

Paolo Ferrario
In memoria della "Legge Basaglia":
Politiche e servizi per la salute mentale
maggio 2018

1. Origini della psichiatria e dei manicomi

Alcuni aspetti storici sull'origine delle strutture sanitarie destinate alla cura delle malattie psichiche sono già stati trattati ¹: si procederà ora ad ulteriori approfondimenti sulle matrici socio-culturali dell'assistenza psichiatrica.

La parola psichiatria deriva dal greco *psyche* (anima, mente) e *iatriá* (cura, trattamento medico): quindi cura dell'anima. Il termine è stato coniato in epoca illuministica per designare quel settore della medicina che si occupa delle malattie mentali, che nell'antichità e nel medioevo erano considerate di origine sovranaturale, divina o demoniaca ². Nella maggior parte dei paesi europei essa nasce fra la fine del 1700 ed i primi decenni del 1800 ed il suo sviluppo va inquadrato nell'ambito del positivismo e dei riflessi sulle tecnologie mediche indotti dalla biologia:

Forme patologiche furono localizzate, diagnosticate ed etichettate secondo un sistema di classificazione ben preciso, e furono studiate in ospedali trasformati da 'ospizi medievali' in centri di diagnosi, terapia e insegnamento. [...] L'insistenza sulla precisa definizione e localizzazione di patologie fu applicata anche allo studio medico dei disturbi mentali, per il quale fu coniata la parola psichiatria. Anziché tentare di capire le dimensioni psicologiche della malattia mentale, gli psichiatri concentrarono i loro sforzi sul ritrovamento di cause organiche - infezioni, carenze alimentari, danni cerebrali- per tutti i disturbi psichici ³

¹ Cfr. Cap.3.3.

² Cfr GALIMBERTI U. (1992), op. cit., p. 706

³ Cfr CAPRA F. (1984), *Il punto di svolta: scienza, società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano, p. 110

La teoria psichiatrica moderna si é costituita quando é entrata in crisi l'interpretazione magico-religiosa della follia e quando si é cominciato ad usare criteri sistematici per distinguere più chiaramente, all'interno del vasto insieme dei comportamenti devianti, quelli di competenza della religione (gli indemoniati, i posseduti, ecc.), quelli di competenza medica (i folli, i mentecatti, secondo una terminologia dell'epoca, ecc.), e quelli di competenza repressiva e giudiziaria (i criminali).

Per molti secoli la follia non ha rappresentato un problema pubblico cui attribuire uno specifico rilievo e, dunque, non esistevano attività specializzate che avessero il compito di occuparsene. La ricerca storica dimostra che nel passato la follia non era sottoposta ad un controllo sociale molto rigoroso ed aveva suoi spazi di tolleranza, nel senso che questi individui potevano condividere la vita quotidiana con tutti gli altri. Questa situazione cambia quando la crescita della povertà diventa un grave problema degli Stati e occorre renderla adattabile al nuovo ciclo delle economie di mercato:

Fino alla seconda metà del XV secolo, o ancora un po' oltre, il tema della morte regna da solo. La fine dell'uomo, la fine dei tempi prendono l'aspetto delle pesti e delle guerre. Questa conclusione e quest'ordine ai quali nessuno sfugge dominano l'esistenza umana. [...] Ed ecco che , negli ultimi anni del secolo, questa grande inquietudine gira su se stessa; la derisione della follia prende il posto della morte e della sua serietà. Dalla scoperta di questa necessità che fatalmente riduceva l'uomo a niente, si é passati alla contemplazione sprezzante di questo nulla che é l'esistenza stessa ⁴

La trasformazione industriale delle economie, l'urbanizzazione, l'aumento dei conflitti sociali e la formazione degli Stati moderni costituiscono il quadro

⁴ Cfr FOUCAULT M. (1976), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, p. 29. Per una ricostruzione della ricerca complessiva di questo studioso delle istituzioni si veda: CATUCCI S. (2000), *Introduzione a Foucault*, Editori Laterza, Bari

strutturale entro cui si sono svolti i processi di sviluppo delle politiche assistenziali ed ospedaliere. In particolare è da ricordare il " grande internamento", che fu funzionale alla creazione del mercato della forza lavoro ed alla nascita della medicina clinica ⁵. Successivamente si manifestò una "nuova separazione" ⁶ : alla psichiatria ed ai manicomi(dal greco: *manìa* 'pazzia' e *kom-* 'curare') venne fatto assumere il ruolo di separare i portatori di patologie comportamentali, di raccogliarli in luoghi appositi e riservati ad essi e di affidarli ad un particolare gruppo di medici:

Inequivocabilmente l'internamento assume allora un significato nuovo: diventa una misura di carattere medico. Pinel in Francia, Tuke in Inghilterra e in Germania Wagniz e Reil hanno legato il loro nome a questa riforma. E non c'è storia della psichiatria e della medicina che non ritrovi in questi personaggi i simboli di un duplice avvento: quello di un umanesimo e quello di una scienza finalmente positiva. Le cose sono andate in maniera completamente diversa. Pinel, Tuke, i loro contemporanei e i loro successori non hanno dissolto le vecchie pratiche dell'internamento; al contrario le hanno riservate esclusivamente al folle ⁷

In questa azione sociale é possibile individuare non solo la differenziazione dei malati psichici, che avviene sotto la spinta della ragione iluministica, ma anche la distinzione fra colpa e malattia, che é fondamentale, sotto il profilo del diritto, per distinguere se un individuo é sano e quindi punibile per il proprio comportamento, oppure é malato e le sue azioni sono sintomo di malattia ⁸.

Per quanto vaga e incerta fosse la nozione di follia, il processo sociale fu quello di separare i "malati" dai "colpevoli", per immetterli in percorsi terapeutici finalizzati a ripristinare la ragione perduta. Tuttavia tale distinzione rimase

⁵ Cfr. FOUCAULT M. (1976), op. cit., pp. 67-112

⁶ Cfr. FOUCAULT M. (1976), op. cit., pp. 427-471

⁷ Cfr FOUCAULT M. (1997), p. 82

⁸ Sull'argomento si rimanda a: CASTEL (1980), *L'ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, p. 15-40

largamente incompleta, sia per la mancanza di criteri obiettivi individuanti la malattia, sia per la difficoltà culturale ad accettare l'idea che l'attribuzione dell'etichetta di malato di mente rendesse l'individuo non responsabile del proprio comportamento.

Le interpretazioni di questa svolta storica sono molto diverse in rapporto ai riferimenti ideologico-culturali degli osservatori: si va da posizioni che enfatizzano il lato "umanitario" dell'operazione, ad altre che vi vedono gli inizi di una psichiatria intersoggettiva ⁹, ad altre ancora che sottolineano il ruolo costitutivo di una nuova condizione di segregazione basata sul "trattamento morale". In riferimento a quest'ultimo approccio, secondo Michel Foucault, il folle, anche se deresponsabilizzato dalla colpa, proprio a causa della sua infermità (cioè dell'etichetta medica con cui viene definito il suo disturbo), perde ogni residuo di libertà, per decadere a puro oggetto della medicina e diventare il mezzo di affermazione di una nuova categoria di specialisti:

A partire dalla fine del XVII secolo, il certificato medico era diventato quasi obbligatorio per l'internamento dei folli. Ma anche all'interno dell'asilo il medico prende un'importanza preponderante, nella misura in cui lo trasforma in uno spazio medico. Tuttavia, e questo è l'essenziale, l'intervento del medico non avviene in virtù di un sapere o di un potere medico giustificato da un corpo di conoscenze oggettive. L' homo medicus non acquista autorità come sapiente dell'asilo, ma come saggio. Se la professione medica viene richiesta, si tratta di una garanzia morale e non scientifica ¹⁰

Se in Francia la psichiatria si forma in un periodo schematicamente riferibile agli anni 1790-1838, in Italia essa si costituisce alla fine dell'Ottocento principalmente come emanazione della cultura positivista ¹¹. Il secolo XIX si

⁹ Va in questa direzione la seguente ricerca: SWAIN G. (1983), *Soggetto e follia*, a cura di A. Rossati, Centro Scientifico Torinese, Torino

¹⁰ Cfr. FOUCAULT M. (1976), op. cit., p. 574

¹¹ Cfr. la prefazione di F. Giacanelli a Castel (1980), op. cit., p. XII. Una ricerca sulla nascita della psichiatria in Gran Bretagna, Francia e Germania è contenuta in: DORNER K. (1975), *Il borghese e il folle*, Laterza, Bari. La situazione italiana è ricostruita in modo

caratterizza per lo sforzo di inquadrare la psichiatria nell'ambito delle altre discipline mediche: la malattia mentale é vista esclusivamente come una disfunzione del sistema nervoso centrale, come una malattia organica. Ciò porta a due risultati: al tentativo di costruire la "scienza" psichiatrica attraverso un grande lavoro classificatorio, basato su definizioni, sistemi e sottosistemi; ed all'accrescimento del potere tecnico dello psichiatra-clinico, creando contemporaneamente uno squilibrio incolmabile fra medico e paziente.

