenzioni con istituzioni di altre zone d’Italia per ricevere “blocchi” di malati. Il progetto, voluto in primo luogo da Luigi Scabia (1868-1934), il direttore “costruttore”, era appunto quello di “(...) edificare il modello di manicomio-villaggio, e soprattutto di villaggio autosufficiente ed autonomo, una sorta di piccola città indipendente fondata sul contributo lavorativo di tutti. Tale caratteristica è ribadita persino dalla scelta di far istituire, per un certo periodo di tempo, una propria moneta che poteva circolare esclusivamente nello spaccio interno

dell’ospedale” (p. 73). L’ambizione costante è stata quella di ottenere la crescita progressiva del manicomio, e in questo senso si può parlare senza dubbio di un successo: nel 1940 il “San Girolamo” aveva ben 4.547 ricoverati.

Per ottenere questo, il manicomio non ha mai perso, nonostante tutti i tentativi per realizzare una sua “medicalizzazione”, specie a partire dal secondo dopoguerra, la caratteristica di essere inevitabilmente anche un cronicario. Non sono mancate diverse esperienze di specializzazione dell’istituto. Si pensi, ad esempio, che se solo nel 1932 venne firmata una convenzione con il Ministero di Grazia e Giustizia per la custodia dei folli prosciolti, già dai primi del Novecento a Volterra si era cercato di creare una sezione per criminali o anche un nuovo manicomio giudiziario, da affiancare a quello di Montelupo Fiorentino e ai pochi altri allora esistenti.

In sintesi, una città accanto alla città. E, nonostante la sua inevitabile chiusura, il grande manicomio è stato anche una grande impresa economica, collegata sotto molti aspetti al territorio. “Volterra resta infatti spesso identificata, oltre che per la sua storia importante e per la sua straordinaria bellezza, con le sue due principali attività: l’alabastro e il manicomio (a cui andrebbero aggiunte tutte le altre istituzioni totali che vi hanno avuto sede). Le relazioni tra la città e il suo istituto meritano però qualche riflessione:

certo esse hanno riguardato aspetti economici – il cosiddetto indotto – che non trascurerò di evidenziare, ma il manicomio ha delineato un paesaggio, fisico, mentale e culturale al tempo stesso. La sua presenza all'interno della comunità non è mai stata, né avrebbe potuto essere marginale. Attraverso le urla, le voci, i suoni, gli odori che da lì provenivano, la comunità ha dovuto confrontarsi con la follia” (pp. 286-287).

Il “San Girolamo” dava lavoro a sempre più cittadini di Volterra (infermieri, operai, ma pensiamo anche a forme di lavoro a domicilio, come per le sarte, ecc.), ma anche dentro l'istituto, se si era ricoverati, si doveva lavorare il più possibile. Questa è una seconda caratteristica della sua storia. Fin dagli inizi, la “terapia del lavoro” era un modello fondamentale: “Già all'inizio degli anni Venti del Novecento, risultano ben avviate le numerose officine ‘terapeutiche’ che avrebbero reso autonoma la comunità di San Girolamo: tra le tante, ricordo quella di fornaci, latterizi, calzature, la fabbrica di mattonelle, la falegnameria, il macello, il fabbricato per elettromeccanica, il molino, il forno, il pastificio, il frantoio, la fabbrica di ghiaccio, le stalle e così via” (p. 71). L'ergoterapia, giustificata come veicolo per disciplinare menti e corpi, era anche, o soprattutto, in realtà una forma di sfruttamento. Un “(...) aspetto rilevante della terapia occupazionale è costituito

dal fatto che essa rappresenta un pilastro dell'organizzazione pratica degli istituti manicomiali: una modalità di tecnica manicomiale con ricadute economiche alquanto significative e, come già detto, tutt'altro che celate. Scabia parla infatti chiaramente di ‘utilizzo vantaggiosa del ricoverato’ ” (pp. 80-81). Anche attraverso il lavoro, il manicomio, piccola città, avrebbe potuto *simulare* la vita fuori di esso. Sarà soltanto negli anni Settanta che, assieme all'istituzione psichiatrica in sé, anche la “terapia del lavoro” venne messa in questione e svelata per ciò che era: lavoro non pagato o quasi, e tutt'altro che “riabilitante”. “L'ergoterapia, in quanto pratica occupazionale che non riconosceva la piena soggettività giuridica dei ricoverati, ma solo la loro operosità, il loro utile (ma a volte anche inutile) impegno, riduceva gli stessi internati, ancora una volta, a informe massa operativa” (p. 280).

Francesco Paoletta