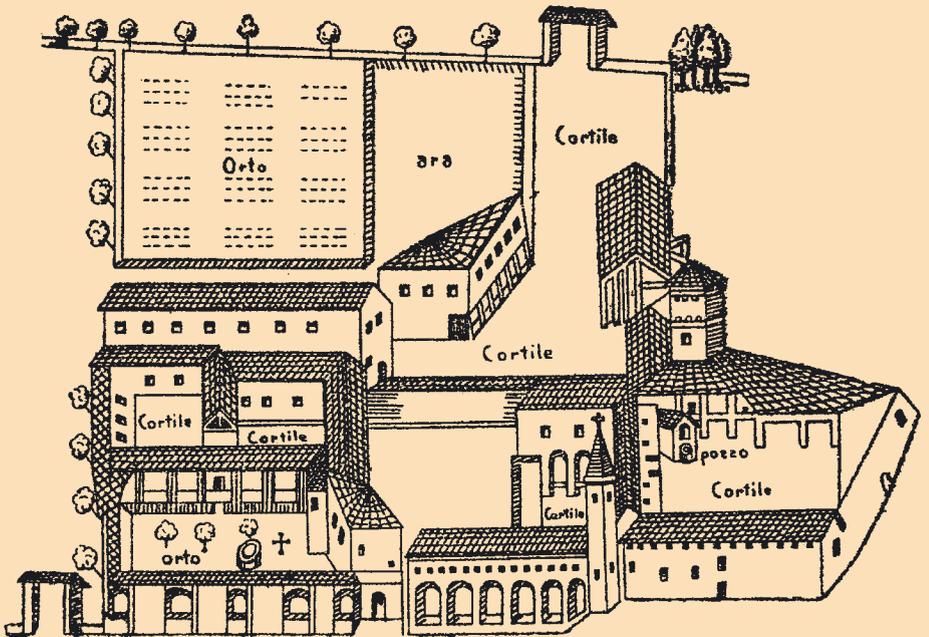


Piero Benassi

1960-2010  
**MEZZO SECOLO  
DI PSICHIATRIA  
ITALIANA**

Prefazione di Mariano Bassi



FrancoAngeli

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Piero Benassi

1960-2010

**MEZZO SECOLO  
DI PSICHIATRIA  
ITALIANA**

Prefazione di Mariano Bassi

FrancoAngeli

Il volume è stato realizzato con il contributo dell'Associazione Volontaria per il Museo di Storia della Psichiatria San Lazzaro - Reggio Emilia.

*In copertina:* Planimetria del blocco centrale Manicomio San Lazzaro - Reggio Emilia (1754)

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*Alla memoria di mia moglie  
e di mia figlia Giulia*

*Voglio andare in un manicomio per vedere  
se la profondità della follia mi può spiegare  
l'enigma della vita.*

(S. Kierkegaard)

# Indice

Prefazione. Il lungo viaggio della psichiatria italiana, di <i>Mariano Bassi</i>	pag.	9
1. Introduzione	»	13
2. L'Antipsichiatria	»	17
3. Qualche nota storica su Psichiatria Democratica	»	27
4. La Riforma psichiatrica e la Società Italiana di Psichiatria	»	37
5. Prima-durante-dopo la "legge Basaglia"	»	53
6. Proposte-critiche-esperienze sull'attuazione della legge	»	71
7. Il Manicomio Dimenticato	»	81
8. Nuove norme legislative. Il Progetto Obiettivo: tutela della salute mentale, sviluppo, osservazioni, critiche	»	95
9. Psichiatria: Responsabilità professionale-Orientamenti bioetici-Identità	»	117
10. Conclusioni	»	133