L'istituzione omogenea e congeniale a questa fondazione di uno specifico paradigma medico é il manicomio: gran parte delle teorie sulle malattie mentali si sono sviluppate e diffuse sulla base dell'osservazione delle persone internate. Questi spazi istituzionali dovevano innanzitutto avere una *funzione di isolamento* dal mondo esterno:

L'isolamento e la separazione dei malati in 'specie distinte' é quindi la costruzione di un 'edificio concepito secondo questa divisione', rispondeva al tempo stesso a finalità terapeutiche, alle esigenze di polizia interna, e rendeva possibile l'osservazione delle differenti specie di alienazione mentale sempre in uno stesso contesto, definito e isolato da qualsiasi interazione non omogenea, per assicurare una registrazione dei dati clinici 'oggettiva', confrontabile con altre registrazioni fatte in condizioni analoghe, alla stregua di qualsiasi altra misurazione scientifica ¹²

La *separazione territoriale* dei manicomi, realizzata con la loro concreta localizzazione in zone extra-urbane, si accompagnava ad una rigorosa *articolazione degli spazi e delle occupazioni* fino a configurarli come cittadelle autosufficienti, dove il lavoro interno (affidato ai soggetti "tranquilli") veniva ideologizzato come ergoterapia ("cura mediante il lavoro") ed entrava in un

approfondito da: PANTOZZI G. (1994).

¹² Cfr. DE BERNARDI A., DE PERI F. (1980), *Tempo e catene*, Editori Laterza, Bari, p. 81-82

circuito economico che consolidava sempre di più l'istituzione nella comunità locale:

Il manicomio doveva, quindi, essere dotato di appositi reparti dove far lavorare i convalescenti; ma soprattutto doveva essere circondato da un ampio appezzamento di terra, per offrire agli alienati il tipo di lavoro che veniva considerato come il mezzo più sicuro per essere riportati alla ragione ¹³

Di grande importanza erano, infine, le *relazioni di autorità*, incarnate nel potere assoluto del direttore dell'istituto su tutti gli aspetti della vita interna (terapie, disciplina, personale di controllo, igiene, ecc.):

Non si pensi che tutto il carattere della psichiatria classica manicomiale dipendesse da chissà quale diabolica perversione o grossolana ignoranza degli psichiatri. [...] I medici dei manicomi non hanno fatto che tradurre in pratica i valori e gli ideali cui si ispirava l'organizzazione dello Stato italiano [...]: rispetto assoluto della gerarchia; severità pedagogica; divisione indiscussa del mondo in buoni e cattivi, in ricchi e poveri; punizione spietata dei malvagi e premio immancabile alla bontà. Né d'altra parte si capirebbe la durezza del regime di vita nei manicomi se non si avesse presente la cupa violenza che permeava le altre istituzioni sociali, come il sistema carcerario, le scuole pubbliche e i collegi

14

Alla fine del secolo in Italia erano presenti tutti i fattori necessari ad articolare una "politica psichiatrica": il codice teorico della disciplina medica; le tecniche di intervento (terapie medico-coercitive; ergoterapia; ecc.); il corpo dei professionisti (nel 1873 gli psichiatri si erano riuniti nella "Società Freniatria Italiana"). Ma soprattutto c'era una estesa rete di manicomi: 59 manicomi pubblici (di cui 3 giudiziari), 30 manicomi privati, 51 altri istituti per il ricovero degli alienati, 4 istituti per frenastenici, oltre alle cliniche universitarie.

¹³ Cfr. DE BERNARDI A., DE PERI F. (1980), op. cit., p. 87

¹⁴ Cfr. GIACANELLI F., GIACANELLI BORIOSI E. (1982), *Le parole della psichiatria*, Zanichelli, Bologna, p. 6

si ricava l'impressione di un notevole impegno concentrato nel tempo: in prima approssimazione si può dire che oltre trenta manicomi furono inaugurati fra il 1867-1870 e il 1904 e di questi, 17 fra il 1880 e il 1895; 6 manicomi almeno risultano inaugurati negli anni 1902-1904 [omissis]: è comunque indicativo di uno sforzo edificatorio compiuto in un periodo determinato da un Paese in non floride condizioni economiche, quasi che il problema delle istituzioni destinate ai folli - e specificamente ai folli poveri- fosse in certo qual modo prioritario¹⁵

Tutti questi elementi oggettivi vennero integrati in una apposita legislazione dello Stato che costituì l'istituzionalizzazione giuridica della realtà manicomiale. Nel successivo quadro è sintetizzato, per grandi tappe storiche, il processo di sviluppo dell'assistenza psichiatrica ¹⁶.

Quadro: *Tappe storiche dell'assistenza psichiatrica*

- 1793 Pinel libera dalle catene i ricoverati dell'Ospizio Bicêtre
- 1838 Francia: emanazione della legge che regola l'amministrazione degli ospedali psichiatrici
- *dalla seconda metà dell'Ottocento* Forte aumento degli ospedali psichiatrici e dei ricoverati
- 1896 Sigmund Freud inizia ad elaborare le teorie che daranno vita al movimento psicanalitico
- 1899. Emil Kraepelin pubblica la sua sesta classificazione delle malattie mentali, distinte in 13 grandi gruppi
- 1904 Italia: prima legislazione psichiatrica
- *dal 1917 agli anni Cinquanta* Applicazione dei trattamenti di tipo fisico: malarioterapia; insulinoterapia; elettroshock; lobotomia
- *anni Quaranta* Con Maxwell Jones, in Inghilterra, inizia la psichiatria sociale e comunitaria
- *anni Cinquanta* Scoperta e utilizzazione di psicofarmaci efficaci basati sui principi attivi della clorpromazina e della imipramina

¹⁵ Cfr. GIACANELLI F. , *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in DORNER K. op. cit., p. XXVIII

¹⁶ Per la stesura si è fatto riferimento a: SHORTER E., op. cit., PANTOZZI (1994).

- *anni Sessanta* Inizi del processo di riduzione dei ricoverati negli ospedali psichiatrici
 - *1978* Italia: approvazione della legge che avvia il processo di superamento degli ospedali psichiatrici che si concluderà alla fine degli anni Novanta
-

2. La prima legislazione sui manicomi

Con Giolitti al ministero dell'interno, fra il 1904 e il 1909 furono approvate le prime leggi sui manicomi ¹⁷. Esse, con una parziale attenuazione delle norme più restrittive nel 1968, rimarranno in vigore fino al 1978 ¹⁸.

Sotto il profilo giuridico-istituzionale gli ammalati poveri avevano il diritto ad essere mantenuti in ospedale psichiatrico dalla provincia ¹⁹, la quale aveva anche il compito di vigilare, tramite una apposita commissione, sugli ospedali stessi. Il principio della gratuità delle prestazioni ospedaliere solo per i poveri ha implicato il diritto di rivalsa, cioè il recupero (totale o parziale) della spesa sostenuta nei casi in cui i ricoverati, o i familiari, non fossero in condizioni di povertà.

