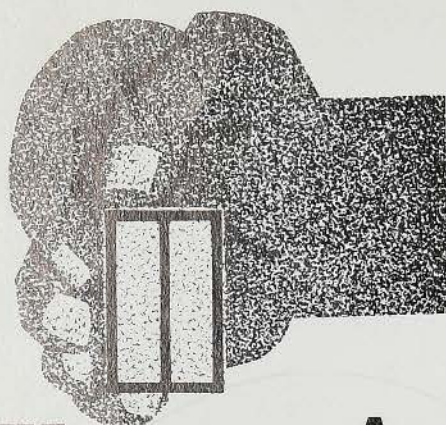




22

VERONA 1998 N. 2

QUADERNI
DELLA
PROVINCIA



**L'ISTITUTO
DI CREDITO
FONDIARIO
DELLE
VENEZIE**
DIREZIONE GENERALE
IN VERONA

VI AIUTA A COSTRUIRE!



«crediti per l'edilizia, per l'agricoltura, per le opere pubbliche
e gli impianti di pubblica utilità».

tutte le informazioni presso le Casse di Risparmio trivenete



*
dal
1825

al servizio dei risparmiatori e delle economie locali

CASSA DI RISPARMIO

di
VERONA ◦ VICENZA ◦ BELLUNO



QUADERNI DELLA PROVINCIA

fascicolo monografico dedicato all'assistenza psichiatrica
con particolare riferimento ai criteri adottati nella rior-
ganizzazione del settore della Provincia di Verona

SOMMARIO

GIAMBATTISTA MELOTTO	
Per un riordino dell'assistenza ai malati di mente	3
CHERUBINO TRABUCCHI	
Psichiatria: medicina della persona	17
LEONARDO TANFANI	
Le prospettive delle nuove disposizioni legislative	27
Il testo della nuova legge	31
GIANFRANCO ZUANAZZI	
Criteri di organizzazione terapeutica dell'O.P.P.	33

LE RUBRICHE

Cronache consiliari	37
Attività degli assessorati	39

QUADERNI DELLA PROVINCIA

Anno VII (1968) - N. 3

Pubblicazione bimestrale dell'Amministrazione provinciale di Verona

Direttore: **Vittorino Stanzial**

Direttore responsabile: **Pier Paolo Brugnoli**

Direzione, Amministrazione, Pubblicità:
Palazzo della Provincia, piazza dei Signori, Verona
Telefono 25.9.81

La collaborazione avviene su invito.
È autorizzata la riproduzione anche di parti di articoli e di dati, citando la fonte.

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo IV
Reg. del Tribunale di Verona n. 155 del 3-7-1962
Stampa: STEI - Verona

Un «Quaderno» L. 500 - Abbonam. annuo L. 2.000

PER UN RIORDINO DELL'ASSISTENZA AI MALATI DI MENTE

Una nuova organizzazione dei servizi psichiatrici in sede nazionale si impone per un duplice ordine di considerazioni:

a) l'evoluzione della psichiatria, che ha maturato nuovi criteri per la comprensione delle malattie mentali ed ha approntato efficaci mezzi terapeutici, rendendo così del tutto inadeguate le attuali strutture assistenziali ed anacronistiche le disposizioni di legge esistenti in materia;

b) la necessità di far fronte, in sede preventiva, terapeutica ed assistenziale, al considerevole aumento della patologia mentale, cui non è estraneo il progresso della nostra società che facilmente crea disadattamenti e provoca reazioni nevrotiche e psicotiche.

È noto come sia stato predisposto per iniziativa ministeriale un disegno di legge, del quale le Camere hanno già approvato uno stralcio.

Nella provincia di Verona, la demolizione dell'Ospedale Psichiatrico di S. Giacomo e la necessità di approntare tempestivamente altri istituti richiedono una approfondita conoscenza dei moderni criteri di assistenza, un attento esame dei servizi esistenti e una chiara presa di coscienza dei problemi psichiatrici, affinché le strutture in via di costruzione non nascano già vecchie e superate o magari in contrasto con le future disposizioni di legge. Ciò che ovviamente risponde anche ad un sano criterio di previdenza ed economia.

Per meglio intendere la necessità di una nuova impostazione dei servizi psichiatrici ed i progetti che in proposito sono stati avanzati, è opportuno accennare alla situazione attuale dell'assistenza psichiatrica

nella nostra provincia e prospettare i problemi che richiedono un'urgente soluzione. Ma prima ancora è doverosa una precisazione circa l'opera svolta nel passato. Sarebbe infatti ingiusto affermare che soltanto oggi si pensa ad un rinnovamento dei servizi e delle strutture, quasi che prima nulla si fosse fatto o tentato. In realtà non è mai mancata da parte degli amministratori e dei medici la preoccupazione di adeguare la assistenza psichiatrica ai progressi della scienza e all'evolversi delle tecniche terapeutiche, e se le realizzazioni non sono sempre state proporzionate all'impegno, ciò è da imputarsi prevalentemente alle difficoltà economiche e all'immatunità dei tempi.

L'OSPEDALE PSICHIATRICO

Il vecchio Ospedale di S. Giacomo è in via di demolizione; esso ospita ancora circa 600 ammalati. Altri 268 pazienti sono accolti nella sezione di Ponton (l'ex Sanatorio antitubercolare) e 100 nella sezione di S. Floriano (una vecchia villa con parco). Si tratta, come è evidente, di una situazione transitoria, nella attesa che vengano approntate le nuove strutture.

Vale qui la pena di ricordare che 121 ammalati mentali della nostra provincia si trovano ricoverati all'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale di Castiglione delle Stiviere, 263 negli Istituti Ospitalieri di Cologna Veneta (presso il Reparto istituito secondo i criteri di cui all'art. 6 del Regolamento del 1909), 23 nella sezione alienati dell'Ospedale di Montecchio Maggiore (Vicenza) e una decina presso altri istituti.

In totale, gli ammalati mentali (esclusi i soggetti in età evolutiva) assistiti dalla nostra Provincia sono circa 1.400 dei quali 900 sono ricoverati nel nostro Ospedale Psichiatrico.

A S. Giacomo, dal 1961, funziona anche un reparto neurologico « aperto » capace di 58 posti-letto.

In questi ultimi anni è stato dato particolare impulso alle attività socio ed ergoterapiche.

IL SERVIZIO DI IGIENE MENTALE

Dal 1962 funziona, presso il Palazzo della Sanità, un Servizio di Igiene Mentale con direzione autonoma, articolato su due sezioni: igiene mentale e centro medico-psicopedagogico (C.M.P.P.). Dal Servizio di Igiene Mentale dipendono i vari consultori-dispensari istituiti presso il Palazzo della Sanità e presso alcuni ospedali civili della provincia (Bussolengo, Caprino Veronese, Legnago, S. Bonifacio, Zevio). Poiché il Servizio di Igiene Mentale dispone solo di due psichiatri, il servizio presso gli ambulatori periferici continua ad essere prestato anche dai medici dell'Ospedale Psichiatrico. Tutti questi sanitari provvedono al controllo dei dimessi, con l'aiuto di assistenti sociali, al reperimento dei malati svolto con la dovuta competenza e alla sorveglianza, per quanto possibile, delle condizioni di salute mentale della zona.

Gli psichiatri del Servizio di Igiene Mentale, coadiuvati da infermieri, prestano la loro opera anche in due « focolari di post-cura »: uno istituito presso una casa di ricovero dei « Buoni Fanciulli » a Porto San Pancrazio e l'altro presso la « Comunità di Emmaus ». In totale, i dimessi dal nostro Ospedale Psichiatrico, accolti in questi focolari, sono 40.

Il Centro Medico Psico Pedagogico provvede al dépistage delle forme mentali dei bambini, con una équipe formata da un pedo-psichiatra, uno psicologo, due testiste, un'assistente sociale.

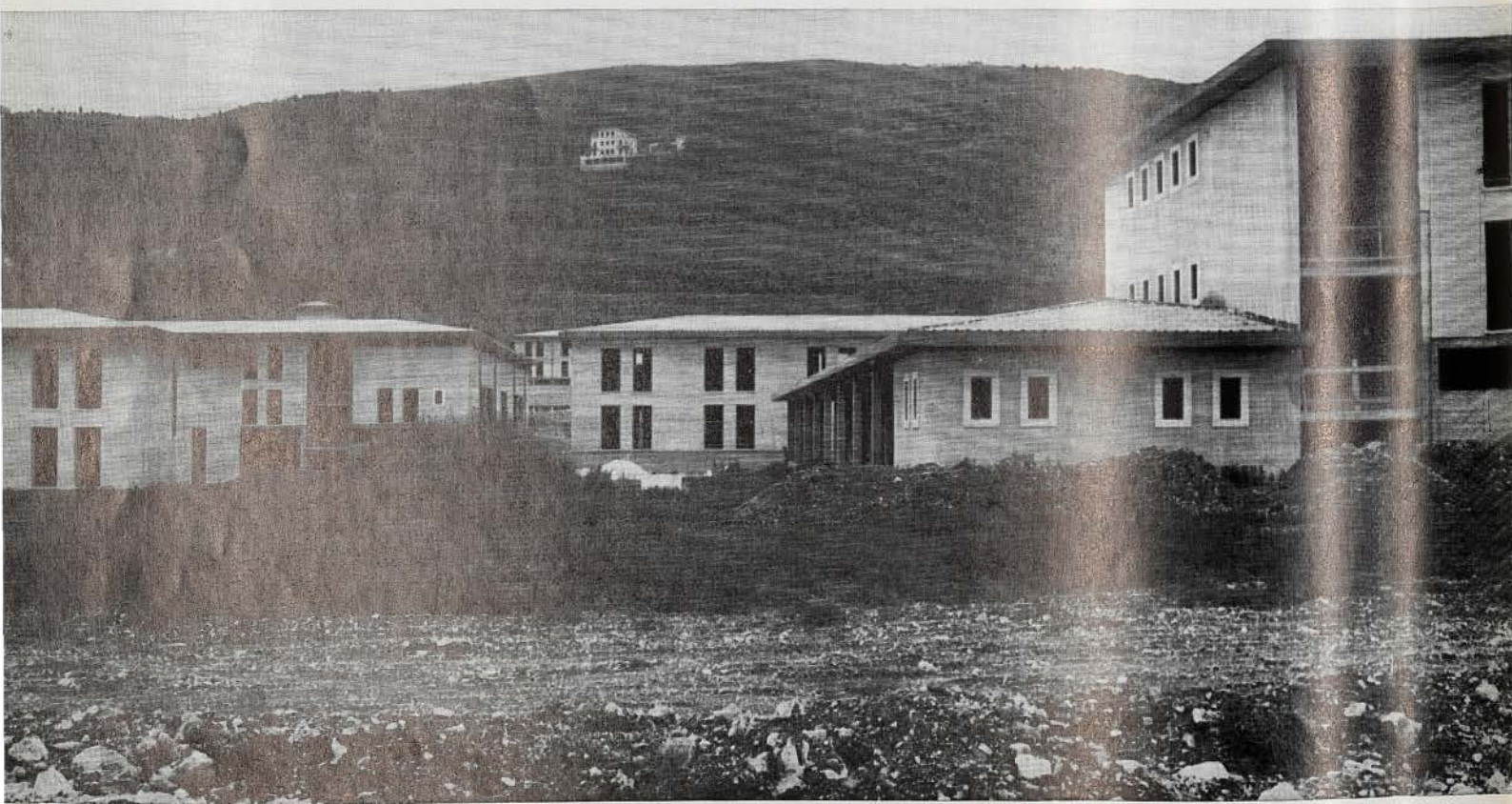
Poniamo in rilievo che non esiste un reparto di psichiatria infantile: i bambini bisognosi di assistenza medico-pedagogica vengono ospitati da istituti privati nel territorio della provincia o da istituti di altre provincie; attualmente, i bambini assistiti sono 334.

LE NUOVE STRUTTURE

La precedente Amministrazione Provinciale, presieduta dall'avv. Renato Gozzi, particolarmente sensibile ai problemi dell'assistenza psichiatrica, ha iniziato a Marzana la costruzione di un centro ospedaliero capace di circa 800 posti-letto, che potrà iniziare a funzionare alla fine del prossimo anno.

È esperienza comune
che gli assistiti
degli ospedali psichiatrici
sono per la maggior parte
insoddisfatti
del loro soggiorno.
Molti chiedono ai direttori
di venire dimessi
anzi tempo.
Alcuni tentano la fuga.
Qualcuno
la mette in atto.
Questo stato così diffuso
di insofferenza,
d'intolleranza per l'ambiente,
viene generalmente attribuito
ad altre cause
ben comprensibili
ma costituisce anche
una grave denuncia
contro le condizioni dell'ambiente
nel quale gli assistiti vivono.
Grave denuncia
che l'Amministrazione Provinciale
di Verona
ha tenuto presente
nella progettazione
del nuovo O.P.P.
di Marzana
affidata all'arch. Calabi.





**Negli edifici dell'O.P.P.
di Marzana
è esplicitata
la preoccupazione
di offrire all'assistito
un ambiente familiare
alla scala
della sua stessa casa,
in cui egli possa
sentirsi a suo agio
e non oppresso
da un incombente
macchina ospedaliera.
Le esigenze psicologiche
dell'assistito
coincidono in tal modo
con le esigenze
di una corretta
progettazione urbanistica
e dell'inserimento sensibile
nel paesaggio,
e il complesso
organismo ospedaliero
anziché alterare
fisionomia di ambiente
e consuetudini di vita,
può realmente
divenire
parte integrante
della città.**

È un complesso progettato con criteri moderni e tecnicamente ben attrezzato; in esso sono anche stati previsti dei reparti che possono funzionare come « ospedale di giorno ».

A Ponton, l'ex-Sanatorio è stato in parte adattato a Ospedale Psichiatrico in via provvisoria, ma con opportune modifiche potrebbe diventare un moderno centro ospedaliero capace di circa 400 posti-letto.

PROBLEMI ATTUALI

Illustriamo qui di seguito i problemi più importanti che interessano le strutture e l'organizzazione della attività di assistenza psichiatrica di competenza provinciale.

1) Il nuovo disegno di legge prevede l'istituzione di Ospedali Psichiatrici con non più di 500 posti-letto. Appare quindi evidente la necessità di creare tre centri ospedalieri, in considerazione che la media odierna delle degenze si aggira normalmente su 1.000 pazienti e, se si tiene conto degli ammalati della nostra provincia ricoverati in altri istituti, arriva a 1.400 pazienti mentali.

Ciò implica un ampliamento dei servizi ed una maggior disponibilità di personale medico ed infermieristico, soprattutto in previsione dell'aumento dei reparti aperti e del potenziamento delle strutture socio ed ergoterapiche, nonché dei trattamenti psico-terapeutici individuali e di gruppo, quali si impongono ormai categoricamente dati i progressi conseguiti dalla psichiatria.

2) L'assistenza e la cura dei soggetti in età evoluta è stata sinora attuata in maniera alquanto ridotta, e con criteri non certo rispondenti alle necessità, per mezzo di un piccolo reparto presso l'Ospedale Psichiatrico, ora soppresso, il quale provvedeva prevalentemente alla custodia e all'assistenza di idioti profondi e di epilettici gravi, soggetti tutti irrecuperabili e perciò rifiutati dagli istituti di rieducazione.

Attualmente presso il Palazzo della Sanità, e nell'ambito del servizio di igiene mentale, funziona un centro per la individuazione precoce dei ritardati mentali in collaborazione con il Provveditorato agli Studi. Si tratta eminentemente di un organo diagnostico, purtroppo insufficiente alle necessità ed ai bisogni, funzionando con personale ridotto. È chiara la necessità non solo di potenziare questo servizio, ma altresì di istituire degli idonei reparti di osservazione e di cura. Sembra superfluo sottolineare l'importanza sociale di questa forma di assistenza psichiatrica per i soggetti in età evoluta ed evidenziarne il valore nella prevenzione delle malattie mentali e delle condotte antisociali dell'adulto.

3) Ugualmente si impone un adeguato intervento nel campo dell'assistenza agli infermi mentali in età geriatrica, anche per evitare il ristagno dei malati nei centri ospedalieri. In questi ultimi anni, in modo particolare, si è provveduto al ricovero in case di riposo di soggetti che da molto tempo erano ricoverati in Ospedali Psichiatrici e che ormai non presentavano più i caratteri della pericolosità a sé o agli altri, né erano ulteriormente bisognosi di assistenza psichiatrica.