## **Prefazione.**

### **Il lungo viaggio della psichiatria italiana**

Il viaggio della psichiatria italiana, come ci ricorda Piero Benassi, parte dalla Società Freniatria Italiana, fondata nel 1873 da Andrea Verga, il famoso neuroanatomico e neuropsichiatra. Verga, divenuto Professore di Psichiatria in una Cattedra istituita nel 1865 presso l'Ospedale Maggiore di Milano, fonda la "Appendice Psichiatrica" nella Gazzetta Medica Italiana. Presso l'Ospedale Maggiore di Milano esiste, fin dal 1852, come eredità del vecchio Ospedale di S. Vincenzo, un reparto psichiatrico. La Società Freniatria si riunisce a Roma, nel Congresso degli Scienziati del 1873 e successivamente nel 1874 a Imola, mentre già nel 1873 esiste un "Giornale di Medicina Mentale", organo del manicomio di Palermo. In occasione del Congresso di Imola del 1874 fra i temi dibattuti ricordiamo quello sulla "Classificazione uniforme delle malattie mentali" (100 anni prima dei DSM 1) e quello sulla "Invocazione di una legge per mentecatti e manicomio". Al riguardo Livi presenta delle tavole che rappresentano la struttura dei futuri manicomi, progettati con piccole villette, dove si era prevista anche la possibilità di avvalersi della presenza dei familiari del malato. Nel 1875 Livi, con la collaborazione di Augusto Tamburini e di Enrico Morselli, fonda la "Rivista Sperimentale di Freniatria", che diviene l'organo della Società. È di particolare interesse, nella analisi storica dei primi passi di questo nostro viaggio, la testimonianza del Morselli, che, in occasione della nascita della nuova rivista, scrive "... al Congresso di Imola è rimasta alquanto frustrata la nostra aspirazione giovanile di vedere la Psichiatria sempre più collegarsi con la Medicina Generale e soprattutto valersi dei progressi oggi compiuti dalle scienze biologiche fondamentali, dall'anatomia, istologia e fisiologia...". Questa "aspirazione frustrata" viene seguita dalla perentoria dichiarazione di A. Verga: "La Psichiatria respinta in quasi tutti gli atenei italiani come superflua, è oggi coltivata solo da pochi". Peraltro la tendenza "garantista" della Società all'inizio del secolo favori-

sce l'orientamento dell'assistenza ai malati mentali nella direzione opposta a quella progettata dal Livi, indirizzandosi alla collocazione degli stessi in istituti omotipici di larghe dimensioni, che prendono il nome di manicomi, designazione che rimane fino alla legge di riforma del 1978. La legislazione si svolge secondo linee analoghe, espresse dalla legge del 1904 e dal regolamento del 1909, istituite più a protezione della società di fronte al malato che del paziente di fronte alla malattia.

Piero Benassi poi continua il suo viaggio, analizzando le varie tappe che hanno caratterizzato la psichiatria italiana e che hanno contribuito alla sua costituzione come disciplina, alla sua progressiva modernizzazione, ad una rinnovata impostazione clinica e al pieno riconoscimento dei diritti dei malati, tra i quali risalta il diritto a cure al di fuori delle mura degli ospedali psichiatrici. Le tappe del viaggio sono valutate da Piero Benassi con attenzione storica, arricchita dalla passione che non è mai mancata all'Autore nel corso della sua lunga carriera scientifica e professionale. Attraverso una analisi delle argomentazioni dell'Antipsichiatria, del ruolo di Psichiatria Democratica e della Società Italiana di Psichiatria, della riforma psichiatrica e del periodo politico e sociale del nostro paese durante la gestazione e dopo la prima applicazione operativa della "legge Basaglia", Piero Benassi propone una visione d'insieme sulle tappe della seconda parte del viaggio della psichiatria italiana, visione che dal panorama nazionale ci riconduce spesso alle esperienze locali sulla attuazione della legge, vissute in prima persona dall'Autore proprio all'interno di quel "manicomio dimenticato", più volte oggetto delle sue riflessioni. La psichiatria italiana si confronta con nuove norme legislative, il "Progetto Obiettivo 1994-1996" e, successivamente, il "Progetto Obiettivo 1998-2000". Facendo riferimento agli articoli dedicati alla assistenza psichiatrica nella Legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e agli importanti risultati degli anni di lavoro e di sperimentazione nel settore psichiatrico pubblico successivi, il legislatore indica come obiettivo prioritario la promozione della salute e la prevenzione dei disturbi mentali, spostando l'asse portante del modello di assistenza psichiatrica pubblica dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli centrati sui servizi territoriali. Piero Benassi conclude il proprio viaggio analizzando due elementi che oggi caratterizzano la missione e l'identità dello psichiatra italiano: gli aspetti etici della disciplina e la responsabilità professionale, con particolare riferimento alla pratica della psichiatria di comunità.