Sotto il profilo culturale, per quanto riguarda i *fini del manicomio* è da segnalare la doppia finalità delle norme: la custodia e, in via subordinata, la cura. La legge diceva che:

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché dai manicomi ²⁰

¹⁷ Legge n. 36/1904 e Regio decreto n. 615/1909

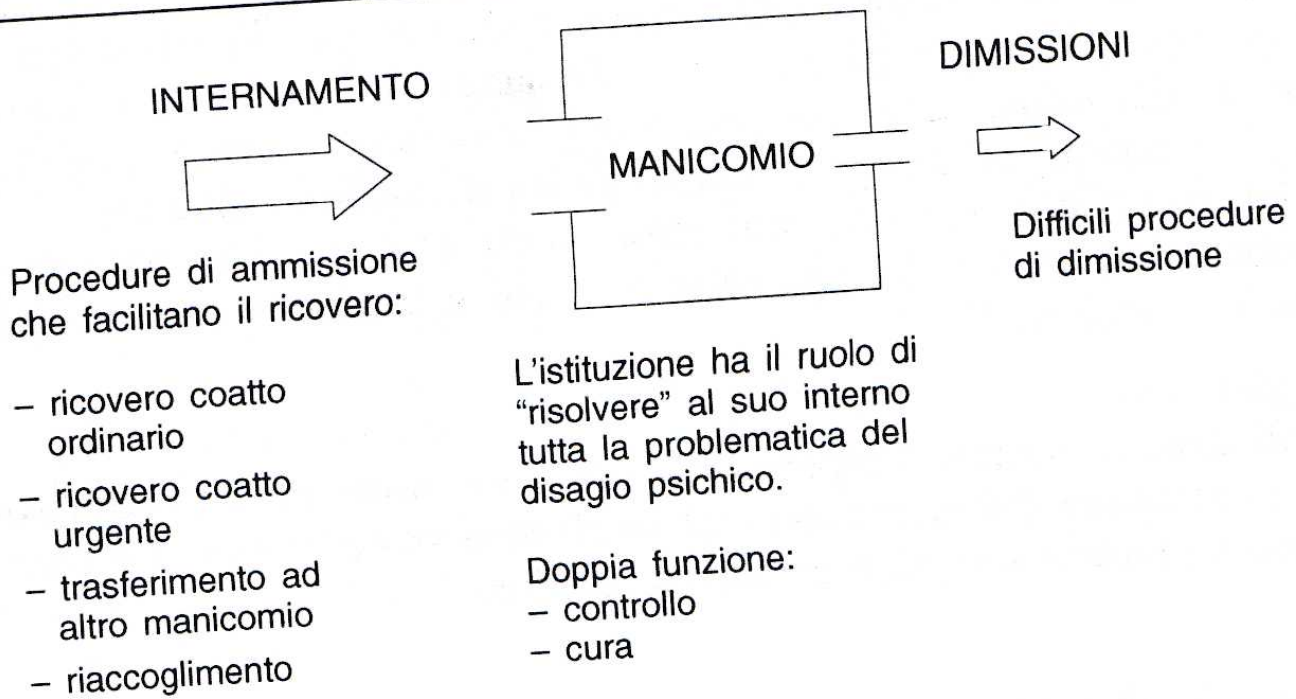
¹⁸ Per la successiva ricostruzione si veda anche: PANTOZZI G. (1994), pp. 125-152

¹⁹ R.D.n. 615/1909, art 72

²⁰ Legge n. 36/1904, art. 1

Dunque il ricovero aveva prevalentemente le caratteristiche di una misura di pubblica sicurezza. La legislazione, in sintonia con il ruolo assegnato alle istituzioni di internamento, favoriva l'ammissione nei manicomi e ne rendeva difficile la dimissione. Il seguente grafico mette in rilievo queste caratteristiche istituzionali.

FIGURA 1 L'istituzione del manicomio: 1904, 1909



... si veda anche Pantozzi, *Storie delle idee*, cit., pp.

Le procedure di "entrata " ed "uscita" erano regolate nel modo seguente :

1) regole di ammissione:

- attori:

L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.

Essa é autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato e di un atto di notorietà, redatti [...] ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese ²¹

- tipi di ammissione:

- ricovero coatto ordinario:

Il pretore del mandamento dove trovasi l'alienato emette l'ordinanza di autorizzazione del ricovero di esso in via provvisoria nel manicomio, qualora dal certificato medico risulti che può esservi trasportato ²²

- ricovero coatto urgente:

"L'autorità di pubblica sicurezza, appena viene a conoscenza in seguito a denuncia od altrimenti di un caso di alienazione mentale, se scorge in esso l'assoluta urgenza, deve provvedere immediatamente senza attendere l'autorizzazione del ricovero stesso ²³

- trasferimento:

Con deliberazione della Giunta Provinciale, per gli alienati a carico della provincia, e per gli altri sopra domanda dell'esercente la patria potestà, del tutore o del curatore o del Procuratore della Repubblica [...] l'alienato può essere trasferito da un manicomio all'altro.

In tal caso il direttore del manicomio da cui proviene l'alienato deve trasmettere a quello del manicomio in cui è trasferito una speciale relazione medica ²⁴

- riaccoglimento:

Verificandosi durante l'esperimento [di dimissione in via provvisoria] la necessità del ritorno del malato al manicomio, questi vi é riammesso in base a semplice certificato medico ²⁵

²¹ Legge n. 36/1904, art. 1

²² R.D. n. 615/1909, art.43

²³ R.D. n. 615/1909, art.42

²⁴ R.D. n. 615/1909, art.61

²⁵ R.D. n. 615/1909, art.66

2) regole di dimissione:

- per incompetenza:

Il tribunale [...] emette il decreto che ordina l'immediato licenziamento di quelli che sono risultati non affetti da alienazione mentale o affetti da deficienza mentale in grado tale da non rendere necessario il ricovero ²⁶

- per guarigione:

Quando il direttore ritiene che l'alienato sia guarito, lo licenzia in via di prova sotto la propria responsabilità, dandone avviso al procuratore della Repubblica ed alla autorità di pubblica sicurezza ²⁷

- in esperimento, con affidamento familiare od eterofamiliare:

Il direttore può, in via di esperimento, consegnare alla famiglia l'alienato che abbia raggiunto un grado tale di miglioramento da poter essere curato a domicilio ²⁸

- per guarigione, con affidamento alla autorità di pubblica sicurezza:

Il direttore [...] quando non esiste più la famiglia, o questa si rifiuti di riceverlo, potrà affidarlo all'autorità di pubblica sicurezza, perché provveda al rimpatrio e al collocamento di esso ²⁹

- per trasferimento: la norma è indicata, alla stessa voce, nella parte sulle ammissioni

La lettura di queste regole mostra che internamento definitivo significava essere presi in un ingranaggio medico e giudiziario da cui era difficilissimo sfuggire.

Ma vi è di più: anche la dimissione non esentava dalle conseguenze dello "stigma sociale", ossia dalle valutazioni ostili collegate allo svantaggio psichico. Infatti la notizia dell'internamento era registrata sul "casellario giudiziale" (schedario esistente presso ogni tribunale per la conoscenza dei precedenti giudiziari delle persone) e ricompariva, anche dopo molti anni, come un marchio incancellabile riprodotto sui documenti burocratici dei pazienti dimessi.

²⁶ R.D. n. 615/1909, art.50

²⁷ R.D. n. 615/1909 art.64

²⁸ R.D. n. 615/1909 art.66

²⁹ R.D. n. 615/1909 art.64

Da questi frammenti della normativa il dato emergente è l'assenza di decisionalità lasciata al malato: a decidere per lui erano sempre i familiari, i gruppi sociali di appartenenza ("chiunque" poteva chiedere ed attivare il procedimento di ricovero), i carabinieri e la polizia, i magistrati, i direttori dei manicomi.

Nella legge e nel regolamento erano tuttavia contenute anche norme che, applicate con atteggiamento terapeutico, avrebbero potuto costituire qualche garanzia per i diritti dei ricoverati. Sono da ricordare: i precisi requisiti del certificato medico che doveva accompagnare il ricovero; i termini tassativi per il periodo iniziale di osservazione, che doveva svolgersi in locali distinti e separati da quelli dove si trovavano i degenti; la nomina del tutore; il diritto di chiunque di reclamare all'autorità giudiziaria contro un ricovero ritenuto indebito; eccezionalità dei mezzi di coercizione degli infermi che potevano essere usati solo con autorizzazione scritta del direttore o di un medico, che andava annotata in apposito registro e che, se indebita, era sanzionata con una pena pecuniaria; la corresponsione di un assegno terapeutico (comunque inferiore alla diaria di degenza) alla famiglia, a parenti od estranei disposti alla "custodia ed alla cura del mentecatto", purché non pericoloso a sé e agli altri; la dimissione in via di esperimento.

E' molto importante tenere conto di queste norme che introducevano sia pur minimi elementi di flessibilità in una legislazione molto rigida, poiché attraverso di esse é stato possibile attuare quelle esperienze di politica sociale e sanitaria che condurranno (circa 70 anni dopo!) alla legge italiana di progressiva abolizione dei manicomi.