Per la realizzazione di questo obiettivo non sono peraltro mancate remore e resistenze da parte degli enti pubblici tenuti a provvedere in base alle disposizioni sul domicilio di soccorso. Tuttavia i risultati conseguiti sono stati incoraggianti. Senza dubbio una miglior preparazione, per mezzo di tecniche opportune, del soggetto in età geriatrica faciliterebbe il suo trasferimento in case di riposo. In ogni caso, il malato anziano o comunque lungo degente ha bisogno di una assistenza specialistica e di particolari presidi terapeutici. Troppo spesso i nostri reparti per lungodegenti si trasformano in luoghi di « indementimento », proprio perché mancano le possibilità di rendere più vitale e più attiva l'esistenza di questi pazienti.

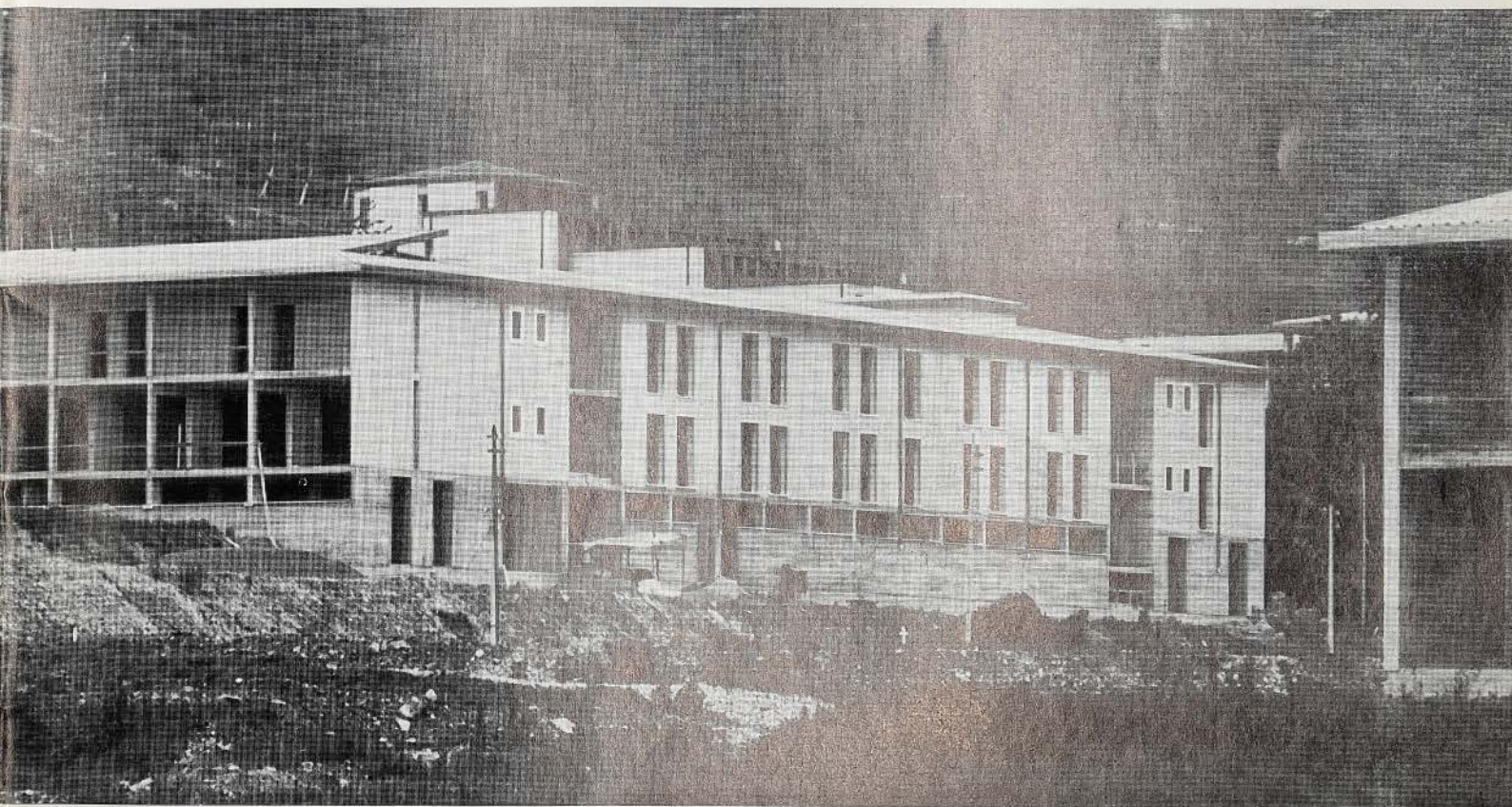
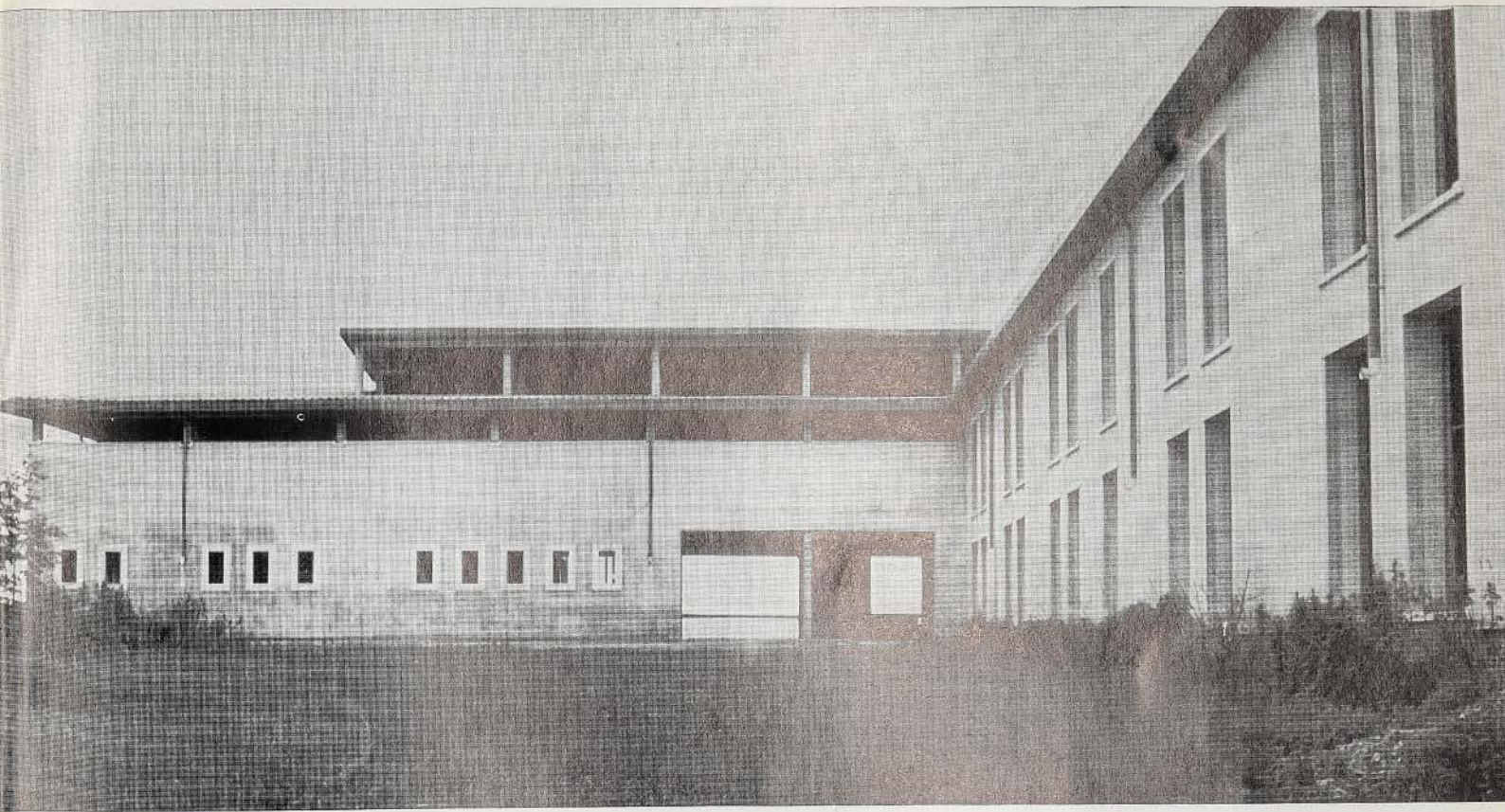
4) Come già accennato, è evidente nella nostra società l'aumento delle malattie mentali e in modo particolare delle forme di disadattamento, spesso complicate — specie nelle province venete — dall'alcolismo.

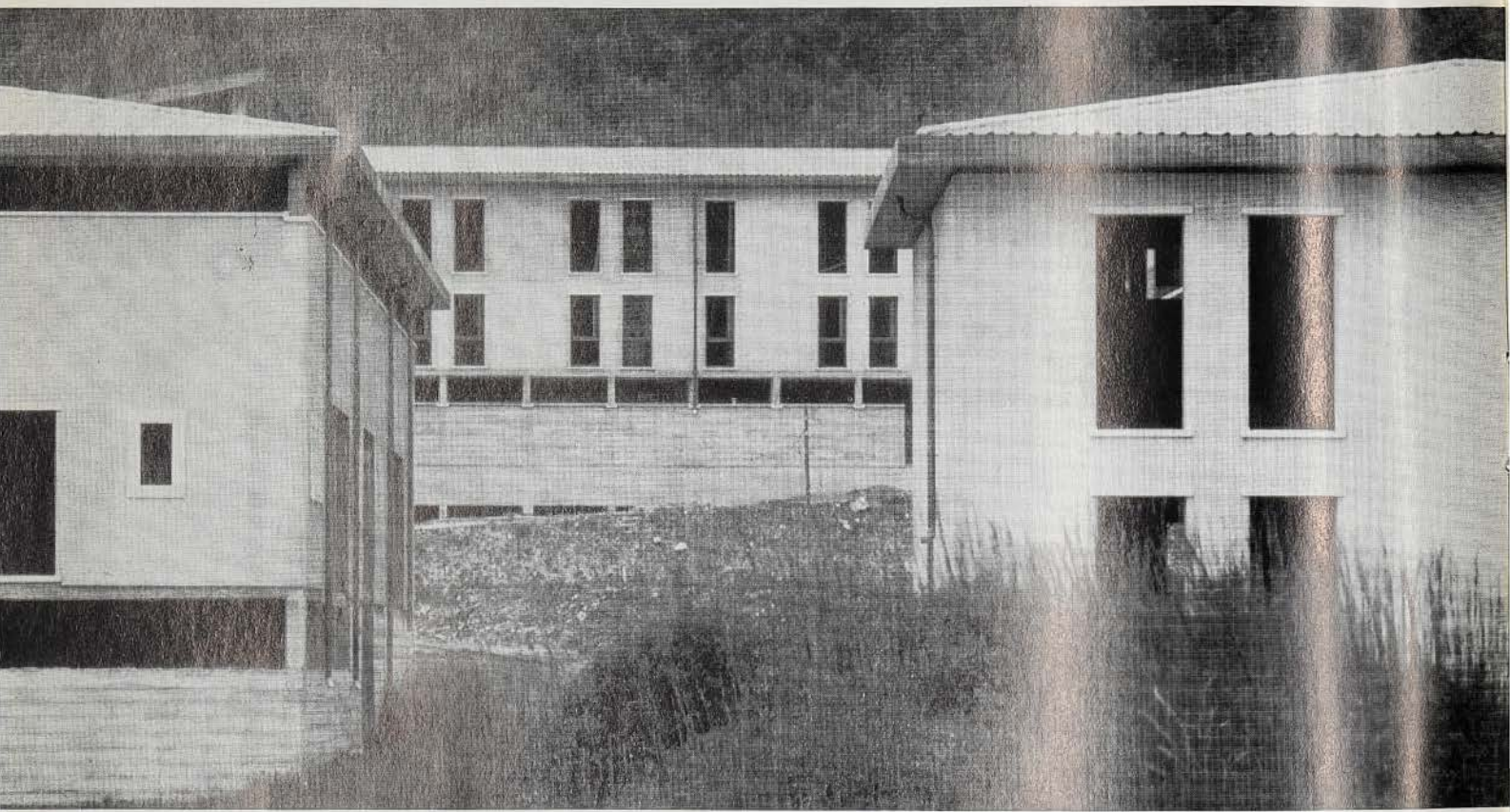
Di qui l'opportunità di potenziare i reparti aperti già esistenti per la cura delle psiconevrosi, delle tossicomanie e di tutta la patologia reattiva, e di predisporre le strutture per una « liberalizzazione » di tutto l'Ospedale Psichiatrico, tenendo presente il criterio fondamentale che la pericolosità non è un elemento essenziale e costante della malattia mentale e che le moderne terapie permettono di affrontare e risolvere situazioni che un tempo erano destinate a rimanere incompatibili con il vivere sociale.

5) Quest'opera di liberalizzazione e di riduzione del tempo di degenza, sarà resa possibile da una terapia « intensiva » del malato mentale, che comprenda anche le moderne tecniche psico-terapiche. Anche se nel nostro Ospedale Psichiatrico l'ergo e socio-terapia hanno ricevuto notevole impulso, non ci è stato tuttavia possibile, finora, servirci delle tecniche di psicoterapia individuale e di gruppo, e siamo stati costretti a rinunciare quasi sempre all'ausilio diagnostico dei tests mentali. Anche questa lacuna deve essere colmata. Lo stesso progetto di legge, del resto, prevede la assunzione di uno psicologo per ogni Ospedale Psichiatrico.

6) In ossequio al principio unitario dell'assistenza psichiatrica, si rappresenta infine l'opportunità di

**Il nuovo O.P.P. di Marzana
si oppone anche
all'antico schema
di organizzazione
così diffuso
negli ospedali psichiatrici
esistenti
in tutti i paesi del mondo
a padiglioni uguali
in allineamenti simmetrici,
espressione plastica del concetto
di indiscriminati luoghi di ricovero.
Oggi, mutato il concetto stesso
della funzione di questi organismi
lo schema
non ha più
alcuna ragione di essere.
Questo allineamento militaresco
riconosciuto disumano
non viene più riproposto,
ma anche l'ospedale
immaginato
come composizione di muri
per racchiudere gli assistiti
anziché come organizzazione
di spazi per lo svolgimento
della loro vita
è pur esso un concetto
qui a Marzana
ritenuto superato.**





Se si riguarda
l'assistito
non già come « oggetto »
dell'edificio assistenziale,
di un'organizzazione
di cure e servizi
pensata in funzione
dei medici e degli amministratori
ma piuttosto come « soggetto »
di quella organizzazione,
se si cerca
di immaginare l'edificio
come l'assistito lo vede
e si tengono presenti
tutti i suoi problemi
psico-affettivi,
ecco che allora
la puntuale e razionale
risoluzione
dei problemi tecnici
sanitari, igienici,
non può più da sola
venire ritenuta sufficiente.
Si sente la necessità
della risoluzione coerente
ed adeguata
di problemi umani
e psicologici
che richiedono una diversa « dimensione ».

ristrutturare il servizio di igiene mentale definendone meglio i compiti e le attività.

L'assistenza ai malati di mente dimessi dall'Ospedale Psichiatrico ci sembra debba essere svolta, in accordo con il citato disegno di legge, sotto la guida del Direttore dell'Ospedale Psichiatrico onde assicurare uniformità di trattamenti assistenziali e terapeutici. Ugualmente deve essere coordinata, perché sia resa più efficiente, l'opera di prevenzione della malattia mentale. Ovviamente, non si tratta solo di innovare i criteri di impostazione del servizio, ma anche di potenziare le strutture già esistenti moltiplicando gli ambulatori-dispensari, istituendo un servizio sociale più capillare, aumentando il personale medico.