Oggi nel nostro paese l'assistenza sanitaria ai circa sessanta milioni di cittadini italiani è fornita attraverso lo strumento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), sancito dalla Legge 833 del 1978 con una struttura simile a quella del sistema sanitario britannico (NHS). Secondo que-

sta strutturazione tutti i cittadini italiani hanno accesso alle cure sanitarie, senza alcun limite di copertura, attraverso la presenza delle Aziende Sanitarie, ciascuna delle quali è responsabile per le cure ai cittadini residenti in una zona ben definita dal punto di vista geografico. L'accesso dei cittadini italiani ai servizi sanitari è ordinariamente e prevalentemente gratuito, anche se possono essere applicate tariffe aggiuntive a carico del cittadino nel caso di alcune specifiche prestazioni di tipo diagnostico e terapeutico.

L'identità della psichiatria pubblica italiana è costituita oggi dalla storia della disciplina (psicopatologia, scienze umane e scienze sociali), da quella dimensione della nostra missione, che è universalmente accettata ed è orientata alla deistituzionalizzazione e allo stretto e fondante rapporto con la sanità pubblica. Questo statuto, generalizzando, ha proposto alcune possibili identità della psichiatria contemporanea: 1) la prima, più tradizionale e paradossalmente conservativa, fa riferimento ad una psichiatria che si occupa della diagnosi tempestiva e appropriata dei disturbi mentali più gravi e persistenti, del loro trattamento farmacologico e psicosociale, in tempi inevitabilmente protratti all'interno dei servizi psichiatrici pubblici; 2) la seconda, sicuramente più complessa e di difficile realizzazione, fa riferimento ad un modello di psichiatria, che è "costretta" ad occuparsi, ove possibile, dei pazienti con gravi disturbi di personalità, dei pazienti con "doppia diagnosi", dei pazienti con disturbi da uso di sostanze, dei pazienti immigrati, dei pazienti senza fissa dimora, dei pazienti in carcere e negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), spesso istituendo strumenti e percorsi di cura non tradizionali, innovativi e quasi sempre non replicabili. Questa evoluzione delle forme di espressione della sofferenza mentale e dei bisogni sanitari e sociali ad esse correlate non ci deve portare a considerare come scontato il percorso dalla psichiatria alla promozione e tutela della salute mentale. L'assistenza psichiatrica è di pertinenza prevalentemente degli psichiatri, mentre alla tutela della salute mentale contribuiscono certo anche gli psichiatri, ma non come unici attori. Proprio in questo senso, alcuni autori hanno espresso le proprie perplessità rispetto al fatto che gli psichiatri debbano istituzionalmente occuparsi in prima persona dei bisogni di salute provenienti dalle cosiddette "aree di confine".

Come ci ricorda l'Autore al termine del nostro viaggio, dopo oltre trenta anni di attività dei servizi psichiatrici pubblici nel nostro paese dalla riforma dell'assistenza psichiatrica, in un panorama regionale che ha permesso di sperimentare modelli diversi di organizzazione, sembra arrivato il momento di prendere atto delle numerose questioni aperte e quindi di rivedere gli aspetti più tradizionali e conservativi della nostra

operatività, alla luce dei progressi compiuti dalla nostra disciplina negli ultimi trenta anni e secondo una dimensione critica costruttiva e una prospettiva “laica”, evitando il mantenimento di una mitizzazione appartenente al passato.

*Mariano Bassi*

Dipartimento di Salute Mentale,  
Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

# 1. Introduzione

Il sottoscritto si è impegnato a scrivere queste note quali elaborazioni ed esperienze maturate nell'attività di vita psichiatrica, nate dall'incarico di Segretario Generale della Società Italiana di Psichiatria (SIP, 1968), e quindi per molti anni di membro del Consiglio Direttivo SIP, quindi, quale diretto partecipe degli avvenimenti della psichiatria italiana di quest'ultimo mezzo secolo, vissuti quindi sia all'interno che all'esterno dell'Ospedale Psichiatrico S. Lazzaro - Reggio Emilia.