Ma per meglio chiarire il significato sociale ed i profili organizzativi dell'istituzione manicomiale occorre introdurre altri elementi descrittivi. I *luoghi di cura* erano così identificati:

- i *manicomi*: istituti pubblici o privati che, sotto qualsiasi denominazione (casa di salute, asilo, ricovero, ecc.) ospitassero "alienati"
- gli *istituti o ospizi specializzati* per malati inguaribili e tranquilli
- i *reparti* separati per mentecatti inguaribili, annessi ai manicomi
- le *case private per l'assistenza etero-familiare* agli alienati non pericolosi
- le *sezioni psichiatriche* degli ospedali generali, per l'osservazione dei malati
- le *cliniche psichiatriche universitarie*, per l'osservazione dei malati

La legge non stabiliva alcuna *dimensione minima* dei manicomi. Il regolamento si limitava a proibire la presenza di malati in numero superiore alla capienza degli spazi e ad imporre determinate strutture interne (locali di isolamento, locali di osservazione, ecc.).

Al *direttore* era assegnato un ruolo determinante, come si può comprendere dai seguenti compiti e poteri:

Il direttore ha piena autorità sul servizio interno sanitario e l'alta sorveglianza su quello economico ed è responsabile dell'andamento del manicomio [...] Esercita pure il potere disciplinare ³⁰

Al direttore [...] spetta di:

- a) provvedere all'ammissione ed al licenziamento dei malati [...];
- b) soprintendere alla cura fisica e morale dei ricoverati e regolarne i rapporti colle famiglie ed esterni;
- c) organizzare tutti i servizi dello stabilimento [...];
- d) distribuire e regolare le funzioni dei medici e del personale di vigilanza e degli infermieri [...];

³⁰ L. n. 36/1904 art.4

e) vigilare a che tutto il personale dello stabilimento, in ogni ramo di servizio, adempia ai propri doveri [...];

f) denunciare alle competenti autorità qualsiasi fatto accaduto o atto compiuto da persone addette allo stabilimento [...];

g) sorvegliare tutto ciò che concerne il servizio economico interno ³¹

Dopo un periodo di osservazione che deve essere il più breve possibile e non eccedere i quindici giorni [in via eccezionale trenta], il direttore del manicomio trasmette al procuratore della Repubblica [...] una relazione circa la natura e il grado della malattia, esprimendo il proprio giudizio [sul trattenimento, trasferimento, affidamento] ³²

Per quanto riguarda il *personale infermieristico*, il direttore aveva la facoltà di istituire corsi per l'istruzione "degli infermieri provvisori ed effettivi". Il regolamento considerava gli infermieri come operatori a contatto con gli infermi, ma con un ruolo più di custode che di assistente alla persona. Infatti la stessa normativa stabiliva che :

Gli infermieri, sia di manicomi pubblici che privati, debbono essere dotati di sana costituzione fisica, riconosciuta con apposita visita medica [...] ³³

Da quanto riportato si possono desumere alcuni tratti del modello culturale autoritario che connotava le regole istitutive delle strutture asilari: autosufficienza del manicomio; totale assenza di potere dei pazienti; rigida previsione di ogni fattore organizzativo; gerarchia e autoritarismo; formazione affidata alla discrezionalità dei direttori; personale infermieristico con mansioni pressoché esclusive di custodia.

Sul manicomio è opportuno ricordare, a questo punto, anche il classico studio del sociologo americano Erving Goffman. Egli utilizza il termine "istituzione totale" per definire le organizzazioni sociali che

³¹ R.D. n. 615/1909 art.28

³² R.D. n. 615/1909 art.49

³³ R.D.n. 615/1909 art.24

agiscono con un potere inglobante – seppur discontinuo – più penetrante di altre ³⁴

Si tratta, dunque, di luoghi di residenza e di lavoro per gruppi di persone che, essendo temporaneamente isolati dal sistema sociale, condividono una situazione di vita in una organizzazione chiusa e formalmente amministrata.

L'autore identifica cinque categorie di istituzioni totali:

- per la tutela degli incapaci non pericolosi (es. vecchi, orfani, indigenti)
- per coloro che sono incapaci di badare a sé e rappresentano un pericolo, anche non intenzionale, per la comunità (es. sanatori per tubercolotici, ospedali psichiatrici, lebbrosari)
- per coloro che rappresentano un pericolo rappresentato come intenzionale (es. prigionieri, penitenzieri, campi per prigionieri di guerra, campi di concentramento)
- per lo svolgimento di particolari attività (es. navi, collegi, campi di lavoro, piantagioni coloniali)
- per coloro che scelgono, per motivi religiosi, di essere "staccati dal mondo" (es. conventi, monasteri)

Occorre ricordare almeno tre caratteristiche degli ospedali psichiatrici, intesi nella loro forma di istituzione totale. La prima è la loro "chiusura", nel senso della limitazione degli interscambi fra chi sta dentro e chi sta fuori. La seconda è la "razionalizzazione" della vita quotidiana, ossia:

una ricostruzione della vita quotidiana degli internati tale che tutte le parti più importanti di essa – lavoro, gioco, sonno – che di solito hanno luogo in posti e compagnie differenti, nonché sotto auspici diversi e senza un piano razionale complessivo, vengono a svolgersi nel medesimo luogo e sotto la stessa autorità

³⁴ cfr GOFFMAN E. (1968), *Asylums*, Einaudi, Torino

³⁵ Cfr BURNS T. (1997), *Erving Goffman*, Il Mulino, Bologna, p. 205-206

La terza caratteristica è l'"organizzazione burocratica". Nelle istituzioni chiuse si crea una fondamentale linea di demarcazione fra lo staff (gli operatori professionali della struttura), che assumono un ruolo di controllo, e gli internati, che sono le persone controllate.

In rapporto alle citate caratteristiche organizzative, nelle istituzioni totali si manifestano una serie di azioni che impoveriscono l'identità sociale e personale degli internati ³⁶. Ciò avviene attraverso vari processi di socializzazione istituzionale:

- la spogliazione dei ruoli, attraverso le barriere fra internato e mondo esterno
- le procedure di ammissione che avvengono attraverso rituali di degradazione (fotografare, pesare, assegnare numeri, ritirare gli oggetti personali, ecc.)
- "test di obbedienza" per ottenere attitudini collaborative da parte degli internati
- "deturpazione fisica": mortificazioni corporee del sé che comportano la perdita del senso di sicurezza e uno stato di ansietà per la propria integrità fisica (punizioni, elettroshock)
- perdita della identità personale attraverso la degradazione della propria immagine, come l'obbligo di utilizzare un abbigliamento uniforme
- "esposizione contaminante", come la violazione della difesa del proprio mondo privato, la violazione fisica (costrizione a dormire in luoghi collettivi, gabinetti senza porte, perquisizioni personali) e l'impossibilità di vita privata e contatti con compagni indesiderabili

In conclusione i rituali organizzativi dell'ospedale psichiatrico creano una degradata immagine del sé che aggrava ulteriormente il malessere determinato dalla sofferenza psichica.

Occorre tenere in debito conto tutti questi fattori per interpretare le difficoltà attuative dei nuovi servizi e le reazioni violente che vi sono state con

³⁶ Cfr GOFFMAN E., op. cit., p. 44 - 63

l'introduzione della nuova legislazione psichiatrica. La persistenza dei manicomi é dovuta a decenni di consolidamento istituzionale favorito dalle leggi: ciò ha radicato la loro concreta presenza (spazi, luoghi fisici, interessi economici, posti di lavoro, ecc.), ma soprattutto ha creato una cultura dell'azione sanitaria basata sulla separazione della malattia dal contesto sociale. Questa situazione pregressa ha richiesto un grande impegno, di segno opposto al precedente, per ricostruire sia le metodologie terapeutiche che le nuove strutture organizzative. Gli effetti immediati e a lungo termine della prima normativa furono il progressivo aumento dei ricoveri ed il vero e proprio affollamento di pazienti nei manicomi, come mostra la Tabella ³⁷

L'ospedalizzazione psichiatrica 1875-46

<i>Anni</i>	<i>N. istituti</i>	<i>Ricoverati</i>	<i>Ricoverati/100.000 ab.</i>
1875	43	12.913	47,3
1892	84	24.118	78,9
1902		36.845	113,0
1905		39.544	119,3
1914	152	54.311	152,6
1926	142	60.127	150,1
1935		83.541	196,0
1938		93.019	214,0
1941		96.423	218,0
1946	153	61.697	134,0

³⁷ Cfr. CANOSA R. (1979), *Storia del manicomio in Italia*, Feltrinelli, Milano, p. 91 e p. 155

Durante il fascismo l'aspetto repressivo e di controllo sociale della psichiatria si accentuò notevolmente : ci fu una crescita dei ricoverati e si applicarono le tecniche fisiche di trattamento come l'insulinoterapia (1934) e l'elettroshock (1937-1938), che non trovavano alcuna limitazione d'uso e che venivano applicate su pazienti, come abbiamo visto, del tutto privi di diritti:

Queste forme di cura si collocavano in una visione organicistica della malattia mentale, ovviamente, e avevano aspetti tanto lugubri quanto violenti; diedero vita, tutto sommato, a un'ulteriore fase di sofferenza per i malati. I parenti dei malati venivano invitati a firmare preventive dichiarazioni di autorizzazione a questi trattamenti e questa circostanza confermava nel loro animi una istintiva prevenzione a proposito di quei "supplizi terapeutici" (così li chiama Vittorino Andreoli) ³⁸

Con la seconda guerra mondiale si determinò una diminuzione dei ricoveri.