CRITERI GENERALI

Il territorio della provincia verrà diviso in tre zone, tenendo conto delle caratteristiche geografiche e della densità della popolazione: una zona centrale, comprendente il territorio del Comune di Verona; una zona orientale; una zona occidentale. Ciascuna zona verrà ad avere una popolazione di circa 220.000 abitanti (carta topografica a pag. 29). Non si esclude che per il futuro, qualora se ne ravvisasse l'opportunità, si possa delimitare anche una quarta zona comprendente il territorio meridionale della provincia.

Ogni zona, suddivisa a sua volta in cinque settori, avrà un centro ospedaliero ed un Servizio di Igiene Mentale con ambulatori-dispensari periferici, su ciascuno dei quali graviterà una popolazione di circa 60.000 abitanti (5 ambulatori e 5 équipes per zona). Questa struttura periferica potrà in futuro costituire l'ossatura per l'organizzazione di tutta la medicina sociale e preventiva (dispensari antitubercolari, ambulatori cardio-reumatologici e di medicina del lavoro, consultori dell'Opera Nazionale Maternità Infanzia, centri oncologici).

La stessa équipe funzionerà presso i centri ospedalieri e i centri di igiene mentale assicurando la continuità dell'assistenza e della terapia.

I centri ospedalieri, che nel clima di liberalizzazione delle strutture chiameremo fin d'ora Ospedali Neuropsichiatrici, con denominazione già in uso presso altre province, avranno ciascuno una capienza di circa 400 posti-letto. Pertanto, due saranno costituiti a Marzana, per le zone centrale e orientale, e un terzo a Ponton per la zona occidentale.

La psicogeriatría sarà pure organizzata a settore, proprio per evitare l'istituzione di un grande cronico. Ogni centro ospedaliero provvederà a creare

appositi reparti per pazienti in età geriatrica, ai quali si dovrà offrire un'assistenza specializzata sia dal lato somatico che dal lato psichico.

La neuropsichiatria infantile, affidata al Centro Medico Psico Pedagogico reso autonomo, sarà impostata su base provinciale sia per quanto riguarda il dépi-stage precoce delle forme morbose e l'opera di assistenza, sia per quanto riguarda l'osservazione dei malati mentali in età evolutiva che verranno effettuate in un apposito reparto ospedaliero. Tale reparto, capace di 10-15 posti-letto, avrà sede presso l'Istituto Provinciale Assistenza Infanzia, attualmente in via di costruzione, mentre i vari ambulatori verranno istituiti presso il Palazzo della Sanità.

Lo schema di assistenza in Istituto agli insufficienti mentali in età evolutiva sarà il seguente:

a) per quelli di età inferiore ai 6 anni – campo nel quale finora nulla è stato fatto nella nostra Provincia e ben poco nelle altre – realizzare una assistenza presso l'Istituto Provinciale Assistenza Infanzia;

b) per gli insufficienti mentali gravi di età compresa tra i 6 e i 14 anni che non trovano oggi assistenza in nessun istituto esistente in territorio provinciale, la Provincia provvederà a utilizzare un Istituto capace di circa 80 posti a Marzana, fuori dal recinto ospedaliero;

c) per gli insufficienti mentali di grado medio e lieve continuare a fruire degli istituti religiosi esistenti nel territorio della Provincia, invitandoli, attraverso apposite convenzioni, a meglio qualificare la loro opera.

In tal modo tutti i giovani minorati psichici da 0 a 14 anni troveranno assistenza presso Istituti veronesi.

Resta ancora scoperto il problema dell'assistenza ai caratteriali, soggetti di normale livello intellettuale, i quali presentano turbe del comportamento dipendenti da abnorme strutturazione della personalità. Tali soggetti necessitano di un trattamento psicoterapico e pedagogico specializzato, in ambiente particolarmente qualificato. Per tale assistenza, che rientra parzialmente nella competenza della Provincia, sarà opportuno sollecitare qualche Ente a creare un istituto che per sue caratteristiche, pedagogiche-scolastiche, di addestramento professionale e psicoterapiche, sia in grado di affrontare in modo adeguato tale problema.

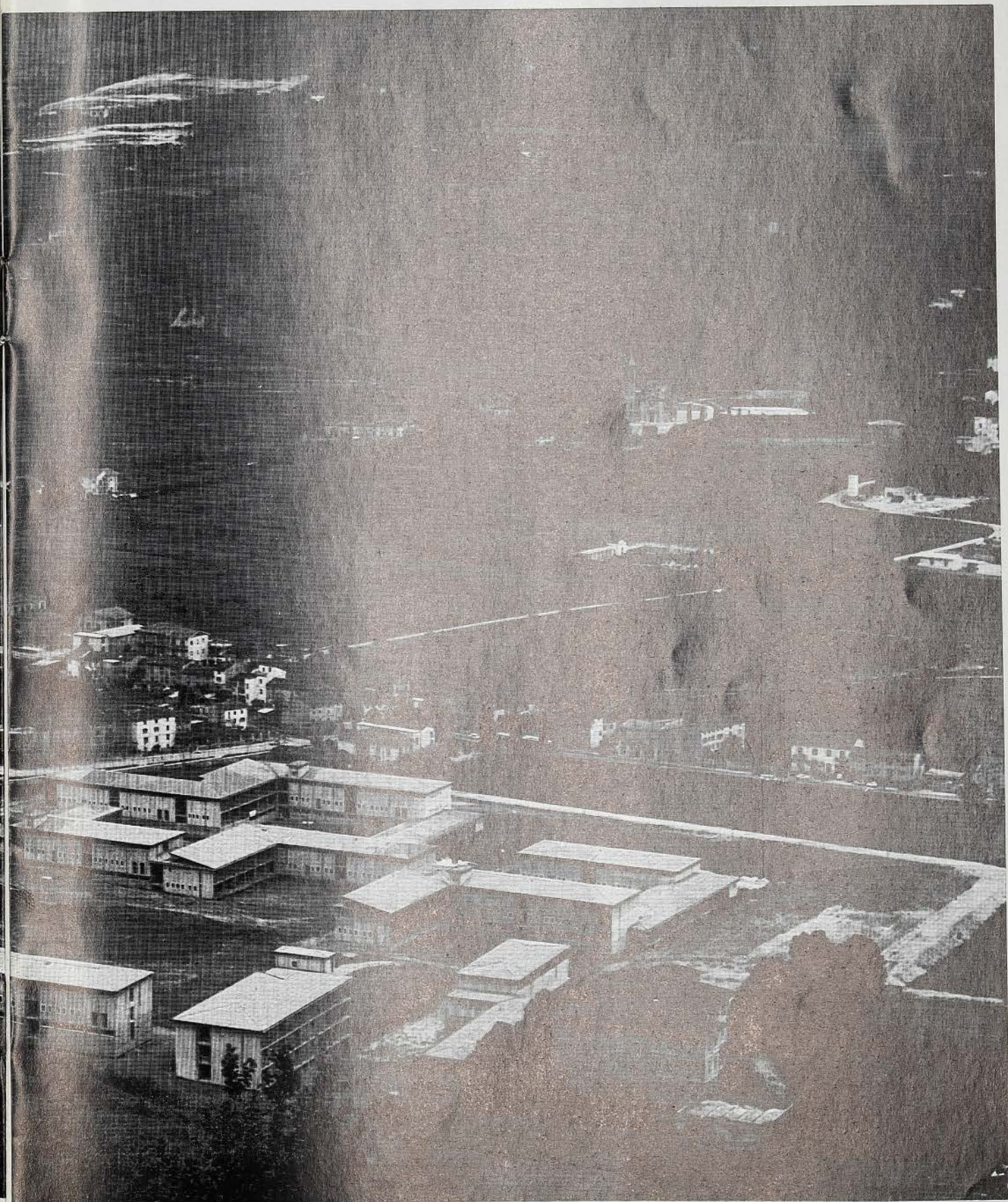
Tutti i servizi per la neuropsichiatria infantile saranno svolti da 3 équipes, ciascuna formata da un pedopsichiatra, uno psicologo ed una assistente sociale. Si prevede inoltre l'opera di due testiste.

Un'altra struttura a livello provinciale sarà il centro di lavoro protetto da istituirsi a S. Floriano.

La « dimensione » di Marzana
corrisponde piuttosto
alla casa dell'assistito,
agli spazi
della sua esperienza abituale,
allo svolgimento
della sua normale
vita domestica.
Non più
la visione statica
di chi « guardi dal di fuori »
o di chi sia costretto
al letto.
L'esperienza di chi « vive »,
la successione degli spazi
e ridà
nello svolgimento
delle relazioni dell'ospite
con le persone
e con le cose.
Si è convenuto cioè
di tendere
a determinare ambienti
raggruppati in nuclei
di misura familiare
invece che allineati
in file oppressive,
articolati nel verde
invece che sovrapposti
rigorosamente e meccanicamente.







SCHEMA DI ORGANIZZAZIONE

a) *Zona centrale*: comprendente il territorio del Comune di Verona (abitanti 221.221).

— Centro ospedaliero a Marzana: 400 posti-letto.

— Tre divisioni: 1 « aperta » per le forme nevrosiche e reattive; 1 « potenzialmente aperta » per i pazienti in età geriatrica e lungo-degenti; una terza per le gravi psicosi ed i ricoveri coatti in ossequio alla vecchia legge tuttora vigente. Naturalmente, queste sono indicazioni di massima tendenti a precisare che ogni centro ospedaliero potrà avere un reparto « aperto » e un reparto specializzato per i pazienti in età geriatrica; ogni Direttore potrà poi organizzare e suddividere come crederà più opportuno i tre padiglioni.

— un ospedale di giorno a Marzana: 25 posti.

— Un centro di igiene mentale con ambulatori-dispensari.

b) *Zona orientale*: comprendente il territorio orientale della provincia (abitanti: 229.051).

— Centro ospedaliero a Marzana: 400 posti-letto.

— Tre divisioni, come per il settore centrale.

— Un ospedale di giorno a Marzana: 25 posti.

— Un centro di igiene mentale con 5 ambulatori-dispensari situati presso l'Ospedale Neuropsichiatrico di Marzana, l'Ospedale Civile di Legnago, S. Bonifacio, Zevio e Cologna Veneta.

c) *Zona occidentale*: comprendente il territorio occidentale della provincia (abitanti: 217.245).

— Centro ospedaliero a Ponton: 400 posti-letto.

— Tre divisioni, come per gli altri settori.

— Un ospedale di giorno a Ponton: 25 posti.

— Un centro di igiene mentale con 5 ambulatori-dispensari situati presso l'Ospedale Neuropsichiatrico di Ponton e presso gli ospedali civili di Caprino, Bussolengo, Villafranca e Isola della Scala.

STRUTTURAZIONE DEGLI AMBIENTI

Per le zone centrale e orientale, basteranno le strutture in via di costruzione esistenti a Marzana; sarà sufficiente aggiungere, al complesso già previsto, un edificio per le direzioni sanitarie, i servizi di guardia e la portineria. Sarà necessario dividere il complesso ospedaliero in due parti, ciascuna comprendente tre padiglioni e un ospedale diurno. I servizi generali, la radiologia, l'elettroencefalografia, il laboratorio, la biblioteca ed il centro sociale saranno in comune tra i due Ospedali Psichiatrici.

Per la zona orientale, bisognerà costruire a Ponton un nuovo padiglione di circa 120 posti-letto e la chiesa; rimodernare i reparti Trezza e Massalongo; trasformare il reparto S. Camillo in « ospedale di giorno »; sistemare meglio i servizi generali.

L'attuale complesso di S. Floriano, adeguatamente trasformato e sistemato, potrà essere adibito a centro di lavoro protetto ed affidato, per la parte sanitaria, all'Ospedale Neuropsichiatrico di Ponton. Servirà per quei pazienti dimessi dagli Ospedali Psichiatrici che non abbiano una idonea assistenza familiare. Poiché non si tratta di un centro ospedaliero, saranno escluse sia le cure specialistiche, ad eccezione delle comuni terapie di mantenimento, sia la continuità dell'assistenza medica.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Riteniamo che questa nuova organizzazione dei servizi psichiatrici provinciali sia senz'alcun dubbio in linea con gli attuali progressi della psichiatria e con quanto viene attuato nei paesi più evoluti sul piano psichiatrico.

La concezione tradizionale dell'assistenza psichiatrica viene, per così dire, capovolta: per favorire il ricupero sociale del malato e limitare la sua segregazione, il ricovero ospedaliero è visto come un momento, non obbligatorio, dell'opera di assistenza, mentre per mezzo di un capillare servizio di igiene mentale si vuol fare in modo che il malato sia il meno possibile distratto dalla società e possa al più presto inserirsi in essa produttivamente.

Di qui, la proposta di suddividere il territorio della Provincia in tre zone, ciascuna delle quali disporrà di un centro ospedaliero e di un servizio di igiene mentale strettamente collegati tra di loro. Invece del grande Ospedale Psichiatrico ci saranno dunque tre piccoli ospedali neuropsichiatrici, con reparti tutti potenzialmente aperti, e verranno moltiplicate le strutture extraospedaliere.

Si tratta, come è evidente, di una innovazione sostanziale dei criteri di assistenza psichiatrica e non semplicemente di un potenziamento dei servizi. Terapia « intensiva » ed assistenza « estensiva » sono i due punti nodali sui quali s'impenna tutto il programma, al fine di rompere definitivamente l'isolamento dell'Ospedale Psichiatrico e, superata la diffidenza verso la psichiatria, offrire un'opera veramente efficace di prevenzione, cura ed assistenza nel campo della patologia mentale.

Nella pagina precedente: una veduta generale del complesso di Marzana. Il centro ospedaliero potrà funzionare alla fine del prossimo anno. Si tratta di un complesso progettato con criteri moderni e tecnicamente ben attrezzato; in esso sono anche stati previsti dei reparti che possono funzionare come « ospedale di giorno ».

PSICHIATRIA:

MEDICINA DELLA PERSONA

In poche specialità come nella nostra si è assistito ad un giocare tra i profani, e non solo tra i profani, con la terminologia per dire e non dire... quasi ad esprimere un pudore, o più espressivamente, una « pruderie » per le anomalie di una « materia » così strana e così sacra quale è la psiche umana!

Eppure si tratta spesso di concetti abbastanza semplici, anche se tutt'altro che semplici ne sono gli approfondimenti e le interpretazioni.

Troviamo qualche idea chiara nella medicina ipocratica. Essa assegnava al cervello funzioni direttrici fondamentali sul soma: « mens agitat molem » e riconosceva un rapporto diretto tra psiche e soma attraverso il termine unico di « umore » che sottolinea la unità psicosomatica per cui lo stato affettivo influenza gli umori dell'organismo, cioè la situazione biochimica, e viceversa tale situazione influenza lo stato psichico. Il termine di melancolia, bile nera, è ancora oggi di una espressività sorprendente.

Nel corso dei tempi questa limpida visione magistrale si è perduta. Il cervello, nella sua perfezione strutturale, ma senza moto e inerte, ha distolto la attenzione degli uomini. Si è attribuita al cervello qualche funzione secretiva e qualche funzione motoria, ma un animismo ed uno spiritualismo esagerati al paradosso hanno distratta l'attenzione dal viscere più importante della nostra personalità, portandola su altri organi che possiamo chiamare più « espressivi » perché dotati di movimento o suscettibili di variazioni di volume o di reazioni vasomotorie, o di turbe della motilità, delle secrezioni e dell'equilibrio dinamico...

Non solo il cuore con le sue reazioni tanto evidenti

e significative, ma anche i visceri toraco-addominali, attraverso le manifestazioni dell'ansia, le ginocchia, la tiroide, la pelle, gli occhi sono diventati oggetto della attenzione non solo degli artisti, ma anche di studiosi dell'uomo, di filosofi e dell'uomo qualunque. Si è stabilito, per così dire, un corto circuito tra spirito, con e senza la S maiuscola, e organi periferici innervati dal sistema vegetativo, saltando il viscere nobilissimo dei pensieri e dei sentimenti. La stessa devozione religiosa al Sacro Cuore è la espressione di questo apprezzamento dei sentimenti attraverso la espressione vegetativa tangibile.

È stato così in oblio, quasi direi in un sonno invernale foriero di rigoglio primaverile, ogni interesse per il viscere cervello! Conseguenza di ciò: una visione magico-religiosa (non in contrasto con la visione spirituale più perfetta tra gli spiriti eletti), della malattia e del malato mentale. L'indemoniato, l'affetto da « morbo sacro » (l'epilettico), l'affetto da « vesania », sono messi ai margini della società e si arriva alle torture oltre che all'isolamento di questi uomini « alienati », cioè che si sono o sono stati allontanati ed estraniati dalla Società degli uomini. È un isolamento che assume dimensione e portata sociali nel XVII secolo, che segna la nascita del « Manicomio » e che vede legiferata la reclusione.