Inoltre, in occasione del XXXIX Congresso SIP di Riccione, 1994 (quale Vice Presidente SIP) presentai una nota storica sulle origini della SIP, inizialmente: Società Freniatria Italiana, il cui I Congresso fu svolto a Imola nel 1874 (Presidente: Andrea Verga) alla presenza di circa 80 psichiatri fra cui Lolli (Direttore appunto a Imola), Biffi, Bonfigli, Livi, Morselli, Tamburini ecc.

A seguito di questa nota storica, accettai l'impegno di "Curatore Archivio Storico della SIP", impegno che ora soddisfo con questo scritto che cerca di rivedere e di riesaminare l'evoluzione storica della psichiatria italiana di quest'ultimo mezzo secolo, in base a documenti recuperati, a indicazioni citate nelle note bibliografiche, e con i ricordi che questa ricerca mi hanno spinto a far riemergere dall'oblio o dalla rimozione.

Secondo il principio che "la Storia alimenta la memoria che genera cultura per il futuro" e che non vi è coscienza storica se non vi è memoria storica, ne consegue che il costruirsi dell'identità di una disciplina si raggiunge attraverso il suo continuo e costante confronto fra la dimensione diacronica del suo essere – data nel tempo – e la dimensione sincronica di essere, di volta in volta, in relazione e in rapporto a uno specifico spazio antro-po-culturale.

Premesso che altri temi storici della psichiatria sono stati affrontati da chi scrive in altri scritti citati oltre, lo scrivente ha ora cercato di esami-

nare criticamente le vicende psichiatriche più attuali, anche allo scopo, in base ai dati conoscitivi raccolti, di intravedere le prospettive future della psichiatria italiana, quesito che mi viene posto, non certo da colleghi psichiatri, quanto da molti amici laici, giustamente preoccupati di vicende trasmesse mediaticamente con grande frequenza e con uno stato di preoccupazione generale, per cui, di conseguenza, lo scrivente deve citare il noto filosofo M. Foucault che: “Il mondo è un grande manicomio” o, se vogliamo, un “terricomio”, dato che nei mari, a parte le onde, tutto è più tranquillo.

Avendo maturato una lunga esperienza sulle vicende psichiatriche italiane, ho evitato, salvo rare eccezioni, di correlarle o di confrontarle con altre straniere, per evitare dispersioni o non facili confronti. Mi è parso doveroso farne una esposizione illustrativa, appunto come memoria storica, che serva a comprendere meglio le realtà attuali e a prospettare i futuri eventi della psichiatria italiana.

A titolo esemplificativo o chiarificativo, è stato richiamato qualche avvenimento psichiatrico locale, ma ho sempre cercato di mantenere una visione panoramica generale, naturalmente il più possibile obiettiva, dei molteplici avvenimenti trascorsi, come mi auguro dai riscontri che potrò ricevere.

Durante gli anni caldi della trasformazione dell’assistenza psichiatrica, “dal manicomio al territorio” (legge 180/1978) si possono elencare diverse posizioni ideologiche generali, a seconda delle aspettative, delle sollecitazioni, delle spinte ideali o sociali o a seconda di altri fattori contingenti:

1. Sollecitazioni per una rivoluzione psichiatrica completa e totale (“tutto subito”);
2. Mantenimento di uno status più o meno tradizionale ma con una spinta al processo di miglioramento e di “umanizzazione” del manicomio;
3. Posizione dei sindacati-infermieri: prevalentemente interessati al miglioramento delle proprie stabili condizioni di lavoro;
4. Amministratori e politici: certamente interessati all’evolversi della situazione ma in attesa di comprendere il valore e il significato di una serie di avvenimenti ancora in fieri ma pronti a votare il referendum radicale abrogativo;
5. Psichiatria Democratica (PD) - Società Italiana di Psichiatria (SIP) - Associazione Medici Ospedali Psichiatrici (AMOPI) (v. oltre);
6. Direttore Sanitario del Manicomio: era comunque tenuto a tutelare l’assistenza, le cure, le esigenze, i problemi, le aspettative dei malati e dei rispettivi famigliari, con la richiesta di tutti i possibili miglioramenti scientifici-culturali, e le realtà innovative di apertura e di liberalizzazione rispetto alla “custodia” di tipo carcerario collegata alla “pericolo-