Questo avvenne per le privazioni alimentari, la recrudescenza della tubercolosi e le azioni belliche che aumentarono fortemente la mortalità, ma anche perché nel reclutamento delle forze militari non si andava troppo per il sottile.

Tuttavia negli anni successivi l'istituzionalizzazione riprese rapidamente e con grande intensità (vedi tabella) ³⁹

³⁸ Cfr. PANTOZZI G. (1994), p.143; ANDREOLI V. (1998), p. 168 - 178

³⁹ Cfr. CANOSA R., op. cit., p. 170

L'ospedalizzazione psichiatrica dopo il 1946

<i>Anni</i>	<i>N. istituti</i>	<i>Posti letto</i>	<i>Degenti</i>
1949			70.482
1955	78	84.057	122.660
1960	94	96.519	154.784
1965	92	96.896	170.715
1970	92	89.715	180.446
1974	95	78.111	172.566

In Italia, dunque, il processo di riduzione dei ricoverati avviene dopo il 1970 (mentre negli altri paesi si era già manifestato fin dagli anni '50, in rapporto alla introduzione dei farmaci antipsicotici):

Negli Stati Uniti il numero dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici statali e di contea diminuì dal suo picco storico di 559.000 nel 1955 a 338.000 nel 1970, e poi 107.000 nel 1988. Una riduzione di più del 80% in trent'anni. Gli istituti statali persero quattro quinti dei loro pazienti ⁴⁰

3. La modernizzazione psichiatrica

Nella storia delle politiche psichiatriche in Italia Sergio Piro ⁴¹ distingue i seguenti periodi :

- prevalenza conservatrice (1945 -1955)
- modernizzazione (1955 – 1968)
- mutamento (1968 – 1978)
- la difficile riforma (anni '80 e '90)

A partire dalla fine degli anni '50, nella psichiatria italiana si sviluppano nuove prospettive che in precedenza erano rimaste marginali:

il periodo 1955-67 corrisponde al reinserimento italiano nell'area degli scambi culturali e scientifici internazionali: ciò da un lato risultava estremamente

⁴⁰ Cfr. SHORTER E., OP. CIT. P. 275

⁴¹ PIRO S. (1988), *Cronache psichiatriche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli

stimolante per i più giovani e per coloro che erano maggiormente inclinati alla ricerca a all'approfondimento e, d'altra parte, rendeva ancor più evidente la miseranda condizione dei grandi manicomi italiani e l'assenza di ogni altra forma di pubblica assistenza per coloro che non erano ricoverati in una di quelle istituzioni ⁴²

Da parte degli psichiatri non fu assolutamente messa in discussione l'utilità o meno del ricovero in ospedale psichiatrico., ma vennero sollecitate misure che favorissero l'accesso alle cure da parte dei soggetti considerati bisognosi. In tale contesto l'obiettivo di politica sanitaria era quello di estendere la creazione di "Dispensari Neuropsichiatrici", sulla base del modello organizzativo fornito dalla lotta antitubercolare: entrambe le materie erano di competenza delle Province, e questo favoriva l'assimilazione di sistemi organizzativi così diversi. L'introduzione e l'impiego sempre più diffuso degli psicofarmaci consentiva un migliore approccio al malato e cominciava a rendere sempre più contraddittorio il mantenimento degli ospedali psichiatrici, o meglio ad evidenziarne il ruolo di controllo sociale della devianza piuttosto che quello terapeutico. Tuttavia, anche se la legislazione vigente presentava numerosi ed evidenti profili di incostituzionalità, la Corte Costituzionale, ripetutamente chiamata a pronunciarsi in materia, mantenne queste norme. Solo nel 1968 ammise l'illegittimità del divieto da parte dell'infermo di attuare un procedimento di difesa contro il decreto di ricovero, anche se questo voleva dire parificare la procedura del ricovero coatto a quella del procedimento penale ⁴³.

Con gli anni '60 comincia a maturare un clima politico e culturale nuovo, ma si tratta di un processo di sviluppo che presenta aspetti diversificati, anche se

⁴² Cfr. PIRO S. (1988), p. 104-105

⁴³ Sentenza della Corte costituzionale 27 giugno 1968 n. 74

profondamente intrecciati fra loro. Schematicamente si possono individuare due filoni:

- a) le proposte riformistiche;
- b) la linea della lotta anti-istituzionale.

Per quanto riguarda il riformismo psichiatrico occorre ricordare il progetto della "settorializzazione psichiatrica"⁴⁴:

il settore doveva accogliere tutti i malati (indipendentemente dalla diagnosi del loro male), che dimorassero in una certa parte del territorio. Nella stessa parte del territorio dovevano essere attivi dispensari, ambulatori e istituti intermedi, diretti dalla stessa équipe che dirigeva il "settore" corrispondente all'interno dell'ospedale⁴⁵

Un altro riferimento importante era la proposta tecnica, elaborata in Inghilterra, della "comunità terapeutica" di Maxwell Jones⁴⁶. Con questo modello di servizio si voleva sostituire alla gestione violenta del manicomio una gestione di tipo comunitario basata sui seguenti principi: eliminazione dei rapporti di tipo autoritario; sviluppo della comunicazione a tutti i livelli; aumento della responsabilità e della consapevolezza; risocializzazione del malato.

Questa esperienza trovò una pratica applicazione ed una radicale reimpostazione nell'attività del gruppo di psichiatri ed operatori raccolti attorno a Franco Basaglia a Gorizia⁴⁷.

⁴⁴ Cfr. in particolare: AA.VV., *Processo al manicomio*, Atti del Convegno nazionale di psichiatria sociale, Bologna 24-26 aprile 1964

⁴⁵ Cfr. PANTOZZI G., op. cit., p. 156

⁴⁶ MAXWELL J. (1970), *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, Etas Kompass, Milano; MAXWELL J. (1974), *La psichiatria nell'ambiente sociale*, Il Saggiatore, Milano

⁴⁷ BASAGLIA F. (1968) (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino

Qui fu avviata una riorganizzazione dell'ospedale psichiatrico (con 550 ammalati) attraverso varie pratiche operative ⁴⁸ : introduzione dei farmaci per eliminare le contenzioni e distinguere i danni della malattia da quella dell'istituzionalizzazione; rieducazione teorica ed umana del personale; riannodamento dei legami con l'esterno; abbattimento delle barriere fisiche (reti e grate) e apertura delle porte; creazione di un ospedale di giorno; tentativo di organizzare la vita ospedaliera secondo i concetti della comunità terapeutica.

Anche attraverso questi essenziali accenni di inquadramento si possono scorgere alcuni elementi dinamici ed i primi abbozzi di cambiamento: si andavano costruendo orientamenti riformistici di politica sanitaria per i quali non era più accettabile il mantenimento delle strutture manicomiali, anche se continuava ad essere ben saldo un fronte arcaico che sosteneva l'utilità dei manicomi, con funzioni e ruoli di ordine pubblico .