Sono di allora le disposizioni di legge a definire la malattia mentale usando i termini di mentecatto, pazzo, matto e simili.

Sorge un concetto giuridico che toglie, diciamo, la caratteristica di opera di carità all'interesse per il

malato di mente, che aveva visto per es. con S. Giovanni di Dio una delle più significative istituzioni.

È interessante e forse apparentemente strano, ma gli ospedali psichiatrici sono sorti dalla « Giustizia » e non dalla « Medicina ».

Sono stati i Giudici di fronte alle difficoltà di chiarire le responsabilità e la imputabilità di alcuni soggetti a descrivere come anormale il comportamento di certi imputati.

Le prime cartelle cliniche sono negli Atti Giudiziari fatte da funzionari che studiavano la persona come unità, e come totalità, perché è eventualmente tutta la persona ad essere colpevole.

Il medico entra solo nella prima metà del XIX secolo e forse il primo psichiatra moderno è Scipione Pinel. Psichiatra perché considera anche sotto lo aspetto della patologia la persona del « pazzo ». Prima di Pinel nel manicomio, che fisicamente sorge laddove era stata ospitata la lebbra, ormai debellata, c'era solo il chirurgobarbiere e il medico epidemiologo. Ora con Pinel si aggiunge l'aspetto clinico-scientifico alla psichiatria. Questo non ha significato però spezzettare l'unità della persona, ma solo trovare un nuovo punto di comprensione e di interesse.

E qui nasce un concetto storicamente importante: di malato e di asociale.

Con la psichiatria-medicina si aggiunge il concetto di malato a quello di individuo non rispondente alle esigenze e alle domande della società.

Mi piace sottolineare come la personalità di Equiról e Pinel, ambedue ex seminaristi, così come in Italia quella di Chiarugi, si estrinsechi nella doppia impronta medica e sociale e inizi la ricerca scientifica. Si comincia ad argomentare sui rapporti ponderali, di superficie e di struttura, tra anatomia del cervello e facoltà psichiche.

L'epoca della tecnica trova pronto il terreno per tutte le applicazioni: la struttura e la biochimica del cervello sono oggetto di indagini ricche, approfondite, entusiasmanti. I risultati sono brillanti ma, ad un certo punto, la mano dello scienziato rimane sospesa: quel meraviglioso substrato materiale di miliardi di cellule e di fibre non è una meravigliosa costruzione autosufficiente né, per così dire, che ha in sé principio e fine. No, quella costruzione è sì il vertice della materia, ma essa è anche la condizione substrato di relazioni umane e di atti umani. Quel cervello è strumento di relazioni con il mondo esterno. Più in là ancora esso è substrato di un qualche cosa che trascende la materia, cioè di pulsioni e di valori spirituali. Il cervello, visto così, è ponte tra la fisiologia e le facoltà psichiche che, attraverso conoscenza, valutazioni, affetti, determinano le espressioni di libera scelta.



Il vecchio Ospedale di S. Giacomo in via di demolizione; esso nella sezione di S. Floriano (una vecchia villa con parco).



ospita ancora circa seicento ammalati. Altri duecentosettanta pazienti sono accolti nella sezione di Ponton e cento. Si tratta, come è evidente, di una situazione transitoria, nell'attesa che vengano approntate le nuove strutture.



Venezia col suo San Servolo e Verona col suo San Giacomo hanno dato vita ai primi Istituti psichiatrici del Veneto. reparto differenziato, il manicomio di Verona, di cui si presenta qui un'altra veduta, ha cominciato a funzionare nel



Staccandosi dall'Ospedale Civile, ove costituiva un piccolo vecchio lazzaretto di « San Giacomo della rogna » nel 1880.

E questa può manifestarsi con riferimento ad un Bene assoluto oppure, per adesione anche rinunciataria, a soddisfazioni differenti conformi ad esigenze o impulsi naturali di altro o contrastante livello.

L'uomo deve essere considerato così al di là della perfezione strumentale della sua natura fisica (*Homo animal*) cui presiedono la situazione anatomica e la « centralità vegetativa », in una funzione di atteggiamento personale (*Vir*) e di relazione con il mondo esterno e peculiarmente in una funzione sociale, che presuppone una vibrazione affettiva ed emotiva (*civis*).

Al di sopra però di questa vita razionale e di relazione, ecco il più alto riconoscimento scientifico dell'uomo: la tendenza, insita nella sua natura, ad un ordine che corrisponde ad un Bene assoluto al di fuori del contingente, cioè della misura del tempo e dello spazio. Per questa sua grandezza e complessità è essenziale riconoscere alla *natura umana* una grande realtà: la capacità di conoscere, di intendere e di volere liberamente e di tendere ad un infinito, ad un Assoluto.

Ecco la persona umana che è oggetto della psichiatria. Ecco l'uomo nella sua perfezione nella scala zoologica, che il Creatore ammirato definisce « simile Sibi ». Ecco, però, l'uomo decaduto e corrotto dal peccato originale e portato alle complicatissime deviazioni e corruzioni e ai disordini infiniti della sua realtà, quale si presenta al medico psichiatra.

Questa è la persona umana che la psichiatria moderna rivendica a sé. La psichiatria avrebbe la pretesa di riportare la persona umana all'equilibrio e all'ordine quale era voluto e attuato nella creazione?

No, la psichiatria conosce i suoi limiti attuali e i limiti potenziali. Essa non pretende certo di sostituirsi alle potenze spirituali, né tanto meno di interferire sulle libertà: però, poiché è vero che ogni opera medica che attenua i danni della patologia della natura umana degradata dal peccato originale è opera corredentrice, è particolarmente vero che opera corredentrice è quella di una specialità che tende a riportare ordine nelle sfere del sentimento e del pensiero che sono le qualità più eccelse e differenziate dell'*Homo sapiens* « simile Sibi ».

La psichiatria, come e più delle altre branche della Medicina, è medicina preventiva e curativa ed è anche igiene mentale.

La persona umana, o « composto umano », è una sintesi di fattori congeniti: disposizioni ereditarie, e di fattori provenienti dall'ambiente. L'uomo, per la sua natura di « *Sapiens* » con cui Linneo lo ha classificato tra i viventi, ha una fase evolutiva particolarmente lunga. Il perfezionamento dello sviluppo ana-

tomico e delle funzioni psichiche giustifica la espressione giuridica di « maggiore età » raggiunta a ventun anni. Il « maxima debetur puero reverentia » riassume l'esigenza biologica di una adeguatezza di stimoli ambientali nel corso dello sviluppo del giovane.

È necessario avere un'idea chiara sulla dinamica dei fattori ambientali nella formazione dell'uomo, e non solo nella età evolutiva. Come per tutti i viventi ci sono esigenze particolari in riferimento all'ambiente (mesologia), nell'uomo tali esigenze trascendono il campo della biologia, pure di massima importanza, per quello della psicologia, intendendo con tale espressione lo studio dei rapporti dell'uomo con sé stesso, con l'esterno e con Dio, cioè valori di pensiero, di atteggiamento, di relazione e metafisici.

Le esigenze possono essere soddisfatte con stimoli adeguati quantitativamente, qualitativamente e nel momento adatto. Stimoli non adeguati rappresentano fattori tossici: tossici temporanei o tossici in senso « patoplastico », cioè tali da alterare l'armonia della evoluzione della personalità nel suo sviluppo o anche l'armonia nella personalità adulta.

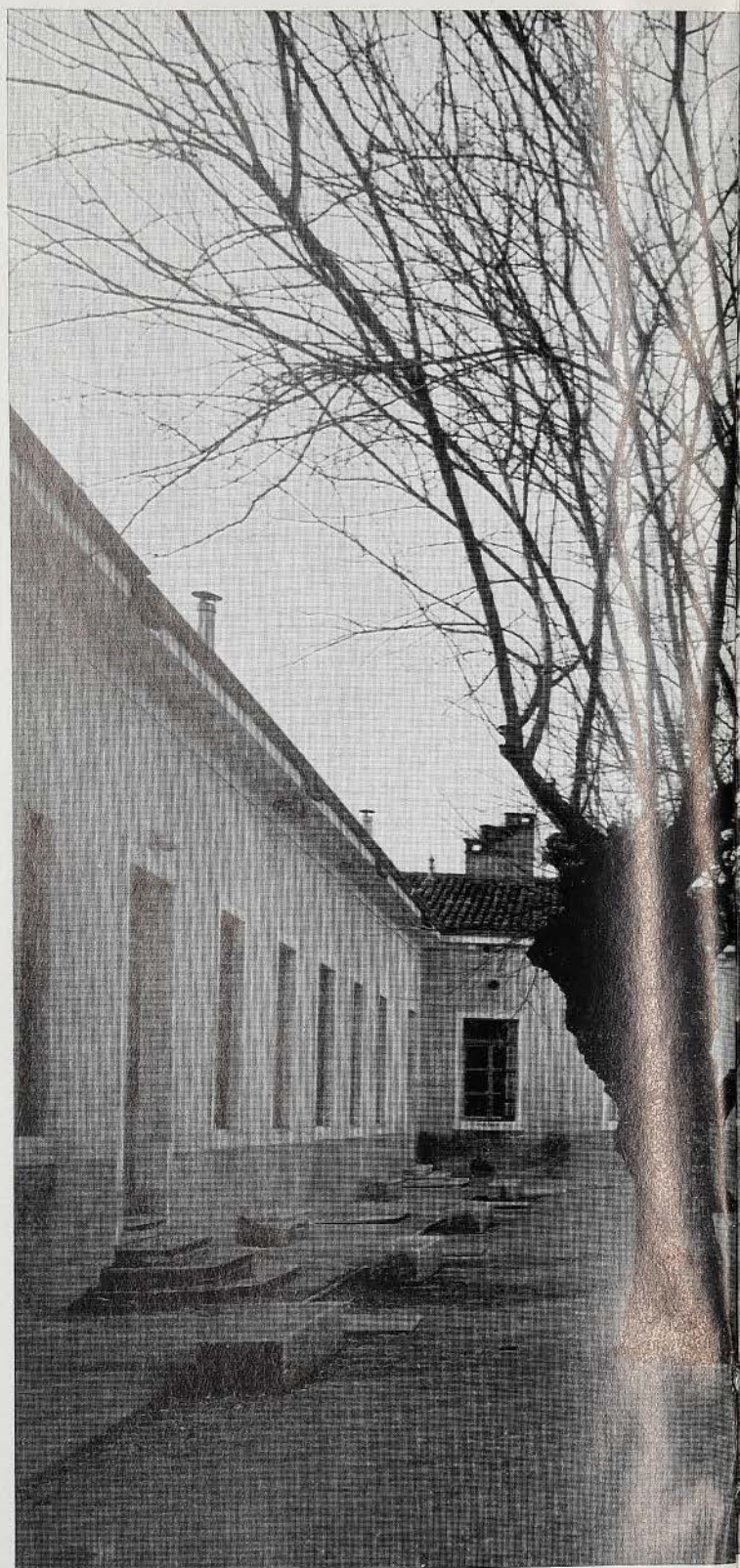
Ecco la « pretesa » e l'attualità della Igiene Mentale: dedurre da uno studio analitico e diffondere norme adatte a rendere l'ambiente il più adatto possibile all'uomo: igiene mentale della età evolutiva e igiene mentale dell'adulto.

Poiché disarmonia e inadeguatezza di stimoli vuol dire sofferenza, igiene mentale vuol dire, sia pure utopisticamente, equilibrio, cioè serenità, cioè gioia di vivere individuale e sociale.

Fare della igiene mentale vuol dire fare dell'uomo un essere soddisfatto di sé e bene inserito nella comunità degli uomini. I problemi ontologici ed i problemi sociali sono i secolari problemi dell'uomo: essi vanno moltiplicando con il complicarsi delle strutture sociali che modificano proprio i rapporti tra uomo ed ambiente e troppo spesso dimenticando il fattore principale, cioè le esigenze superficiali e profonde della natura umana!

Per un pubblico qualificato di lettori è superfluo esporre le applicazioni di questi principi che si riassumono in una igiene mentale familiare, con una ripresa del senso vero della famiglia-focolare di integrazione totale fisica, affettiva, intellettuale, sociale e spirituale, così da realizzare anche l'ambiente educativo ideale. Una igiene mentale associativa sarà quella che studia la casa e l'urbanistica, l'ambiente e il tipo di lavoro: scuola, officina, campo, impiego e l'ambiente di svago, il clima del tempo libero.

Esigenze fisiche, cultura, sessualità, tensione e distensione, moralità, pietà, saranno tutti aspetti della vita dell'uomo che, saggiamente, si integrano con le



Un uomo audace, Caterino Stefani, costruì a S. Giacomo dei « calorifero » ad aria, oggi « a fumo tiepido ». E intorno



grandi edifici, oggi definiti casermoni, ricchi di aria e di luce, poveri di gabinetti e riscaldati dall'allora nuovo
alla chiesa di San Giacomo sorsero, per iniziativa di un uomo che sapeva precorrere i tempi, i differenti padiglioni.



Per i tempi in cui nacque l'O.P.P. di S. Giacomo la nostra Provincia poteva essere soddisfattissima del suo operato: percorso la legge del 1904 e l'Istituto di San Giacomo era indicato come una moderna casa di cura. San Giacomo



applicando il suo motto « *nec descendere nec morari* » aveva
era, insomma, per quanto possibile, una « sede ambita ».

mille discipline particolari. Esse non dovranno e non potranno prescindere dal consiglio dell'igienista mentale!

E la patologia della persona umana? Essa altro non è che la sofferenza in atto per una alterazione di quanto si è detto prima: malattia della persona per sofferenze materiali (somatiche), strutturali o biochimiche, del suo sistema nervoso, per anomalie di orientamento o di funzionamento legate a fattori originari o ad alterati rapporti con l'ambiente: fattori remoti o attuali.

Come si riconosce questa patologia? Attraverso le manifestazioni più semplici e le più strane. Non sempre è il tipico variare del comportamento o della espressione verbale della vera « alienazione »; molto più spesso è un pathos interno, è un modo di prendere posizione di fronte ad un pensiero o ad un avvenimento, altre volte è una alterazione della risonanza personale, cioè della affettività.

E qui è il punto di incrocio più frequente tra la psichiatria e le altre branche della medicina.

La sofferenza mentale, allo stesso modo come si suole esprimere attraverso la secrezione lacrimale e le altre turbe che sogliono accompagnarsi al pianto, può « somatizzarsi », cioè esprimersi attraverso il disturbo funzionale (e più tardi con possibili conseguenze umorali o anche anatomiche di altri visceri, di muscoli o tegumenti). Ecco allora la espressione neurotica della sofferenza psichica. Il « linguaggio degli organi » esprime un disagio che è di competenza dello psichiatra.

E non si sottovaluti questa sofferenza con la solita espressione della ignoranza presuntuosa che guarda a queste « debolezze » come a espressioni puerili di chi « non sa vincersi ». No: non c'è ignorante che non si ritenga idoneo a dare una interpretazione, un giudizio ed un consiglio ai malati « di nervi! » E tutti sanno giudicare che qui si tratta di « esaurimento », qui di « pazzia », là di debolezza e fanno un sorrisetto di disprezzo quando il competente domanda che significato hanno queste parole che non fanno parte del suo vocabolario e del suo linguaggio di tecnico!

Fino a qualche anno fa, quando le patenti erano poche, se una macchina si rifiutava di partire, la persona colta e autorevole diceva che la macchina « è in panne ». Oggi siamo allo stesso punto con la psiche umana. Fino a poco fa « meccanici » eravamo pochi ed eravamo i « parenti poveri » della Medicina, anche se la mancanza di tecnicismi di routine metteva in particolare risalto e richiedeva particolare impegno alle doti degli spiriti magni degli psichiatri che brillano sempre più, col passare del tempo, nella costellazione della Medicina. Oggi la tecnica ci è venuta in aiuto.