sità verso sé e verso gli altri”, base fondante della legge manicomiale del 1904. Le posizioni critiche di vari Direttori saranno riferite successivamente.

Un breve richiamo all’ospedale di Reggio Emilia, che pur con oltre duemila ricoverati aveva compiuto una serie di profonde trasformazioni, organizzative, funzionali e di risocializzazione totale (v. bibliografia P. Benassi (a cura di), *Il Lavoro e le Malattie Mentali*, Associazione Museo Storia Psichiatria, Reggio Emilia, 1999); le modalità di trasformazione saranno, in sintesi, ricordate oltre, mentre il processo di superamento istituzionale non è stato simile a quello per così dire radicale tipo Gorizia o come a Trieste (Basaglia), i cui duecento-trecento ricoverati-degenti, vennero trasformati in residenti – assistiti tipo Casa di Riposo o tipo Comunità Terapeutiche, col benessere dell’Amministrazione Provinciale di Trieste da cui dipendeva l’Ospedale Psichiatrico.

Occorre comunque premettere che tutto il meccanismo che poi ha messo in moto la possibile trasformazione dell’assistenza manicomiale è iniziata (come è ben noto) dalla scoperta e dal successivo sviluppo di tutta la psicofarmacologia, cioè a partire dagli anni ’55-’60 in poi, con l’uso sempre più massiccio dei farmaci neuroplegici o antipsicotici, quindi della lunga serie di psicofarmaci antidepressivi e ansiolitici, che hanno in pochi anni soppiantato l’uso, e l’abuso, delle precedenti terapie di shock.

Come sarà accennato a conclusione di questa cronistoria, l’uso illimitato o sconfinato dei sempre più numerosi psicofarmaci, ha certamente ridotto l’entità e la durata di tante malattie mentali, ha quindi grandemente favorito la trasformazione dei modi di curare e di assistere i malati mentre cercheremo di comprendere le cause dell’aumento continuo qualitativo-quantitativo dei disturbi mentali, come fenomeno diffuso quanto meno nei Paesi industrializzati.

Inoltre cercheremo le motivazioni per cui molti malati rifiutano i farmaci-psicofarmaci, e viceversa, altrettanti ne assumano in continuazione e comunque in presenza o in assenza di malattie o di disturbi.

Nel frattempo la categoria degli psichiatri-alienisti si è suddivisa in una lunga serie di superspecializzazioni: dal distributore esperto di farmaci allo psicoterapeuta con tecnica più o meno personalizzata; dall’esperto di cognitivismo, al gestaltista, all’organizzatore burocrate, all’esperto epidemiologo e di tutta la psichiatria sociale, al tecnico per i metodi di riabilitazione-risocializzazione, all’esperto di terapia familiare, al supervisore delle équipes, fino al commentatore tv dei fenomeni psicopatologici di interesse mediatico, ecc.; si tratta dunque di una grande varietà di funzioni fortemente differenziate, originate dai due pilastri fondamentali terapeutici: la Psicofarmacoterapia e la Psicoterapia.

In pochi decenni l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica è stata pertanto radicale: vale la pena di illustrarne gli aspetti principali per ben comprensibili motivi, non ultimo la constatazione che queste cause sono scarsamente note ai laici o profani che tuttora si meravigliano di una serie di accadimenti non ben comprensibili, o chiedono perché dopo la chiusura dei manicomi continuano a succedere "cose da pazzi".

Viene quindi presentato un quadro panoramico generale delle trasformazioni avvenute, prescindendo dalle specifiche esperienze e dai progressi culturali-scientifici gradatamente maturati, salvo per quei richiami necessari ad una comprensione globale dei fenomeni in atto.