In questa situazione apparentemente dinamica si arrivò ad una prima parziale riforma ⁴⁹ che si caratterizzava come una "razionalizzazione" del vecchio manicomio ottocentesco e che si collocava nell'ambito della riforma ospedaliera (nello stesso anno infatti era stata approvata la legge sugli enti ospedalieri). Tale legislazione prevedeva:

- l'abrogazione dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero nel casellario giudiziario, anche se rimaneva l'obbligo di comunicare le dimissioni all'autorità di pubblica sicurezza , sia pure con alcune limitazioni finalizzate a salvaguardare la riservatezza, nei casi di ricovero coatto
- l'introduzione del "ricovero volontario", consistente nell'ammissione in ospedale psichiatrico "per accertamento diagnostico e cura", senza subire restrizioni della propria libertà personale

⁴⁸ Cfr. BASAGLIA F. (1981), vol. 1, p. 254-5. La descrizione di un'esperienza di comunità terapeutica nel manicomio di Roma è in: ALGRANATI P. (1999), *Voci dal silenzio: diario di uno psichiatra anomalo*, Elèuthera, Milano

⁴⁹ Legge n. 431/1968

- l'assimilazione dell'ospedale psichiatrico ad un ospedale specializzato costituito da 2 a 5 divisioni con non più di 125 posti letto ognuna
- la previsione di "centri o servizi di igiene mentale", autonomi sul piano organizzativo, con funzioni ambulatoriali e dotati di diverse professionalità (psichiatri, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie, infermieri ed ausiliari).

Si trattava di un modello organizzativo (vedi grafico) basato su tanti piccoli ospedali psichiatrici (di non più di 625 posti letto) circondati da una rete di servizi ambulatoriali.

Normativa sugli ospedali psichiatrici: 1968

Normativa sugli ospedali psichiatrici: 1968



Questa legislazione mostra il primo affievolirsi dell'ideologia manicomiale ma anche la persistente forza dei gruppi professionali che ostacolavano più incisivi cambiamenti. La seguente considerazione di Franco Basaglia chiarisce bene i termini del problema:

Mi pare non si possa parlare di un servizio psichiatrico esterno [...] se non ci si occupa di chiarire prima come poter orientare l'organizzazione del nucleo centrale di questi servizi che resta inevitabilmente l'ospedale psichiatrico. Finché l'ospedale psichiatrico si erge alle spalle delle nuove strutture

extraospedaliera come spazio chiuso e segregante, l'azione di un servizio psichiatrico di tipo settoriale o meno andrebbe persa, risultando isolata e come staccata dal contesto psichiatrico che continuerebbe ad ergersi nel sottofondo come una forza minacciosa da cui il malato deve solo fuggire per salvarsi ⁵⁰

Negli anni Settanta si creano le condizioni istituzionali per lo sviluppo di varie esperienze di azione anti-manicomiale: determinanti in questi processi sociali ed organizzativi sono state l'associazione "Psichiatria democratica" e la rivista "Fogli di informazione" (pubblicata dal Centro di documentazione di Pistoia). Le Province che maggiormente hanno praticato e contribuito alla elaborazione di questi orientamenti sono: Gorizia, Perugia; Trieste; Arezzo; Ferrara; Parma; Arezzo ⁵¹. Questo movimento culturale e scientifico si è collegato in modo originale alle coraggiose scelte politiche di alcuni enti locali ed ha favorito il processo di approvazione della normativa psichiatrica della cosiddetta "legge 180" che contiene il programma di superamento e progressiva chiusura dei manicomi.

I dati raccolti dall'Istat nell'arco di tempo 1971-1977 confermano l'avvio del processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica ⁵²:

- i posti letto negli ospedali psichiatrici diminuiscono del 25%
- i pazienti ricoverati diminuiscono del 31,4 %
- le giornate di degenza diminuiscono del 34 %

Va però ricordato che questo calo dei pazienti ricoverati nelle strutture pubbliche corrisponde all'aumento dei pazienti ricoverati nelle strutture private.

⁵⁰ Cfr. BASAGLIA F. (1981), vol. 1, p. 261

⁵¹ La documentazione è ampissima. Si indicano: VENTURINI E. (a cura di) (1979), *Il giardino dei gelsi. Dieci anni di antipsichiatria italiana*, Einaudi, Torino; MANACORDA A., MONTELLA V. (1977), *La nuova psichiatria in Italia*, Feltrinelli, Milano

⁵² Cfr. SCAPICCHIO P.L., TRABUCCHI M. (a cura di) (1999), p. 124-5

4. La riforma psichiatrica

Prima di analizzare i contenuti normativi della legge 180 occorre ancora esplorare alcuni aspetti del contesto scientifico e culturale entro cui essa va collocata.

La riflessione sulla concreta "gestione" del malato mentale ha consentito di mettere in discussione le culture medico-terapeutiche e ad avvicinare fra loro le più diverse esperienze e tipi di ricerca: basti pensare all'"antipsichiatria" di Ronald Laing ⁵³, o alla già citata ricerca di Erving Goffman. La "carriera" del deviante, i meccanismi repressivi delle istituzioni, l'espropriazione e la destorificazione tipici dell'intervento psichiatrico diventano oggetto delle teorie e delle pratiche anti-istituzionali.

Queste ultime erano basate su vari livelli di azione. Il primo veniva individuato nella lotta contro le esistenti strutture psichiatriche custodialistiche. In riferimento a ciò, è importante ricordare il significato attribuito al tema della "istituzionalizzazione", che è stato rielaborato come :

complesso di 'danni' derivati da un lungo soggiorno coatto quale quello nell'ospedale psichiatrico, quando l'istituto si basi su principi di autoritarismo e di coercizione. Tali principi [...] determinano in lui una progressiva perdita di interessi che, attraverso un processo di regressione e di restringimento dell'io, lo spinge in un vuoto emozionale.[...] Tale processo si sovrapporrebbe, in soggetti già psichicamente fragili, all'iniziale malattia mentale così da costituirne un complesso sindromico che spesso può venire confuso coi sintomi della malattia stessa: inibizioni, apatia, perdita di iniziativa, di interessi ⁵⁴

Intervenire su tali problemi implicava lavorare per l'ottenimento di vari risultati: eliminazione dei ricoveri coatti, del rapporto di sorveglianza e di ogni

⁵³ Cfr. fra gli altri: LAING R. (1968), *La politica dell'esperienza*, Feltrinelli.

⁵⁴ Cfr. BASAGLIA F. (1981), vol. I, p. 258

forma di vita carceraria; apertura dei reparti e creazione di reparti misti;
autonomizzazione dei degenti e infermieri; libertà di movimento dentro e fuori;
eliminazione dell'"ergoterapia" per sancire il diritto al lavoro ed al salario;
eliminazione della "ludoterapia" per sancire il diritto alla festa. Queste
operazioni, contemporaneamente di critica sociale e di risocializzazione
individuale non tendevano a negare la specificità della sofferenza psichiatrica,
almeno nelle elaborazioni più consapevoli:

Non voglio con questo dire che la malattia non esiste, ma che noi produciamo
una sintomatologia -il modo di esprimersi della malattia- a seconda del modo
col quale pensiamo di gestirla, perché la malattia si costruisce e si esprime
sempre a immagine delle misure che si adottano per affrontarla. Il medico
diventa gestore dei sintomi e crea una ideologia su cui poi il manicomio si
edifica e si sostiene. Solo così egli può dominare e reprimere le contraddizioni
che la malattia esprime. Ma il suo intervento si limita a sancire scientificamente
una violenza che serve solo alla difesa del tecnico e dell'istituzione non certo
alla comprensione della sofferenza del malato ⁵⁵

Quindi la tesi di Basaglia sosteneva che l'istituzione manicomiale trasforma e
deforma totalmente la malattia mentale, la nasconde, impedisce di vederla:
solo sopprimendola ci si può rendere conto di che cosa essa sia.

Si è sostenuto a ragione che l'introduzione in terapia dei farmaci neurolettici
creò, all'interno degli ospedali psichiatrici, la *possibilità* di una azione centrata
sul recupero, da parte di tanti degenti, di un rapporto significativo con la
propria storia di persone umane. Il progresso medico – farmacologico
funzionò da supporto ad una ipotesi organizzativa moderna e valida dal punto
di vista scientifico, tanto da diventare, negli anni successivi, punto di
riferimento della Organizzazione Mondiale della Sanità.