Invece di promettervi di accontentare la vostra curiosità per ciò che riguarda l'anatomia del cervello, vi faccio qui la pubblica e sincera confessione che non ne so niente. **Mi augurerei di tutto cuore d'essere il solo ad aver l'obbligo di parlare così, perché potrei col tempo approfittare delle cognizioni altrui.** Sarebbe una gran fortuna pel genere umano se questa parte del nostro corpo che è la più delicata di tutte e soggetta ad assai frequenti e pericolose malattie, fosse tanto bene conosciuta quanto s'immaginano di conoscerla molti filosofi e anatómi. Ma **pochi imitano il candore del Signor Sylvius, il quale ne parla in tono dubitativo, benché vi abbia lavorato intorno più di quanti altri io conosca. Il numero di quelli che nulla tormenta è infallibilmente più grande.** Queste persone, che hanno l'affermazione così pronta, vi diranno la storia del cervello e la disposizione delle sue parti con la medesima sicurezza che avrebbero se fossero stati presenti alla composizione di questa macchina meravigliosa e avessero penetrati tutti i disegni del suo grande Architetto.

STENONE

« Discours sur l'Anatomie du cerveau »

Il « farmaco » che per tanti secoli ha agito sul sistema nervoso solo come tossico, cioè nel senso di alterare il pensiero e la sensibilità dell'uomo, oggi corregge le deviazioni del pensiero, del sentimento e della condotta! Il miracolo è compiuto. Ma questo aiuto prodigioso del farmaco non è tutto. Esso corregge la materia; ma tutta la componente « personalità », nel senso che abbiamo sopra precisato, richiede un avvicinamento personale fatto di analisi, di intuito, di autorità, non esenti da una generosa donazione.

Psicofarmacologia, psicologia, psicoterapia sono i torrenti e gli strumenti di cui si serve lo psichiatra per donar efficacemente quanto può alla persona del suo « cliente ».

Questa, sostanzialmente, la risposta che oggi possiamo e dobbiamo dare alla grande diffusa domanda: « Che cosa è la psichiatria? ».

LE PROSPETTIVE APERTE

DALLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE

Il 18 aprile 1968 è la data in cui è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale lo stralcio della nuova legge per l'assistenza psichiatrica in Italia. Da pochi giorni ha cominciato ad essere operante. E' questa una data che noi, veterani di vita ospedaliera psichiatrica, aspettavamo da lungo tempo! Sono ormai alcuni lustri che tutti i medici degli O.P., rappresentati dalle loro organizzazioni più autorevoli: Società Italiana Psichiatri, Lega di Igiene Mentale, Associazione Medici Organizzazioni Psichiatriche Italiane, avevano iniziato il movimento per la riforma della vecchia legge del 1904, troppo di tipo carcerario e che aveva lo scopo preminente, se non proprio esclusivo, di difendere la Società dai suoi « pazzi pericolosi ».

Essi hanno « predicato al deserto » per molti anni ma sentivano, avevano dentro di sé, la sicurezza della loro tesi fondata sui più validi principi di umanità e di coscienza professionale, aiutati in ciò anche dalle conquiste della psico-farmacologia e dai progressi della psico-terapia. Ma in tutti questi anni gli O.P. andavano trasformandosi in tutti i sensi e ciò soltanto per una lenta opera di rinnovamento sia nei metodi terapeutici, sia, soprattutto, nel regime di vita interna ospedaliera anticipando e attuando già quelle che dovevano essere le basi della nuova riforma psichiatrica.

Lo scopo fondamentale era quello di togliere al ricoverato dell'O.P. quell'atmosfera di sfiducia, di distacco dalla Società e ridare a lui la dignità della sua personalità, un senso di vita attiva, personale e di gruppo, ricostruire i rapporti normali con sé stesso e con gli altri. Sorsero così nell'O.P. di Verona — che

fu veramente un precursore in questo campo — varie iniziative utili agli scopi suesposti: atelier di pittura, dove i ricoverati sono liberi di occupare il loro tempo esprimendo, attraverso una attività grafica e plastica, i loro sentimenti e le loro idee. Tale attività risultò molto gradita, oltre che utile a scopo terapeutico, anche perché si fecero molte mostre di tali opere fuori dall'Ospedale in varie città d'Italia e gli « autori » partecipavano di persona a queste manifestazioni.

Sempre allo scopo di amalgamare attivamente e particolarmente gli ospiti al personale si formarono la corale, la banda e l'orchestrina, con frequenti manifestazioni sia interne, sia esterne.

Si crearono motivi di riunioni, di feste (carnevale con corso mascherato, con larga partecipazione di pubblico esterno), di celebrazioni patriottiche nonostante qualche critica sarcastica da parte di qualcuno.

Per quanto era nelle loro possibilità e nell'ambito, e alle volte proprio ai margini, della vecchia legge i medici degli O.P. avevano fatto degli enormi progressi nel vivificare la vita terapeutica o sociale nei loro, sia pur sempre vecchi e ormai superati O.P.

Ma era assolutamente necessario che si cambiasse anche lo spirito della legge sull'assistenza psichiatrica abolendo il più possibile le discriminazioni giuridiche e le ingiustizie sociali che colpivano i degenti negli O.P. e che dessero l'avvio ufficiale alla ricostruzione degli O.P. sotto i dettami delle nuove tecniche e del nuovo tipo di assistenza. Ciò finalmente è avvenuto e si sono aperte ora nuove strade senza barriere, più larghe, più piane, più efficienti, e che possono arrivare

capillarmente al di fuori dell'O.P. attraverso vari Consultori periferici per seguire ed assistere fino nelle loro case i dimessi dall'O.P.

L'O.P. d'ora in avanti potrà raccogliere i malati liberamente come gli Ospedali Civili senza bisogno di Ordinanze di P.S. e tali degenti non verranno più « segnalati » né alla Procura della Repubblica né al Tribunale, senza limite di tempo alla loro degenza.

Ci potranno essere ancora, ed è inevitabile se si pensa al tipo di malattia, i ricoveri coatti con provvedimenti di P.S. per casi veramente gravi e pericolosi o ribelli al ricovero e solo questi, se il caso per la sua gravità richiedesse una degenza piuttosto lunga, saranno notificati sì alle A.A. locali ma, comunque, il ricovero in O.P. non verrà più scritto nel Casellario Giudiziario. In altre parole le « carte personali rimarranno pulite ». Se questo è il nuovo aspetto

Ognuna assistente, servente od altra persona addetta all'ospedale o estranea, ardisca mai per qualunque pretesto percuotere dementi, dir loro ingiurie, provarli specie nel tempo del maggior loro furore e far loro burle di alcuna sorta e di obbligarli a cose laboriose senza l'espressa licenza del medesimo infermiere-medico, il quale potrà ordinare ciò forse per medicarli e per sollievo...

Vincenzo Chiarugi

Ospizio di San Bonifazio per malati di mente Firenze 1778.

giuridico-sociale di grande importanza per liberalizzare gli O.P. dalle vecchie pastoie burocratiche, non meno importanti sono le nuove direttive per una assistenza psichiatrica più attiva, più vivace, più aperta, più agile, più profonda, più efficace e, soprattutto, più adatta ai nuovi indirizzi di terapia medico-farmacologica, psicoterapia e sociologia psichiatrica.

Il concetto fondamentale ormai da tutti accettato è quello di avere la possibilità che i medici possano seguire molto più da vicino i loro malati in maniera da creare quel contatto continuo umano e spirituale il più affettivo possibile, assolutamente necessario nel nostro campo, sia a scopo diagnostico, sia soprattutto a scopo terapeutico.

Necessità quindi di personale sanitario più numeroso e meglio preparato e minor numero di malati per ogni medico: i nuovi O.P. saranno perciò al massimo di 400-500 letti con 10 medici ognuno. Vi sarà in più personale ausiliario, come infermieri specializzati, Assistenti Sanitarie psichiatriche e Assistenti Sociali in numero adatto.

Ogni Ospedale avrà i suoi Consultori periferici nella zona territoriale di sua competenza dove saranno seguiti i dimessi per il controllo delle cure di mantenimento, saranno tenuti vivi i rapporti tra medico, paziente e familiari; si potranno così seguire i dimessi al loro rientro in famiglia, notando le loro reazioni all'ambiente extra-ospedaliero, guidarli e consigliare loro, e soprattutto ai familiari, il regime di vita e di lavoro più adatto al momento; controllare l'assunzione regolare delle cure e il loro eventuale adattamento alle variazioni del quadro clinico.

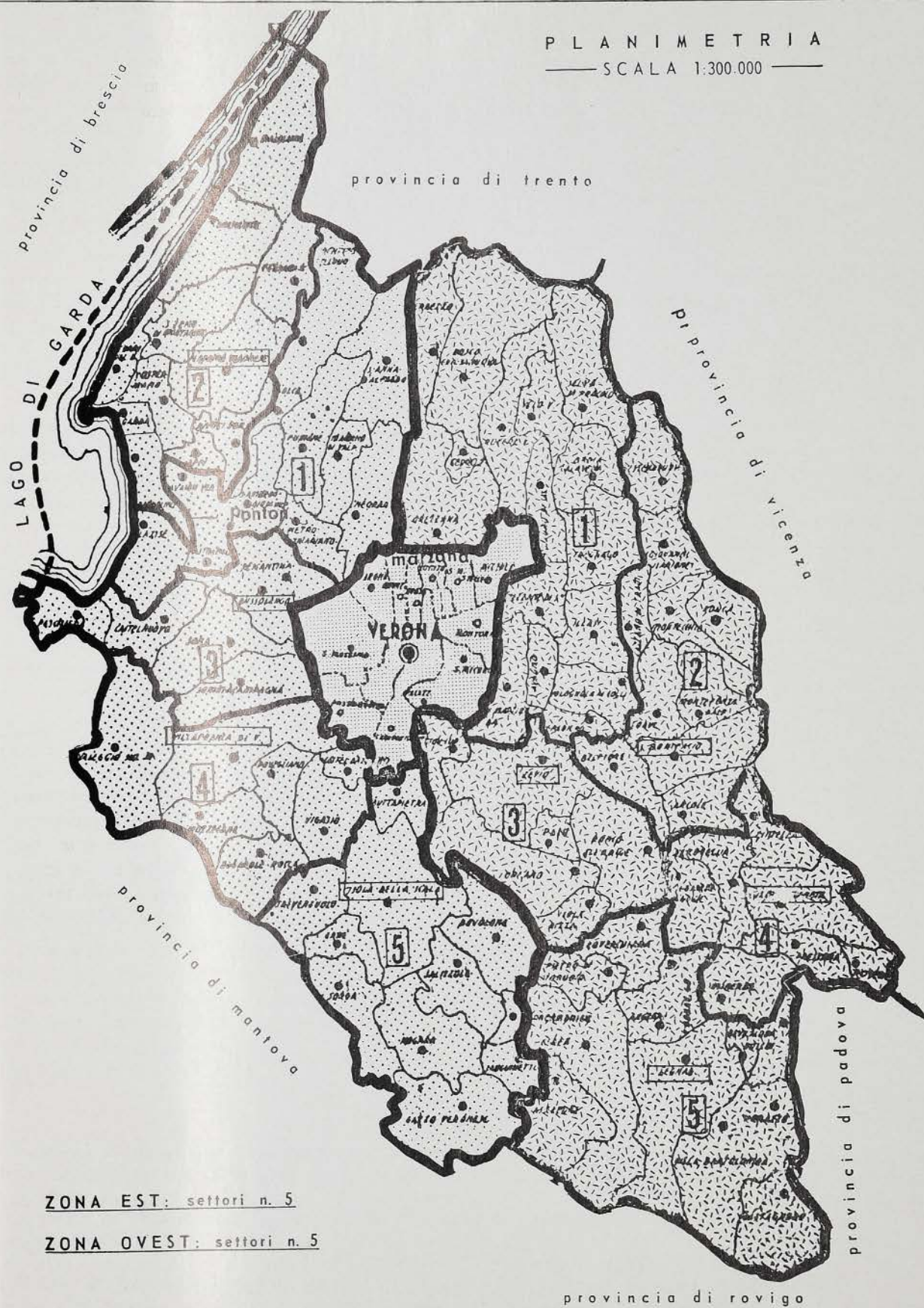
Con una esperienza di oltre 15 anni di uno di questi Consultori periferici il sottoscritto può testimoniare quanto sia utile questa azione profilattica pre e post-ospedaliera, e quanto sia ben sentita dalla quasi totalità dei pazienti e soprattutto dai familiari, che ricorrono al sanitario non solo per riferire sull'andamento clinico del loro congiunto ma spesso anche per consigli d'ordine puramente familiare o sociale. Si continua così a mantenere umanamente vivo e vitale il legame di fiducia e di confidenza tra medico-paziente e nucleo familiare, che è la base di una sana ed efficace psichiatria sociale.

Altra novità importante sarà la possibilità di avere nei nuovi ospedali delle sezioni o dei reparti per soggiorno solo diurno o solo notturno. Ci sono soggetti che dopo il periodo di terapia più intensa, superata la fase critica, hanno necessità soltanto di seguire una terapia più blanda ma con rigoroso scrupolo e almeno ancora per un certo periodo di tempo sotto controllo medico quotidiano, ma possono già iniziare i primi contatti familiari per cui, dopo essere stati in ospedale per l'assunzione della loro dose terapeutica quotidiana, possono rientrare, nel pomeriggio o verso sera, in seno alle loro famiglie. Viceversa, ci possono essere casi che, sia per deficienza di ambiente familiare adatto o sia per necessità di controllo clinico possono riprendere il loro contatto con la società e col lavoro ma alla sera possono ritornare a dormire in O.P. e al mattino, dopo l'assunzione della terapia adatta, ritornare alle loro occupazioni giornaliere.

L'ospedale, quindi, dovrà avere, oltre la sua funzione prettamente diagnostico-terapeutica altamente specializzata, anche la non meno importante e assolutamente necessaria funzione di rieducazione e di riabilitazione dell'uomo clinicamente guarito e riequilibrato ma non ancora del tutto stabilizzato, che necessita di aiuto per ritrovare la sua personalità e rientrare nel suo ambiente nel quale si era isolato o dal quale aveva perso contatto per una rottura dei normali rapporti dovuta al suo squilibrio ideaffettivo.

PLANIMETRIA

— SCALA 1:300.000 —



ZONA EST: settori n. 5

ZONA OVEST: settori n. 5

Non vi è dubbio che con questo sistema non solo le degenze saranno decisamente rese molto più brevi, ma anche le recidive saranno evitate ed anche molti soggetti potranno essere restituiti alla famiglia e alla Società anche se non totalmente recuperati in senso clinico assoluto.

Oggi anche la nosografia delle malattie mentali è mutata rispetto a quella di anni fa: esiste oggi una altissima percentuale di alcoolisti che, superata la fase acuta, hanno bisogno di un lungo periodo di disassuefazione ben controllata e di rieducazione. Altissima è la incidenza delle forme distoniche soprattutto di tipo astenico-depressivo-ansioso-ipocondriaco, in gran parte dovute a deficit di educazione della personalità e alle reazioni negative nell'attuale regime di vita pieno di motivi di lotta di insoddisfazioni, di frustrazioni, di delusioni, di isolamento affettivo. Per gli stessi motivi altra categoria molto importante ed in continuo aumento è quella dei giovani disadattati, disaffettivi, ineducati socialmente, ipomorali, ribelli, con anomalie caratteriali, che non hanno potuto trovare finora, nei nostri ospedali, attuali, tutte quelle possibilità di cure, di rieducazione e di ricostruzione di una più solida personalità per deficienza di ambienti o di mezzi e di metodi adatti. Ed è questa, forse, la categoria di malati che ha più bisogno di essere ben indirizzata, guidata e seguita al di fuori dell'O.P. nel loro reinserimento sociale anche per lungo tempo. È soprattutto in questi casi che si dimostra preziosa la intima collaborazione del medico con l'Assistente psichiatrica e l'Assistente Sociale per la regolare prosecuzione delle direttive terapeutiche e per le necessarie indagini socio-ambientali.

Altra necessità impellente è quella più specificatamente profilattica dell'assistenza all'infanzia e a tutta l'età evolutiva attraverso una maggior diffusione di centri psico-pedagogici di cui già si è constatata la enorme importanza per la diagnosi e la terapia precoce e la discriminazione dei casi, con tutti gli opportuni accertamenti clinici, da indirizzare poi alle istituzioni più adatte per il loro recupero clinico e sociale (Scuole differenziali, istituti medico-pedagogici, reparti psichiatrici per minori, ecc.).