Seguiranno le possibili previsioni sull'ulteriore evoluzione della psichiatria nell'ambito della realtà italiana.

## 2. L'Antipsichiatria

A parere dello scrivente, la cosiddetta antipsichiatria non si è configurata nelle posizioni moderate e/o oltranziste di Psichiatria Democratica ma ha rappresentato un fenomeno culturale legato al problema generale della devianza, nonché della filosofia della salute e della malattia, specie negli anni '60-'70. Il termine "antipsichiatria" fu coniato nel 1967 dallo psichiatra britannico David Cooper (*Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma, 1978) e le sue idee rappresentarono una controcultura che contribuì al nascere delle rivolte giovanili; gli adolescenti americani rivendicavano libertà e spontaneità, musica e poesia, criticavano i cosiddetti comportamenti normali, rifiutavano una serie di principi morali e le pretese di razionalità, come espressione delle regole normative.

Era il periodo di affermazione delle droghe, in particolare degli allucinogeni o psichedelici; il mondo doveva allargarsi, la vita doveva assumere orizzonti più ampi, le espressività verbali e i metodi relazionali erano in una fase di cambiamento-dilatazione, i diritti della soggettività valevano quanto quelli della collettività. La normalità "dominante" era oggetto di critica, così come la denuncia della "scienza ufficiale" che costituiva un sistema manipolativo atto a costringere le libere espressioni del pensiero, dell'immaginazione, della cultura, dell'arte, della poesia.

Occorreva quindi uno strumento di liberazione dalle alienazioni abituali e quindi anche gli stati anormali della mente erano delle espressioni di libertà e di affrancamento dalle schiavitù del passato.

In base a questi principi, succintamente esposti, si è espresso il tentativo di riabilitare la follia come variante minoritaria della norma o addirittura come forma di saggezza. Concetti che, come noto, erano stati elaborati dai filosofi greci già secoli prima dell'era cristiana, ripresi poi da qualche altro filosofo epicureo, e quindi rinnovati da questa contro-cultura di origine americana, che raccoglieva una serie di idee di "crescita" della persona,

idee anche di origine orientale che avevano trovato, specie in California, il loro terreno di incubazione e di sviluppo.

Lo spirito del tempo è certamente rappresentato dal più noto libro di H. Marcuse (*Eros e civiltà*, Einaudi, Torino, 1964), interprete di una antropologia ottimista per cui la nostra natura istintuale punta a un equilibrio estetico e sensuale, di conseguenza l'attuale repressione sociale potrebbe diminuire senza inconvenienti e i cittadini del mondo futuro, liberati per merito dei meccanismi automatici dal lavoro fisico, potrebbero accedere a una superiore felicità all'insegna dei miti di Orfeo e di Narciso.

Come ha osservato Jervis (G. Jervis, G. Corbellini, *La Razionalità Negata*, Bollati Boringhieri, Torino, 2008, p. 67) che si è occupato a lungo di queste espressioni culturali-sociali:

“In pratica vi furono importanti aree teoretiche e di ricerca che portarono acqua al mulino di una critica assolutamente radicale nei confronti della Clinica Psichiatrica tradizionale; si possono così elencare: a) l'antropologia culturale con la relativizzazione culturalista del concetto di norma; b) gli studi sociologici sulla devianza, con l'ipotesi che il controllo sociale produca devianza e che alcuni comportamenti devianti siano conseguenza, oltre che di stigmatizzazioni e di etichettamenti, anche di specifiche istanze repressive da parte di forze dell'ordine, magistratura, assistenti sociali e naturalmente, anche di psichiatri; c) alcune correnti della psicologia dinamica solo indirettamente legate alle idee di Freud e generalmente note come 'umanistiche', le quali sostenevano che le vicissitudini della mente potrebbero essere interpretate, anche qualora comportino sofferenza e disordine, come espressione di una ricerca individuale di senso e come un processo di crescita interiore; d) altre correnti psicodinamiche più distanti da Freud, le quali sostenevano che i disturbi mentali non sono alterazioni nell'individuo, ma alterazioni dei rapporti fra gli individui.