⁵⁵ Cfr. *ivi*, vol. II, pp. 357-8. Lo stesso concetto è espresso anche a p. 89

Ma vi é un altro livello di elaborazione, che estende ad un livello più ampio i confini dei processi di istituzionalizzazione fino a designare:

lo stato di cristallizzazione su particolari posizioni in cui si muove una società chiusa e ristretta entro regole e giudizi che, anziché organizzarla, la determinano ed in cui essa si identifica ⁵⁶

Partendo dalla psichiatria viene ripensata la categoria socio-culturale dell'"esclusione", che é comune a tutti i possibili candidati all'emarginazione (sani o malati che siano):

La cura del malato [...] non é possibile se si muove nel clima di paura , di repressione, nel bisogno di difesa, di tutela in cui la società (quindi lo psichiatra stesso) continuano vivere. La cura del malato mentale dovrebbe tendere alla riconquista di una libertà perduta, di una individualità sopraffatta: il che é esattamente l'opposto di ciò che significa il concetto di tutela, difesa, separazione, segregazione, implicito nelle regole dei nostri istituti ⁵⁷

Con questi sia pur frammentari riferimenti alla davvero ricchissima documentazione esistente sul tema, si é voluto perlomeno rappresentare le linee fondamentali di quella elaborazione culturale che dallo specifico della malattia mentale porta alla analisi più complessiva delle strutture sociali. Ma le sole esperienze pratiche e la relativa riflessione sarebbero state insufficienti per dare uno sbocco all'azione sociale e tecnica di questi anni: occorreva chiudere il cerchio con un cambiamento profondo dell'arcaica legislazione psichiatrica. Mentre si discuteva su come modificare la vecchia normativa, intervenne la richiesta di un referendum per abrogare la legge psichiatrica del 1904. La proposta passò il vaglio della Corte costituzionale, per cui il referendum fu indetto e l'unico modo per evitare il vuoto operativo e legislativo fu quello di

⁵⁶ Cfr. *ivi*, vol. I, p. 258

⁵⁷ Cfr. *ivi*, vol. I, p. 320

presentare una proposta che avesse un iter rapido. Per questi motivi tutti i partiti presenti in Parlamento che desideravano cambiare la situazione dei manicomi, pur avendo fra loro divergenze, concordarono su un testo comune che fu approvato.

La legge 180 , attraverso la legittimazione giuridica di quel nuovo "umanesimo psichiatrico" (sempre Basaglia), chiude una fase importante delle politiche sanitarie, per aprirne un'altra in cui più visibilmente si presentano gli effetti di ricaduta sul sistema sociale della malattia mentale che non può più essere contenuta negli spazi manicomiali.

I principi ispiratori della legge sono:

- la malattia mentale va trattata nell'ambito di una normale rete di servizi territoriali, ambulatoriali ed ospedalieri
- l'assistenza psichiatrica è parte integrante dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale
- il malato mentale ha gli stessi diritti degli altri malati
- le cure avvengono tramite équipes che operano a livello ambulatoriale, domiciliare e residenziale
- solo in casi di verificata necessità si può ricorrere a ricoveri obbligatori in reparti psichiatrici inseriti negli ospedali generali

In realtà parlare di "legge 180" è scorretto sotto il profilo strettamente giuridico: infatti essa è stata abrogata ed interamente assorbita nella successiva legge di riforma sanitaria approvata sette mesi dopo ed alla quale si farà diretto riferimento nell'analisi successiva. Tuttavia il significato simbolico prevale e nel dibattito professionale, politico e giornalistico, nonché nel presente testo, questa normativa continua ad essere tematizzata come "legge 180". Va subito detto che tale legge ha suscitato sorpresa e avversione soprattutto in quelle Regioni e Province prive di significative esperienze di lotta

antimanicomiale e tra gli amministratori ed operatori che non avevano
condiviso l'ampio dibattito politico e culturale di cui si é appena parlato:

L'emanazione della legge 180 ha sollevato, com'è noto, reazioni violente, di
ostilità e di sgomento, che sembrano estremamente significative [...].
sicuramente esse testimoniano che la nuova legge incide in profondità,
modifica situazioni reali fortemente radicate; evidenziano, in tutta la sua
concretezza, il peso che ha acquisito un'istituzione "storica" come il manicomio

58

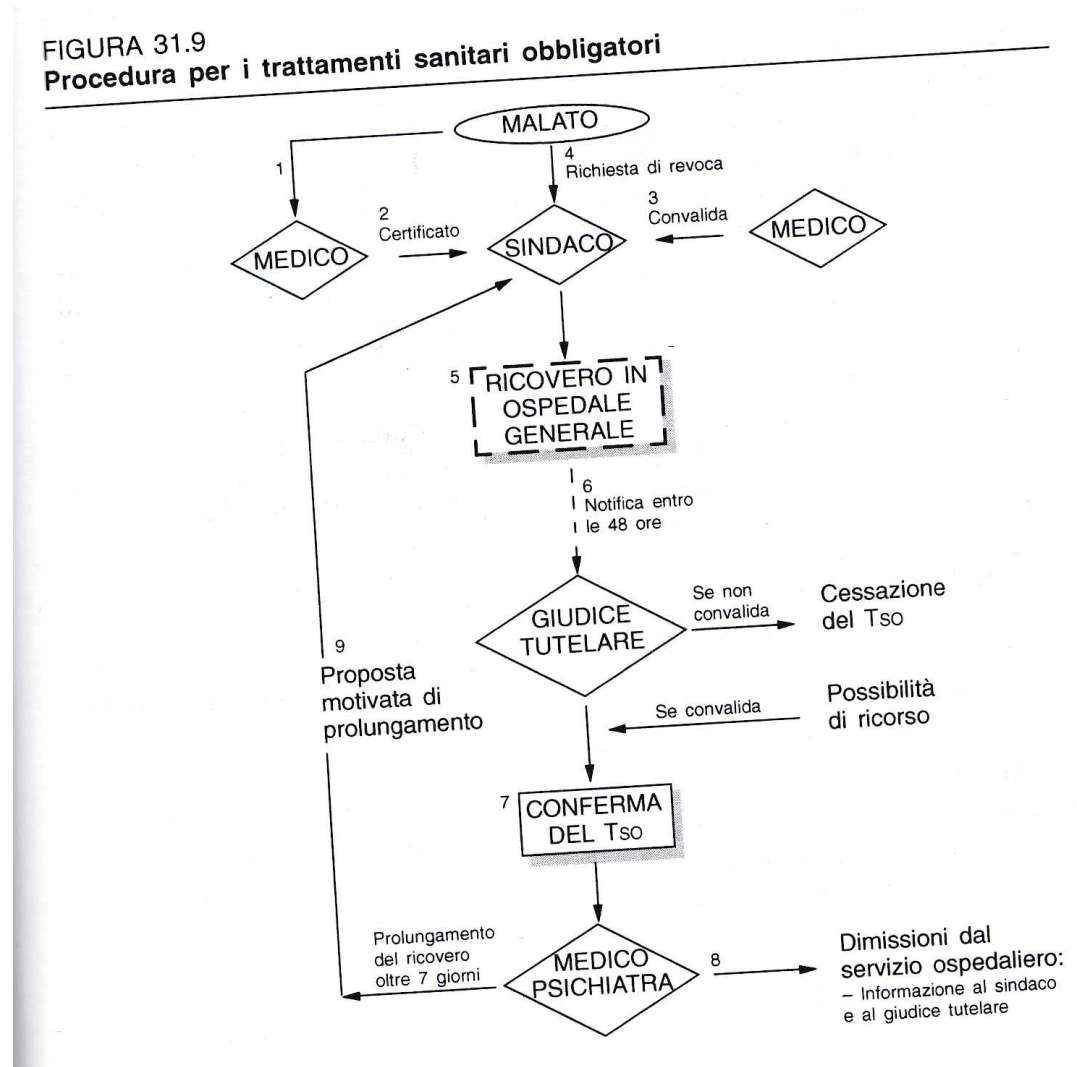
I principali contenuti giuridico-istituzionali possono essere riassunti nei seguenti
punti (fra parentesi sono indicati i riferimenti normativi della Legge 833/1978):

- *chiusura dei manicomi*: la regione deve disciplinare "il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione ... delle strutture esistenti" (art 64/I); "é vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche" (art.64/III); sono eliminate le prerogative assolutistiche dei direttori degli O.P. e costoro sono equiparati ai direttori sanitari degli ospedali civili
- *organizzazione dei servizi*: é demandata alla regione che "disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale" (art.34/I)
- *ricovero volontario*: é possibile nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, nelle cliniche universitarie, nelle case di cura convenzionate
- *ricovero in regime di "trattamento sanitario obbligatorio" (T.S.O.)*: é possibile esclusivamente presso gli ospedali, in "specifici servizi di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale [...] dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale" (art.34/V); in base alle leggi ospedaliere, i predetti servizi non potrebbero avere più di 15 posti letto (art.36 della legge 132/1968)

In tale normativa risalta in modo molto evidente la complessa architettura
giuridica posta a difesa dei diritti dei pazienti: la puntuale procedura che ora

⁵⁸ Cfr. F. GIACANELLI in CASTEL R. (1980), *L'ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, p. XIV

verrà descritta va letta nel quadro dell'esigenza di chiudere definitivamente con gli abusi che erano resi possibili e legittimi con le leggi del 1904-1909. Il seguente grafico rappresenta la procedura, i soggetti decisorii e le garanzie per i T.S.O. .