Un aspetto che assume sempre più evidente importanza clinica e sociale è l'assistenza ai senili (qui il discorso sarebbe molto lungo ed investe troppi pro-

blemi familiari, sociali, ospedalieri ecc.). Basta qui accennare che l'età media dell'uomo va aumentando e la popolazione anziana si fa sempre più numerosa nella società e negli ospedali e lo vediamo anche nei nostri: per cui molti vecchi venivano e rimanevano ricoverati negli O.P. con tutte le conseguenze della vecchia legge (ricovero definitivo, iscrizione al Casellario Giudiziario) solo perché insonni, noiosi, brontoloni, bisognosi soltanto di una certa assistenza più impegnativa, più vigile e più paziente. Con la nuova legge tutto ciò sarà evitato, sia perché non ci sarà più la iscrizione al Casellario Giudiziario, sia perché molti senili potranno usufruire dell'ospedale diurno e ritornare in seno al nucleo familiare per molte ore del giorno e della notte. Sarà così evitata il più possibile la « alienazione » del vecchio che oggi, purtroppo, è così frequente.

L'assistenza psichiatrica quindi sarà rinnovata ed aggiornata non solo sotto l'aspetto giuridico (già molto importante), ma soprattutto sotto l'aspetto umano, sociale e clinico-terapeutico: assistenza differenziata per i vari tipi di malati con una larga base profilattica e con la massima espansione extra-ospedaliera per ottenere il miglior reinserimento familiare e sociale di ogni singolo individuo attraverso un'azione terapeutico-rieducativa sull'uomo ma soprattutto anche con una azione diretta a modificare la Società stessa in molte delle sue strutture che diventano spesso motivi stressanti di lotte, delusioni e sfiducia.

Era ora che l'O.P. ponesse fine al suo isolamento, alla sua segregazione, che le mura che lo circondavano fossero abbattute, così che dai nuovi centri ospedalieri si potessero irradiare e diffondere liberamente ed apertamente con più respiro, senza i tradizionali preconcetti, tutte le esperienze cliniche e le conquiste terapeutiche che la scienza psichiatrica ha accumulato in questi ultimi anni di intensa attività insieme con le branche affini della Psicologia e della Sociologia.

Era ora che la Società attuale del progresso, della automazione, della conquista dello spazio, sentisse anche come suo dovere, e direi che dovrebbe essere quello fondamentale, di occuparsi dell'uomo non solo come macchina umana ma anche della forza che fa muovere questa macchina, non solo cioè del corpo ma anche della sua mente.

Nella pagina precedente il grafico illustra come sarà riorganizzata l'assistenza ai malati di mente. Il territorio della provincia verrà diviso in tre zone, tenendo conto delle caratteristiche geografiche e della densità della popolazione: una zona centrale, comprendente il territorio del Comune di Verona; una zona orientale; una zona occidentale. Ciascuna zona verrà ad avere una popolazione di circa duecentomila abitanti. Non si esclude che per il futuro, qualora ne ravvisasse l'opportunità, si possa delimitare anche una quarta zona comprendente il territorio meridionale della provincia. Ogni zona, suddivisa a sua volta in cinque settori, avrà un centro ospedaliero ed un Servizio di Igiene Mentale con ambulatori-dispensari periferici, su ciascuno dei quali graviterà una popolazione di circa sessantamila abitanti.

Il testo della nuova legge

LEGGE 18 marzo 1968, n. 431.

PROVVIDENZE PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

Il Presidente della Repubblica

promulga

la seguente legge:

Art. 1.

Struttura interna dell'ospedale psichiatrico

Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto.

Art. 2.

Personale dell'ospedale

Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.

L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale.

Tale personale è assunto per pubblico concorso.

Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto.

Fino a quando non verrà diversamente disposto continueranno ad avere vigore le norme che disciplinano lo stato giuridico, il trattamento economico, di previdenza, assistenza e quiescenza del personale dipendente dagli ospedali psichiatrici delle province e degli altri enti pubblici.

I regolamenti speciali per ciascun ospedale psichiatrico dovranno contenere le disposizioni di indole mista sanitaria ed amministrativa relative alle nomine del personale, salvo che sia diversamente stabilito da vigenti norme, agli orari di servizio, alle sanzioni disciplinari e ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

Art. 3.

Personale dei centri di igiene mentale

I centri o servizi di igiene mentale istituiti dalle province, ove non dipendano dal direttore dell'ospedale psichiatrico, devono essere diretti da un direttore psichiatra. Al centro ed ai servizi da esso dipendenti sono assegnati, di regola, almeno un pedo-psichiatra ed un psicologo, medici psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico ed ausiliario.

Art. 4.

Ammissione volontaria e dimissioni

L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di

guardia. In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità.

La dimissione di persone affette da disturbi psichici ricoverate di autorità, ai sensi delle vigenti disposizioni, negli ospedali psichiatrici è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza, ad eccezione dei casi nei quali il ricovero di autorità sia stato trasformato in volontario. Tale comunicazione ha carattere assolutamente riservato e non può formare oggetto di notizia, salva la facoltà di darne informazioni, in via egualmente riservata, ad altre autorità dello Stato che ne facciano richiesta esclusivamente a fini di istituto.

Art. 5.

Concorso dello Stato nelle spese degli enti pubblici per l'assistenza psichiatrica e delle province

Lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle province e agli enti da cui dipendono ospedali psichiatrici, per l'assunzione delle nuove unità di medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali ai sensi del precedente art. 2 e per l'assunzione di personale indicato nell'art. 3 nonché per i miglioramenti economici ai medici attualmente in servizio nei limiti dei seguenti stanziamenti da iscriversi nello stato di previsione del Ministero della sanità:
lire 8.000 milioni per l'anno 1968;
lire 12.000 milioni per l'anno 1969;
lire 16.000 milioni per l'anno 1970;

lire 23.394 milioni per l'anno 1971 e suc.

L'assunzione del personale occorrente per raggiungere i minimi richiesti dall'art. 2 e per soddisfare altre esigenze di personale di cui all'art. 3 nei limiti ritenuti necessari dovrà avvenire gradualmente in relazione alle somme stanziato dallo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro per la sanità, con propri decreti, di concerto con il Ministro per l'interno limitatamente ai centri o servizi di igiene mentale e agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province, autorizzerà annualmente per ciascuna provincia o altro ente pubblico da cui dipendano ospedali psichiatrici il numero delle nuove unità di personale da assumere e le relative spese.

Ai fini del concorso dello Stato previsto dal presente articolo, si tiene conto:

a) per il personale di nuova assunzione degli stipendi e delle altre indennità a carattere continuativo comunemente corrisposte, nelle misure stabilite dal comma seguente escluse le indennità per lavoro straordinario;

b) per il personale medico in servizio alla data dell'entrata in vigore della presente legge, della differenza fra gli stipendi tipo e le indennità stabilite a norma del comma seguente ed il trattamento economico in godimento alla stessa data.

Con decreto del Ministro per la sanità, di concerto con i Ministri per l'interno e per il tesoro, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, saranno stabiliti, sentite le organizzazioni sindacali di categoria per i miglioramenti dei medici, gli stipendi tipo per ciascuna categoria di personale e le voci e le misure delle indennità di cui alla lettera a) del precedente comma.

L'erogazione dei fondi è condizionata alla prova dell'effettiva assunzione del personale e alla corresponsione dei miglioramenti economici ai medici.

All'onere derivante dall'applicazione del primo comma del presente articolo per l'anno finanziario 1968 si fa fronte mediante riduzione del fondo iscritto nella parte corrente dello stato di previsione del Ministero del tesoro destinato al finanziamento dei provvedimenti legislativi in corso per l'esercizio medesimo.

Il Ministro per il tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 6.

Contributi a province

Il Ministro per la sanità è autorizzato a concedere, sui fondi stanziati con il precedente art. 5, contributi a quelle province che, non disponendo di ospedale psichiatrico proprio ed avvalendosi, in ba-

se a regolari convenzioni, di istituti ospedalieri eretti in ente morale e non aventi finalità di lucro, provvedano a migliorare l'assistenza ai malati di mente secondo i criteri della presente legge.

Art. 7.

Rimborsi

I medici provinciali sono autorizzati a corrispondere le somme dovute alle amministrazioni provinciali per gli ospedali da esse gestiti e agli enti pubblici da cui dipendano ospedali psichiatrici ai sensi del precedente articolo con ordinativi tratti su aperture di credito che il Ministero della sanità potrà emettere entro il limite che non superi l'importo di lire 300 milioni per ciascuna apertura di credito, in deroga al disposto di cui all'art. 56 del regio decreto 18 novembre 1923, numero 2440, modificato dalla legge 2 marzo 1963, n. 386.

Le amministrazioni degli enti indicati nel precedente comma devono allegare all'istanza di rimborso i seguenti atti:

a) provvedimento del Ministero della sanità con il quale sono stati determinati il numero del personale da assumere e l'ammontare delle spese gravanti sul bilancio dello Stato;

b) provvedimenti da cui risultino l'effettiva assunzione del personale e la corresponsione degli stipendi e delle indennità ammesse al rimborso.

Art. 8.

Contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie

A valere sulle disponibilità del fondo nazionale ospedaliero di cui all'art. 33 della legge sugli enti ospedalieri e sulla assistenza ospedaliera, il Ministero della sanità può concedere contributi e sussidi agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province e da altri enti pubblici, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e dei servizi di igiene mentale, per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza stabilita ai sensi delle vigenti disposizioni non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'art. 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717.

Art. 9.

Garanzia per l'assunzione dei mutui

La Cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni ai comuni e alle province possono concedere mutui anche agli enti pubblici da cui dipendano ospedali psichiatrici per la co-

struzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro per il tesoro, saranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati, nei limiti del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali, a concedere mutui agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici.

Art. 10.

Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere psichiatriche

Fino a quando non saranno istituite le Regioni a statuto ordinario, il Ministro per i lavori pubblici, di concerto con il Ministro per la sanità, concede alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589, dalla legge 30 maggio 1965, n. 574 e dalla vigente legge sui contributi per le costruzioni ospedaliere e per l'estensione della legge 30 maggio 1965, n. 574, alle cliniche universitarie, nei limiti da queste stabiliti.

Art. 11.

Abrogazione

È abrogato l'art. 604, n. 2, del codice di procedura penale per quanto attiene all'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario.

NORMA TRANSITORIA

Art. 12.

Le amministrazioni pubbliche da cui dipendono attualmente ospedali psichiatrici, per quanto concerne il numero delle divisioni, provvederanno ad adeguarsi ai limiti fissati dall'art. 1 entro il termine di cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale delle leggi e dei decreti della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge dello Stato.

Data a Roma, addì 18 marzo 1968

SARAGAT

Moro - Mariotti - Taviani
Colombo - Pieraccini - Reale
Bosco - Gui

Visto, il Guardasigilli: Reale

CRITERI DI ORGANIZZAZIONE

TERAPEUTICA DELL'O.P.P.

Tre aspetti fondamentali caratterizzano l'evoluzione della psichiatria moderna:

1. Il superamento delle preoccupazioni nosografiche del sistema kraepeliniano e delle anguste frontiere di un cieco organicismo;
2. La speciale importanza attribuita ai fattori sociali e culturali nella comprensione della malattia mentale sulla base di una visione psicodinamica;
3. La disponibilità di efficaci tecniche terapeutiche.

Sul piano dell'assistenza psichiatrica, il criterio della segregazione del malato mentale è stato sostituito da quello dell'integrazione sociale. Poiché la « pericolosità » non è carattere costante né preminente delle malattie mentali, la custodia del malato non può essere certo l'unico e nemmeno il principale problema dell'attività psichiatrica; al contrario, deve esserci la costante preoccupazione di non aggravare l'alienazione del malato e di favorire il suo inserimento produttivo nella società.

La malattia mentale — scrive Sivaden — qualunque sia il suo processo patogenetico, appare come una rottura tra l'individuo e l'ambiente sociale. Lo obiettivo finale di ogni terapia psichiatrica deve essere perciò di ristabilire questi contatti. Spesso, in realtà, l'iter che il malato percorre, via via che falliscono i vari tentativi terapeutici e si cronicizza la sua situazione, porta ad un risultato opposto: dai reparti di medicina generale, alla casa di cura specializzata, al reparto neurologico, fino all'ospedale psichiatrico, il malato, che non può esser curato rapidamente, passa da un medico all'altro, da un tipo

di trattamento ad un altro, con la necessità di ripetuti sforzi di adattamento, che rallentano, se non addirittura compromettono, i progressi terapeutici.

Per tutte queste considerazioni si tende oggi ad impostare l'assistenza psichiatrica sul « settore ». Si tratta cioè di realizzare in ciascuna unità territoriale un completo apparato di prevenzione e di assistenza, capace di assicurare il trattamento di tutti i casi a tutti gli stadi della loro evoluzione. Ogni settore deve avere una serie di ambulatori-dispensari possibilmente specializzati, per gli adulti e i bambini, e capaci di svolgere una reale diagnostica e terapeutica. Inoltre ci saranno centri ospedalieri con reparti « aperti » e istituti specializzati per fanciulli e per vecchi.

Una stessa équipe (formata da psichiatri, psicologi ed assistenti sociali) opera negli ambulatori periferici e nei centri ospedalieri, in modo da assicurare la continuità del rapporto paziente-terapeuta.

C'è chi teme che la psichiatria di settore, proprio per il suo carattere di assistenza capillare possa trasformarsi in strumento di potere: una specie di controllo delle coscienze. E senza dubbio ci può essere in tal senso una grossa tentazione; ma in realtà la « politica di settore » riafferma vigorosamente il rispetto per la persona del malato, esprime la volontà di por fine agli atteggiamenti reiettivi e di segregazione che pesano ancora su tanti malati mentali e si propone di portare la società a mostrarsi più tollerante di fronte al malato mentale (Mignot) e più attenta alle norme igieniche dettate dal neuropsichiatra.

L'assistenza settoriale è stata sostenuta nel 1957 anche dagli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i quali pensano che il medico dell'Ospedale Psichiatrico e la sua équipe possa utilmente consacrare una parte del suo tempo all'azione preventiva e terapeutica nella collettività servita dal centro ospedaliero.

Secondo l'orientamento moderno, l'esercizio della psichiatria dovrebbe dunque svolgersi più fuori che dentro l'Ospedale Psichiatrico, reso possibile dalla estensione della psichiatria nella collettività attraverso un servizio di igiene e profilassi mentale articolato in una rete di ambulatori-dispensari. E proprio perché il malato sia il meno possibile distratto dalla società, oltre che ridurre le spese in vista del crescente numero di pazienti, si sono create nuove formule di assistenza quali l'« Ospedale di giorno » (day-hospital) e l'« Ospedale di notte » (night-hospital). Nella prima, il malato rimane in contatto con la sua famiglia pur ricevendo durante la giornata tutti i trattamenti terapeutici necessari che non richiedono obbligatoriamente l'ospedalizzazione, ma che, d'altra parte, non possono essere svolti a domicilio; nella seconda, il malato, sprovvisto di assistenza familiare ma capace di un lavoro produttivo e sufficientemente integrato nella collettività, trascorre l'intera giornata nell'ambiente di lavoro per ritornare in ospedale soltanto la sera.