Tutte queste correnti ebbero il merito di mettere a fuoco temi importanti all'interno del grande calderone delle problematiche psicologiche e psichiatriche ma ognuna di queste teorie spiegava, di fatto, solo una parte delle dinamiche che entravano in gioco in una parte dei casi potenzialmente esaminabili”.

In sintesi, Jervis quindi ha revisionato criticamente le varie posizioni e gli orientamenti elaborati dai maggiori esponenti dell'antipsichiatria anglo-americana cogliendo (certamente ben più nel campo teorico che quale operatore pratico) i limiti, gli sconfinamenti, le utopie, gli obiettivi, le possibilità di uno sviluppo futuro più o meno lontano.

Riprendendo quest'ultima indagine, Jervis ha poi così fotografato alcune realtà italiane (p. 101):

“Già prima del 1978 che fosse approvata la 'legge 180' (impropriamente nota come 'legge Basaglia'), in molte regioni italiane erano già avvenute profonde trasformazioni; il merito principale fu di una nuova generazione di giovani medici che erano stati studenti nel 1968, si erano appassionati ai temi e ai problemi

del disagio psichico, e anziché perdersi nelle chiese contro-culturali e nelle sette dell'estremismo politico, preferirono qualificarsi, impegnarsi nel loro campo, dedicare anni della loro vita a fare uscire la psichiatria italiana dalle secche dell'autoritarismo medico tradizionale. Non si tratta certo di antipsichiatri. Dal Piemonte all'Emilia, all'Umbria, alla Campania, negli anni '70 questi giovani, spesso privi di grandi poteri all'interno delle strutture pubbliche dove lavoravano, misero in gioco tesori di intelligenza, di senso critico, di disponibilità al lavoro con i pazienti".

Questa serie di innovazioni ideologico-culturali determinarono il manifestarsi conseguente di sbloccare le tradizionali differenze fra il curante e il degente, fra il medico alienista e l'infermiere, fra chi comandava e chi doveva sottomettersi al potere altrui; è avvenuto quindi l'ingresso di una democrazia partecipata, di un appiattimento di poteri, di un'attività collaborativa in forma di équipe, cioè di una consapevolezza che anche il "povero mentecatto" era anch'egli un essere umano, soggetto singolo bisognoso di cure, di attenzione, di sostegno, di comprensione, di relazione diretta, cioè di partecipazione ad una vita sociale in grado di reintrodurlo nel proprio più o meno fisiologico mondo-ambiente.

Sopra si è accennato a Cooper, ma tra i pionieri dell'antipsichiatria, occorre segnalare anche T. Szasz (*Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano, 1966) che è stato quello che ha criticato più esplicitamente l'uso del modello medico applicato alle malattie mentali e che ha lanciato i proclami più clamorosi (Introduzione, p. xx): "Io dichiaro che le malattie mentali sono un mito; i corpi sono oggetti fisici, mentre le anime nonostante abbiano un'esistenza propria, non sono fisiche; ne consegue che le malattie psichiche non esisterebbero se non ci fossero le malattie somatiche". Così per l'Autore il concetto di malattia psichica esiste solo per analogia con le malattie somatiche.

Secondo la sua critica la malattia di mente è un mito al servizio di funzioni la cui natura è in larga misura non medica.

In sintesi, la teoria di Szasz è quella secondo cui il comportamento dell'uomo, ammalato o meno, non è altro che un gioco di scambio di ruoli. Sicuramente criticabile può essere la scelta dell'isterismo come esempio paradigmatico di tutte le malattie mentali. È certo comunque che le tesi esposte da Szasz erano state ispirate da una visuale socio-politica del tutto diversa da quella con cui sono state considerate successivamente da altri Autori.

Anzi Szasz non fa mistero della sua predilezione per quella, oggi considerata mitica, "*neutralità scientifica dello psichiatra*". Parlando infatti dell'azione sociale della psichiatria, distingue tre modalità di intervento: la prima è quella dello psichiatra in quanto "*scienziato teorico esperto del*