Moltiplicando i servizi di prevenzione e di assistenza, diminuiranno i soggiorni ospedalieri e soprattutto gli internamenti coatti, i quali saranno limitati ai rari casi di reazione antisociale, inaccessibili ai trattamenti terapeutici ambulatoriali. Già con le strutture attuali, del resto, si nota l'avverarsi di questa previsione fatta una decina di anni fa alla Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il trattamento in Ospedale Psichiatrico dovrà essere solo una tappa transitoria e non obbligatoria in un insieme di misure terapeutiche ed assistenziali. Se esso si rende necessario, bisogna che sia realizzato in un piccolo ospedale e che sia di breve durata al fine di evitare l'inserimento in un ambiente artificiale di vita e dunque in una situazione di alienazione. Per questo l'Ospedale deve essere fornito di possibilità tecniche sufficienti per permettere un trattamento rapido e che contempli, d'altro canto, tutti gli aspetti terapeutici, sia quelli che sfruttano l'azione di speciali farmaci, detti psicotropi, sia quelli che si servono di particolari tecniche fondate su di una concezione squisitamente psicomica del disturbo mentale. Psicoterapia e farmacoterapia non sono infatti antagoniste, ma complementari, se non altro perché tutto l'atteggiamento dello psichiatra deve essere psicoterapeutico. La psichiatria trae vita da un

sano eclettismo che esclude ogni attaccamento feticistico ad una teoria, così come esclude ogni standardizzazione di trattamenti che non sia quella richiesta da una particolare struttura istituzionale. L'integrazione dei due trattamenti deve essere vista in una prospettiva che consideri la situazione del malato in tre momenti fondamentali: prima del ricovero, durante la degenza, dopo la dimissione; si tratta sempre per il malato di un problema di adattamento che va risolto con diverse modalità terapeutiche, anche perché, dopo la dimissione, spesso non abbiamo di fronte un malato guarito, ma un « nuovo » malato, modificato cioè dall'azione sintomatologica del medicamento psicotropo.

I trattamenti andranno scelti e « dosati » a seconda delle necessità del malato e non si dovranno trascurare gli aspetti economici del problema terapeutico né l'esigenza di modificare, se occorre, senza gelosie di scuole e al di fuori di schemi preconfezionati, le tecniche psicoterapeutiche che non debbono essere limitate ad un élite di ammalati, a quelli che possono « pagare lo psicanalista » e sono, per livello di cultura, in grado di capirlo. A questo proposito la psicoterapia di gruppo ha portato a notevoli successi, e risultati davvero incoraggianti forniscono anche le varie « Comunità terapeutiche » fondate su procedimenti di ordine psicosociologici. Un accenno merita anche l'ergoterapia che però va intesa veramente in senso terapeutico; non raramente invece si contrabbanda con tale etichetta ciò che è solo « fatica », non sempre spontanea né liberamente scelta, dei malati di mente « a servizio » dell'Ospedale. Non si esclude, ovviamente, che l'ergoterapia possa anche dare un utile economico, al malato o all'istituzione che lo ospita, ma ciò deve avvenire solo « accidentalmente »: il fine è la guarigione. Senza dubbio, anche la semplice occupazione è utile al malato, ma laddove è possibile bisogna tendere a stimolare nel soggetto il senso della collaborazione e della responsabilità, cioè ad integrarlo produttivamente nel gruppo.

L'ospedalizzazione, insomma, deve essere vissuta dal malato non come una nuova rottura con l'ambiente, ma come una integrazione con un nuovo ambiente; non come una frustrazione, ma come un rapporto affettivo. Le condizioni di vita del malato dovranno favorire il suo riadattamento sociale e non il suo adattamento alla vita dell'Ospedale (Sivadon).

È dunque fondamentale il nuovo modo di vedere il malato nella sua realtà cercando di rafforzare e valorizzare (e non di avvilitare) la sua personalità. Il malato, e non il medico, è il protagonista della vita ospedaliera, e gli Ospedali Psichiatrici devono perdere il carattere paternalistico e filantropico del tipo di assistenza che generalmente attuano.



Un aspetto del «manicomio» così come lo vide un pittore veronese ai primi del secolo.

Ci sembra qui necessaria una precisazione.

La psichiatria è una scienza tutta particolare che se ha radici nella medicina sconfina necessariamente nel campo di tutte le altre scienze che si occupano dell'uomo e viene a toccare problemi che non possono essere risolti soltanto nell'ambito che le è proprio. La moderna concezione della malattie mentale e i moderni metodi di approccio dell'uomo malato hanno reso ancora più evidente questa posizione interdisciplinare della psichiatria e posto degli interrogativi senza dubbio inquietanti, specie se si pone mente alle nuove tecniche acquisite dallo psichiatra ed ai farmaci di cui dispone. Le ricerche sui riflessi condizionati, sui meccanismi dell'inconscio, sulla suggestione, sui tranquillanti e sugli allucinogeni permettono facilmente di ipotizzare, in un futuro non lontano, la possibilità di grandi conquiste, ma si tratta di conquiste che possono essere usate anche contro l'uomo a servizio di una ideologia.

Rimanendo nell'ambito della pratica quotidiana, gli interrogativi e le perplessità non sono minori e s'incontrano in definitiva sullo stesso problema di valore.

Senza dubbi il tipo di approccio terapeutico che la moderna psichiatria sostiene e che in questi ultimi anni si è andato perfezionando, ha una sua validità ed è fondamentale comprendere che l'opera di costruzione della propria personalità spetta al paziente stesso che pertanto deve essere « accettato » dal terapeuta. Ma si tratta di una accettazione senza riserve? Una accettazione spinta sino al punto da lasciare che sia il paziente a decidere della sua « normalità »? E come si devono trattare i problemi morali? Non dimentichiamo che la malattia psichica ha il significato di una frattura con l'ambiente e che il malato di mente si è ammalato in una particolare società ed in questa deve far ritorno; la sociologia non è dunque estranea alla psichiatria, ma noi crediamo che non debba esserle estranea nemmeno una scala di valori etici. Si tratta sempre di accettare il paziente prendendo atto di tutte le sue possibilità e in quanto virtuale punto di partenza per una nuova fase di sviluppo. Questo sviluppo può essere però in vario modo, anche nella emancipazione totale dalle esigenze etiche e dal senso morale. La terapeutica vera

dovrà invece rieducare la personalità del paziente riportandola a condizioni autenticamente umane, e perciò anche morali, nei riguardi dell'Assoluto, degli altri e di se stesso (Nuttin).

Nei rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1950, 1951 e 1953) si sostiene la necessità che in un ospedale i posti-letto si aggirino intorno a 400, poiché da studi economici risulta che le spese di gestione diminuiscono nella misura in cui la capacità dell'ospedale cresce fino a 350 malati ed aumentano a partire da 700 posti-letto. Viene pertanto consigliato di dividere gli istituti troppo grandi in unità totalmente indipendenti, ciascuna posta al servizio di un settore geografico.

Sulle strutture architettoniche le polemiche sono numerose e ancora aperte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia piccoli edifici in luogo di un blocco unico. Ciò che conta, in realtà, qualunque siano le strutture, è poter riunire i pazienti in piccoli gruppi, a seconda delle necessità delle cure; far in modo che il paziente sia stimolato ad integrarsi con il gruppo ma sia, al tempo stesso, rispettato nella sua intimità; far vivere « tutto » l'ospedale realizzando veramente un « ambiente terapeutico » nel quale « tutti » siano impegnati nell'opera di ricupero sociale del malato. A tal fine, non si insisterà mai abbastanza sull'opportunità di un lavoro d'équipe, reso necessario dalla molteplicità dei trattamenti e dall'impossibilità che un solo medico tutti li conosca e di tutti possa vantare completa ed esauriente esperienza. Si realizzerà, così, una vera collaborazione tra i medici, che, da un lato, obbligherà ciascuno a sottoporre a critica la propria opera e, dall'altro, eviterà che la tensione, frutto di eccessiva gerarchizzazione, venga più o meno consapevolmente scaricata sul malato, attraverso il personale infermieristico.

I vari reparti dovranno essere, almeno potenzialmente, aperti ed ospitare i malati secondo una divisione di competenza territoriale; in ogni caso non secondo una divisione che riguardi la forma morbosa, in modo particolare quella tra malati acuti e cronici poiché questi ultimi finiranno inevitabilmente per essere considerati pazienti di seconda categoria. Anche va modificata la troppo rigida separazione tra i due sessi e rivisto l'impiego delle infermiere soltanto nei reparti femminili. È necessario infatti che l'ambiente ospedaliero sia il più possibile simile a quello sociale, a quello cioè in cui il malato dovrà ritornare a vivere. Certo, alcune separazioni s'impongono per la peculiarità dei trattamenti o la necessità di certe forme morbose: è il caso di pazienti dementi od oligofrenici gravi: a questi dovrà essere assicurato il livello di vita più alto compatibile con le loro possibilità

mentali. Ma se si escludono i dementi e gli oligofrenici gravi, ogni altra separazione non è giustificata, se non in casi eccezionali.

Un discorso a parte merita l'assistenza psichiatrica a tre categorie di pazienti anziani spesso trascurate: gli anziani deboli mentali, quelli guariti con difetto non tale da impedirne la convivenza in gruppi sociali, infine quelli che presentano disadattamenti derivati dall'età geriatrica. È ben noto che l'aumento della patologia mentale degli anziani è strettamente connesso con l'invecchiamento medio della popolazione e con le nuove strutturazioni sociali che si vanno formando e che provocano facilmente il disadattamento delle persone anziane, così come, d'altro canto, rendono talvolta difficile l'adattamento dei giovani. Ebbene, in assenza di idonee strutture ove possano essere accolti, gli anziani di cui ci occupiamo vanno di regola a finire nell'Ospedale Psichiatrico dove, con il prolungarsi del ricovero, il loro equilibrio mentale anziché rafforzarsi va progressivamente scadendo e si impoverisce maggiormente la loro personalità. Il discorso vale anche per quei pazienti oligofrenici, non ancora in età geriatrica, capaci di un discreto grado di socializzazione. L'importanza e l'urgenza di una nuova e più moderna (e più umana!) concezione di cura ed assistenza psichiatrica per tutti questi soggetti appaiono evidenti ove si consideri anche il fatto che, attualmente, non meno del 20% dei ricoverati in Ospedale Psichiatrico è costituito da persone che potrebbero benissimo ritornare in famiglia o essere ospitate in idonee case di ricovero, qualora ne fosse assicurata la necessaria assistenza.

Bisogna vincere, è vero, resistenze e pregiudizi di varia natura, ed è anche vero che si tratta di persone che hanno un equilibrio psichico particolare, per cui richiedono strutture e servizi adatti; tuttavia è necessario, da una parte, sollevare l'Ospedale Psichiatrico dalla presenza di questi soggetti che ne ostacolano la dinamica e che, d'altra parte, non ottengono da tale tipo di struttura miglioramenti di sorta, ma semmai un aggravamento delle loro condizioni mentali già deficitarie.

La psichiatria, quella che Tanzi e Lugaro definivano « la più ambiziosa e la più povera delle branche della medicina », conserva oggi tutta la sua ambizione ma finalmente sostenuta da potenti mezzi terapeutici e da più fini strumenti d'indagine. Tuttavia lo « strumento » più acuto e il « farmaco » più valido rimane pur sempre l'opera dello psichiatra, la sua presenza disponibile, sincera, senza ambiguità, il rapporto interpersonale che riesce ad instaurare per mezzo del quale il paziente impari e senta « che egli esiste » conoscendo che esiste nel cuore di un altro (Racamier).

Cronache consiliari

TORNATA CONSILIARE dicembre 1967

Le tre sedute in cui si è articolata la tornata consiliare di dicembre sono state pressoché esclusivamente dedicate all'esame del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1968. Infatti l'ordine del giorno prevedeva soltanto undici argomenti, quasi tutta di ordinaria amministrazione, eccezion fatta per il progetto di bilancio suddetto e quello relativo all'Azienda Provinciale Trasporti.

SEDUTA DEL 14.12.1967

In apertura di seduta, il Presidente ha commemorato la recente scomparsa del prof. Antonio Avena, già direttore dei Civici Musei, critico letterario ed artistico di spiccato valore. Il Presidente ha poi ricordato la scomparsa della madre del prof. Lino Sandri, già Vice Presidente dell'Amministrazione Provinciale, ed ha espresso a quest'ultimo le condoglianze del Consiglio. Infine, egli ha ricordato ancora alcuni dolorosi lutti che hanno colpito vari dipendenti provinciali.

Ha avuto inizio, quindi, il dibattito sugli argomenti posti all'ordine del giorno: in primo luogo, l'esame e la discussione in ordine al bilancio di pre-

visione per l'esercizio finanziario 1968. Innanzitutto, il Presidente ha dato lettura della relazione predisposta dalla Giunta a commento del progetto del bilancio stesso. A lettura ultimata, l'Assessore alle Finanze, rag. Pasetto, ha illustrato il progetto sotto l'aspetto economico, finanziario e contabile.

A questo punto, una mozione d'ordine è stata presentata dai consiglieri Margotto (P.C.I.), Erminero (D.C.) e Sartori (P.S.U.), i quali hanno chiesto il rinvio della discussione sul bilancio alla seduta successiva. Dal canto suo, il consigliere Grancelli (M.S.I.) ha chiesto di poter intervenire seduta stante sul progetto del bilancio in parola.

Il Presidente, fermo restando l'accoglimento della richiesta di rinvio del dibattito, ha dato la parola all'avv. Grancelli. Questi ha dichiarato innanzitutto di convenire pienamente su un punto particolare della relazione della Giunta, là dove viene elevata una vibrata protesta contro il tentativo di abolire l'Ente Provincia. Se un tema politico si impone nella situazione presente — egli ha detto — esso è senz'altro la difesa ed il potenziamento della Provincia nel quadro degli Enti pubblici italiani.

Per quel che riguarda più da vicino il progetto del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1968, il consigliere ha preso atto con soddisfazione dello sforzo della Giunta inteso a mantenere il pareggio. Ampie riserve egli ha formulato

invece per la parte programmatica e promozionale, raccomandando la massima cautela in ordine ad iniziative, di cui non si scorge a priori una concreta utilità.

Conclusosi l'intervento del consigliere Grancelli, il Presidente ha sospeso la discussione, aggiornando i lavori relativi alla data del 19 dicembre. Peraltro, egli ha proposto argomenti indicati nell'o.d.g., salvo quello riguardante il progetto di bilancio di previsione per l'esercizio 1968 dell'A.P.T..

La proposta del Presidente è stata accolta dal Consiglio Provinciale e si è quindi, proceduto all'esame dei seguenti provvedimenti: Manutenzione tronchi a macadam di strade provincializzate. Rinnovo convenzione per il 1968 con i Comuni della provincia; Immobile di proprietà provinciale sito in Verona, via Nicola Mazza, 18. Provvedimenti; Immobile di proprietà provinciale sito in Verona, via Merano. Alienazione; Comune di Erbezzo. Contributo per sistemazione strada comunale Erbezzo-Passo delle Fittanze; Svincolo cauzionale di ricevitoria e cassa della Provincia di Verona per il periodo 1943-53; Ratifica deliberazioni della Giunta Provinciale; Comunicazione al Consiglio di provvedimenti adottati dalla Giunta in virtù di delega consiliare. Tutti questi provvedimenti sono stati approvati all'unanimità o con larga maggioranza di voti.

Si è poi proceduto alla nomina dei revisori del conto consuntivo per l'esercizio finanziario 1967, nelle persone dei consi-

glieri provinciali Cernieri Maria Giovanna, Muraro Giuseppe, Marchi Giovanni, Passarin Pio e Sartori Italo. Sono stati altresì nominati i revisori del conto consuntivo per l'esercizio finanziario 1967 dell'A.P.T., nelle persone dei Consiglieri provinciali: Coltro Santo, Laita Pier Luigi e Guerra Franco.

SEDUTA DEL 19.12.1967

La seduta è stata interamente dedicata alla prosecuzione del dibattito in ordine al progetto del bilancio di previsione per l'esercizio 1968; dibattito che è stato caratterizzato da numerosi ed ampi interventi.

Il consigliere Righetto (P.C.I.) si è adentrato in una lunga e minuziosa disamina degli stanziamenti proposti per i vari settori dell'attività provinciale. Lamentando che i lavori per la conclusione della nuova sede del costruendo complesso ospedaliero psichiatrico di Marzana, procedano a rilento, egli ha anche rivolto una critica all'intera impostazione che si vuole dare al problema psichiatrico, che vede la situazione di Ponton da provvisoria trasformarsi in definitiva, con il conseguente frazionamento dell'assistenza ospedaliera fra Marzana, Ponton e S. Floriano, a suo avviso, dannoso. Sul problema dell'assistenza ai sub-normali, il consigliere ha ravvisato la necessità di costruire un edificio apposito raccomandando che, al compimento del 18° anno di età i sub-normali vengano ulteriormente assistiti, magari con una loro occupazione in aziende protette. Nel settore della istruzione egli ha rilevato la carenza di nuove iniziative, in quanto la Giunta si limita a considerare soltanto le spese di ordinaria amministrazione. Il consigliere ha preso atto con soddisfazione dell'istituzione a Verona della Facoltà di Magistero, ma si è rammaricato dello scarso potere di decisione e di iniziativa della Provincia nella questione universitaria, quando la partecipazione finanziaria provinciale nel Consorzio è tutt'altro che esigua. Per quanto concerne, poi, la ventinata istituzione della Facoltà di Medicina, il consigliere ha sollecitato un apposito dibattito consiliare, nel corso del quale il problema relativo possa essere esaminato a fondo, sia nel suo complesso che nei singoli aspetti ed alla luce dei sempre nuovi maggiori oneri che ricadranno sul bilancio dell'Ente.

Il consigliere Tomei (P.S.U.) ha preso in esame i complessi problemi posti dal progressivo dilatarsi del movimento turistico nella provincia di Verona, affermando la necessità di rafforzare in modo preminente l'impegno organizzativo

per quanto concerne l'aspetto igienico-sanitario dei problemi stessi.

Le norme e le disposizioni in materia igienico-sanitaria — egli ha detto — sono numerose, ma assai spesso confuse e sordinate in quanto la loro adozione risente della rapida e tumultuosa evoluzione del fenomeno turistico: cosicché non può che suggerirsi la adozione di testi unici e di speciali regolamenti sanitari-tipo, che riflettano le esigenze di intere zone omogenee.

Il consigliere Laita (D.C.) ha ritenuto che il preventivo 1968 non sia tale da indurre a sfiducia: al di là della pur evidente rigidità finanziaria, esso consente di ottemperare ancora agevolmente alle esigenze di una buona amministrazione, sia per quanto concerne i compiti di istituto sia sotto il profilo degli interventi nel settore promozionale. Nei riguardi della scuola — egli ha detto — la situazione attuale può forse ingenerare dei timori; ed in effetti la legge n. 641 non prospetta facili soluzioni ai nostri problemi, tuttavia è sperabile che il bilancio provinciale sia in grado di integrare quei contributi che lo Stato porrà a disposizione del settore scolastico.

Ad avviso del consigliere Soave (P.C.I.) i motivi in base ai quali la Giunta sostiene la validità del bilancio di previsione per l'esercizio 1968, sono assai fragili. Se infatti l'Amministrazione — egli ha detto — si limita a portare avanti l'eredità passata, ciò attesta chiaramente la sua incapacità di prendere atto dell'evoluzione economico-sociale e, conseguentemente, dei numerosi problemi che di continuo si pongono all'attenzione della pubblica iniziativa. Il consigliere ha auspicato una maggiore qualificazione dell'Ente, che può attuarsi unicamente per mezzo di un'azione globale, sorretta da spirito vitale, concretezza e senso della realtà. Egli ha concluso asserendo che davanti alle difficoltà non vale affermare semplicemente la propria impotenza; ma è bensì necessario trovare la volontà e la forza di superare i vari ostacoli. E così, una migliore qualificazione dell'attività dell'Ente e delle sue risorse finanziarie pur modeste consentirà ancora di realizzare qualche cosa di utile nello scorcio del mandato amministrativo.

Il consigliere Erminero (D.C.) ha fatto presente che, per portare una critica valida al bilancio di previsione, occorre distinguere chiaramente i compiti dello Stato da quelli della Provincia. A differenza di quanto sostenuto dai consiglieri di opposizione, egli ha affermato come dalla relazione della Giunta appaia evidente la linea di sviluppo dell'attività della Provincia nella programmazione. Premesso, in ogni modo, che non è il caso di en-

trare nel merito dei compiti attribuiti alla Regione e dato atto che inevitabili sono i sacrifici quali derivano e deriveranno agli Enti locali dal binomio programmazione-regione, egli si è compiaciuto per l'equilibrio che la Giunta nella sua relazione ha dimostrato, soprattutto in ordine alla ricerca, alla enucleazione di quel giusto punto di inserimento della Provincia nel quadro programmatico regionale. Si è mirato, infatti, a sfruttare la massima possibilità di intersecazione con la Regione ed il suo programma, mediante la impostazione della «Direttissima» per Legnago e della Tangenziale a sud di Verona, favorendo, così, la circolazione, la recezione e le comunicazioni nel territorio provinciale; fatto operativo, questo, cui non si può non riconnettere una grande importanza. Ed anche le attività di carattere promozionale, un tempo non bene legate e fuse tra di loro, risentono efficacemente della volontà programmatica dell'amministrazione; Il consigliere ha concluso esprimendo l'avviso che l'impostazione del preventivo 1968 è certamente più aperta e più matura di quanto non fosse l'impostazione del preventivo precedente, soprattutto perché denuncia uno sforzo responsabile volto a ricercare una giusta posizione di equilibrio della Provincia e dei suoi fini.

Il consigliere Zorzi (P.S.U.) ha affermato che non vi può essere una vera programmazione senza l'apporto socialista e sindacale, perché le scelte risulterebbero inadeguate e mancherebbe una sostanziale volontà di coordinamento. In via particolare egli ha raccomandato che il piano comprensoriale urbanistico non resti limitato a soli 28 Comuni, bensì venga esteso a tutto il territorio provinciale, onde superare lo squilibrio tra le zone sviluppate e quelle depresse. Infine, egli ha rivolto una formale richiesta alla Giunta affinché una apposita tornata consiliare sia riservata all'esame e alla discussione dei problemi posti dalla programmazione regionale.

Il Consigliere Panozzo (P.L.I.) ha osservato come la relazione politica della Giunta, che accompagna il preventivo 1968, sia troppo diffusa e retorica per un bilancio così rigido e pieno di forzature. Si è cercato di dimostrare — egli ha detto — che la Regione e la programmazione economica sono fattori tra loro strettamente collegati, tanto da aprire un problema di coordinamento, alla cui soluzione dovrebbe attendere la Provincia, data la sua tipica funzione di intermediaria; il che, fra l'altro, giustificherebbe l'esistenza ed il mantenimento dell'istituzione, da talune parte, invece, avversato. Invero sembra che alla volontà di attuare l'ordinamento regionale sia sotteso un

chiaro e radicale spirito di politicizzazione che coinvolgerebbe anche l'unica giustificazione valida della Provincia nella Regione; giustificazione, infatti, che è di natura tecnica e non politica. Sotto questo profilo — egli ha concluso — si può affermare, quindi, che tutta l'impostazione preliminare al bilancio 1968 viene a cadere.

Dopo alcune brevi considerazioni sui vantaggi e svantaggi, al tempo stesso, che dal pareggio del bilancio derivano alla comunità veronese, il Consigliere Passarin (P.S.U.) ha osservato come nella relazione politica della Giunta aleggi chiaro il timore che la Provincia venga cancellata dal novero degli enti pubblici italiani. È

un timore — egli ha detto — che ha una base reale e tanto più, perciò, va apprezzata e condivisa l'appassionata difesa del nostro Ente, la cui esistenza e necessità non abbisognano in fondo di giustificazioni. Chi parla di « depoliticizzazione » degli Enti locali fa a sua volta della politica, equivocando in buona o mala fede sui termini regione e programmazione e trascurando il fatto che la Provincia dovrà integrarsi con l'istituto regionale sulla base delle grandi linee economiche enunciate dall'apposito comitato. L'aumento del reddito medio è un obiettivo da perseguire in una con lo sviluppo delle infrastrutture — ferroviarie, idrovie, stradali e autostradali — cui deve corrispon-

dere sul piano operativo una conciliante volontà di distribuire equamente le singole risorse. Purtroppo, i programmi e le aspettative cozzano contro la limitatezza delle risorse economiche, per cui sarebbe opportuno cercare un'intesa con altri enti al fine di addivenire alla costituzione di una società finanziaria dalla quale poter derivare i mezzi necessari. Diversamente — ha concluso il consigliere — l'azione della Provincia continuerà ad essere molto frammentaria se non addirittura ferma sulle posizioni del passato. Dopo l'intervento del consigliere Passarin il Presidente ha sospeso la seduta, rinviando la discussione in ordine al preventivo 1968 alla data del 21 dicembre.

Attività degli assessorati

SVILUPPO ECONOMICO

(Assessore: Vittorino Stanzial)

Uno tra i meriti precipui dell'Amministrazione provinciale di Verona è, senza alcun dubbio, l'aver messo in cantiere, con l'adesione delle Amministrazioni comunali interessate, di un Piano comprensoriale urbanistico per tutta quella vasta porzione di territorio veronese delimitata dalle linee ideali tracciate da Verona città al confine con la provincia di Trento a monte di S. Anna d'Alfaedo e ancora da Verona città al confine con la provincia di Brescia, lungo l'autostrada Serenissima.

Per più motivi è questo un comprensorio che meritava tutta l'attenzione dei preposti alla cosa pubblica: la Valpolicella, la Valdadige, la regione del Baldo e il litorale del Garda presentavano infatti problemi urbanistici la cui soluzione non poteva andare troppo a lungo procrastinata, qualora non si volesse compromettere anche quanto non era stato fino a quel momento travolto da una situazione che si presentava, sotto diversi profili, assai critica.

Il piano interessa dunque i comuni di Affi, Bardolino, Brentino Belluno, Brenzone, Bussolengo, Caprino, Castelnuovo,

Cavaion, Costermano, Dolcé, Ferrara di Monte Baldo, Fumane, Garda, Lazise, Malcesine, Marano, Negrar, Pastrengo, Rivoli, S. Pietro Incariano, S. Ambrogio, S. Anna, S. Zeno di Montagna, Sona, Torri del Benaco, Pescantina, Peschiera, Sommacampagna. Un territorio di circa 90 mila ettari con circa 120.000 abitanti.

Il Piano comprensoriale urbanistico ha una sua storia, ed a questa converrà rifarsi per meglio capirne lo spirito e valutare la portata dei risultati fin qui conseguiti. Gli studi erano già stati intrapresi infatti da parte della passata Amministrazione e si erano conclusi nell'ottobre 1964 con una indagine critica introduttiva — redatta da un gruppo di architetti (L. Calcagni, C. Carozzi, L. Cecchini, L. Cenna, L. D'Alberto, M. Lucat, A. Rudi, O. Tognetti e V. Vercelloni) e da un loro collaboratore (dott. G. L. Mellini) — nella quale, delineati i caratteri generali del Comprensorio e precisati, con i limiti dell'incarico, gli obiettivi di quello studio, si faceva il punto sui fenomeni emersi e si tracciava un programma per una successiva fase di lavoro.

Già da questa prima indagine appariva subito chiaro che l'iniziativa non poteva porsi come semplice tentativo di regolamentazione delle attività esistenti, ma avrebbe dovuto sfociare in un piano al quale necessariamente avrebbero dovuto conformarsi le discipline urbanistiche ed edilizie dei singoli comuni. Il piano avrebbe dovuto così definire gli indirizzi urbanistici ed amministrativi da assumersi concordemente riguardo ai problemi particolarmente urgenti nel comprensorio come: lo sviluppo turistico, le localizzazioni industriali, il ridimensionamento dell'economia agricola, gli insediamenti residenziali, le reti di comunicazione e di trasporto, la tutela e la valorizzazione del paesaggio e delle bellezze artistiche, la distribuzione dei servizi ed in particolare delle attrezzature scolastiche, assistenziali, ecc.

Nel frattempo veniva nominata l'Amministrazione attualmente in carica che — decisa a continuare nell'esperienza — ritenne opportuno affidare il lavoro di stesura del « piano di sviluppo » (necessaria premessa al « piano territoriale » vero e proprio) ad alcune commissioni — cinque pre-

cisamente — in cui fossero convenientemente rappresentati gli enti, le associazioni e gli uffici di volta in volta interessati alla soluzione di quei particolari problemi. Su indicazioni dettate in precedenza da una Commissione generale coordinatrice, le cinque commissioni addivennero così, dopo una serie di riunioni svoltesi tra la primavera del 1966 e l'estate del 1967, alla stesura di relazioni rispettivamente facenti il punto su: a) l'agricoltura; b) l'industria; c) l'istruzione; d) il turismo ed il commercio; e) la sanità, l'igiene e l'assistenza.

I rapporti delle singole commissioni vennero poi sottoposti alla Commissione Generale Coordinatrice che produsse altre due relazioni, una ad introduzio-

ne, l'altra a conclusione di quelli. I sette volumi di « piano socio-economico » sono stati ora presentati ai sindaci interessati e al Consiglio Provinciale cui è stato chiesto di deliberare la prosecuzione dei lavori onde addivenire alla stesura del « piano territoriale ».

La pubblicazione dei documenti del Piano Comprensoriale è caduta in un momento particolarmente significativo per la programmazione urbanistica nei Comuni veronesi. Essi si trovavano infatti impegnati nella redazione di quei Programmi di Fabbricazione o Piani Regolatori Generali che la circolare del Ministero dei Lavori Pubblici sulla legge 6 agosto 1967, n. 765, richiedeva loro entro breve lasso di tempo.

Il materiale statistico e le osservazioni raccolte dunque nei volumi del Piano han potuto e possono ancora costituire un utile viatico per quanti, amministratori e tecnici, redigono i piani comunali. In tal modo i concetti in esso espressi risultano la intelaiatura nell'ambito della quale i singoli Comuni svolgono un responsabile discorso programmatico in ordine al futuro del territorio.

Dal confronto fra gli elaborati dei singoli Comuni, inserito nella maglia larga proposta, sta nascendo ora la terza fase di questa operazione, che trasformerà la bozza di programma economico-urbanistico in un piano territoriale vero e proprio, con scelte meglio determinate anche nella loro dimensione spaziale.

ISTRUZIONE

(Assessore: Pietro Falsirollo)

L'Assessorato alla P.I. come di consueto di ogni anno in questo periodo, cura l'erogazione delle borse di studio agli studenti meritevoli.

Sono in fase d'esame le domande pervenute dei concorrenti alle borse di studio bandite dalla Provincia, che quest'anno prevedono un'erogazione di L. 3.040.000 così ripartite:

Universitari dell'Università di Verona, $2 \times 100.000 = 200.000$; Universitari di altre Università (con studi limitati nel quadriennio), $2 \times 200.000 = 400.000$; Universitari di altre Università (con studi superiori al quadriennio), $3 \times 200.000 = 600.000$; Licei classici, $3 \times 50.000 = 150.000$; Liceo musicale, $1 \times 50.000 = 50.000$; Liceo artistico, $1 \times 50.000 = 50.000$; Licei scientifici, $2 \times 50.000 =$

100.000 ; Istituti magistrali, $5 \times 50.000 = 250.000$; Istituto tec. agrario, $1 \times 50.000 = 50.000$; Istituto tec. per geometri, $2 \times 50.000 = 100.000$; Istituti tec. commerciali, $5 \times 50.000 = 250.000$; Istituto tec. femminile, $1 \times 50.000 = 50.000$; Istituti tec. industriali, $5 \times 50.000 = 250.000$; Centri professionali, $8 \times 30.000 = 240.000$; Istituti professionali, $10 \times 30.000 = 300.000$.

* * *

All'albo della Provincia e di ogni Comune sono stati esposti anche i bandi per il concorso ad una borsa di studio di L. 300.000 a favore di uno studente col-laboratore del Museo civico di Scienze

naturali, ed uno per due borse da Lire 200.000 ciascuna, della fondazione « Cav. Augusto Mariotto » per studenti o neo diplomati dell'Istituto tecnico agrario « A. M. Bentegodi ». È inoltre bandita anche la borsa « Lebrecht » a favore dei migliori studenti di liceo che si sono distinti nella sessione d'esame di maturità ed intendono intraprendere gli studi universitari o superiori equiparati.

* * *

Su richiesta dell'Amministrazione provinciale, il Ministero della Pubblica istruzione ha istituito in Cerea una Sezione staccata del Liceo scientifico « Roveggio » di Cologna Veneta.

BANCA MUTUA POPOLARE DI VERONA

SOCIETA' COOPERATIVA DI CREDITO A R. L.

ANNO DI FONDAZIONE 1867

SEDE CENTRALE: VERONA

10 agenzie in Verona - 45 dipendenze in provincia

BANCA AGENTE

per il commercio dei cambi e delle valute

Tutte le operazioni di banca e di borsa