Con questa procedura si attiva il circuito organizzativo delle cure psichiatriche

in fase acuta. Il ricovero obbligatorio avviene nel modo seguente:

- *motivazione del T.S.O.:* solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo, e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere
- *certificazioni:* gli accertamenti ed i T.S.O. sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un

medico ; il provvedimento di T.S.O. deve essere preceduto dalla convalida da parte di un medico della unità sanitaria locale

- *luogo del ricovero*: servizio di diagnosi e cura dell'ospedale generale, all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale
- *scadenze di tempo del procedimento*: il provvedimento del sindaco deve essere emanato entro 48 ore dalla convalida del medico della U.S.L. e deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare"; "il giudice tutelare, entro le successive 48 ore provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del T.S.O.
- *durata del ricovero in regime di T.S.O.*: se il T.S.O. si protrae oltre i 7 giorni il medico responsabile del servizio psichiatrico deve formulare al sindaco una proposta motivata. Il sindaco , in tal caso, deve ripetere le precedenti procedure; il sanitario responsabile informa il sindaco della dimissione del ricoverato o della sopravvenuta impossibilità a proseguire il T.S.O. Il sindaco, entro 48 ore ne dà notizia al giudice
- *diritti del malato*: chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento" ; in caso di mancata convalida del T.S.O. da parte del giudice tutelare il sindaco deve disporre la cessazione del T.S.O. o ricorrere contro la revoca entro 30 giorni ; in caso di convalida da parte del giudice tutelare, chi é sottoposto a T.S.O., e chiunque vi abbia interesse, può proporre al Tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare"; "qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per amministrare il patrimonio dell'infermo.

Dunque il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) ha il compito di accogliere malati psichici sia volontari che obbligati al ricovero. Su questi servizi preme una domanda molto forte e nel corso di questi anni sono emersi alcuni punti critici di tale sistema come:

la mancanza di reparti aperti diversi dall'SPDC per evitare la commistione di situazioni e patologie, la difficoltà a reperire posti letto e ricoveri idonei per tossicomani, per malati anziani, per dementi, per psicotici cronici o deteriorati, per molti homeless che da sempre affollano la stessa categoria clinica dei malati mentali ⁵⁹

⁵⁹ PICCIONE M. (1999), *L'etica nella pratica psichiatrica*, Masson, Milano, p. 39

L'attuazione della "legge 180" ha incontrato molti ostacoli di natura soggettiva, come i comportamenti e le culture professionali di operatori ed amministratori che si muovevano meglio all'interno del vecchio sistema, ma anche di natura oggettiva. I servizi possono certamente influire in modo progressivo sui modelli socio-culturali, ma la "scommessa" dei tecnici innovatori era soprattutto quella che vi fossero corrispondenti mutamenti nella società e nella politica. Questa connessione è stata molto problematica e oggi si potrebbe dire non realisticamente fondata. Resta il fatto che ora le contraddizioni e la miseria economica e culturale che fa da retroterra alla disagio ("chi non ha non é" era una frase spesso ripetuta da Franco Basaglia) sono manifeste e sotto gli occhi di tutti, mentre prima erano nascoste dentro i manicomi.

La riforma ha portato alla ribalta la complessità dei nuovi bisogni e ha reso manifesta l'esigenza di affrontarli con adeguati strumenti operativi e culturali. Con il processo istituzionale ed organizzativo determinato dalla svolta legislativa è definitivamente terminata la fase dell'ospedale psichiatrico quale unica offerta per il trattamento della malattia mentale.

Per quanto riguarda i decenni successivi, è necessario ricostruire il significato ed il senso di alcuni processi di sviluppo delle politiche psichiatriche:

- le varie fasi della *riconversione degli ospedali psichiatrici*
- le azioni legislative di quelle regioni italiane che hanno disciplinato con proprie leggi l'assistenza psichiatrica e i *Progetti obiettivo per la salute mentale* del Ministero della Sanità
- la diversificazione dei servizi psichiatrici e delle metodologie di intervento.

5. I processi di chiusura degli ospedali psichiatrici

La legge 180, pur prevedendo il divieto di ricoverare nuovi pazienti negli ospedali psichiatrici, non indicava nulla sul processo di chiusura dei manicomi esistenti e sul destino dei pazienti che vi erano ospitati. Si trattava, all'epoca dell'approvazione della legge, di oltre 54.000 persone. Era presente l'idea che la realizzazione delle strutture alternative avrebbe ben presto automaticamente "svuotato" i vecchi manicomi. Ma ciò non è avvenuto, poiché i nuovi servizi, quando sono stati realizzati, sono andati a soddisfare i nuovi bisogni di cura e trattamento che si formavano sul territorio. Per almeno 15 anni ben poco è cambiato per i pazienti ricoverati nei manicomi, se si esclude qualche sporadico miglioramento delle condizioni di vita grazie a lavori di ristrutturazione e ammodernamento ambientale .

Dopo un lungo periodo di immobilismo, nel decennio '90 il Parlamento e il Governo hanno promosso e realizzato un reale processo di smantellamento dei manicomi. Un primo passo è stato compiuto con il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996" , che, oltre a emanare disposizioni volte a colmare le lacune nei nuovi servizi territoriali, sollecitava le Regioni a "promuovere progetti specifici per il superamento del residuo manicomiale". Constatata la scarsa efficacia di tale invito, il Parlamento è successivamente intervenuto con le leggi finanziarie degli anni 1995, 1997, 1998.

Nella prima ⁶⁰ venivano indicati alcuni orientamenti di politica organizzativa dei servizi:

- proibizione delle "dimissioni selvagge", tramite la trasformazione solo formale delle realtà istituzionali (come il passaggio dei pazienti a strutture non valide sul piano assistenziale e riabilitativo)

⁶⁰ Legge n. 724/1994

- elaborazione di progetti riabilitativi personalizzati attorno ai problemi dei pazienti (durata del ricovero, storie personali, disabilità attuale, possibilità di recupero, risorse sociosanitarie attivabili)
- cooperazione fra responsabili delle unità operative degli ospedali psichiatrici e dei servizi territoriali per la deistituzionalizzazione
- definizione della destinazione d'uso degli immobili facenti parte del patrimonio urbano degli ex ospedali psichiatrici e destinazione delle eventuali alienazioni per interventi nel settore psichiatrico
- individuazione di 4 diverse tipologie di pazienti: 1) persone con prevalenti problemi psichiatrici con possibilità di reinserimento esterno da realizzare in tempi medio-brevi (6 - 12 mesi); 2) persone con prevalenti problemi psichiatrici per i quali sono necessari interventi riabilitativi di più lunga durata in comunità terapeutiche intra od extra ospedaliere; 3) persone con prevalenti problemi di disabilità; 4) persone con prevalenti problemi di tipo geriatrico
- articolazione di progetti per il superamento dell'ospedale psichiatrico: sottoprogetto "dimissioni"; sottoprogetto "riabilitazione"; sottoprogetto "Rsa geriatriche e per disabili"
- fissazione del termine per la chiusura degli ospedali psichiatrici al 31 dicembre 1996

Poiché di fatto molti ospedali psichiatrici risultavano ancora aperti, le leggi finanziarie 1997 e 1998 ⁶¹, hanno introdotto sanzioni per le Regioni inadempienti, consistenti in una riduzione della quota spettante del Fondo sanitario nazionale, pari inizialmente allo 0,5% e poi al 2%. Inoltre si stabiliva che i beni mobili ed immobili che non potevano trovare impiego per attività sanitarie potevano essere venduti per destinare il ricavato al progetto obiettivo salute mentale. Infine le regioni erano obbligate a fornire dati trimestrali sulla attuazione dei progetti.

Occorre ricordare che il patrimonio urbano degli ex manicomini può avere una rilevante importanza per le politiche psichiatriche ⁶² e più in generale per le politiche pubbliche. Nella grande maggioranza dei casi, questi complessi sono

⁶¹ Legge n. 662/1996; Legge n. 449/1997

⁶² I dati sono ripresi da una ricerca della Fondazione Benetton dal titolo *Per un atlante degli ospedali pubblici in Italia* e riportata in *Il Sole 24 Ore - Sanità* del 13-19 luglio 1999, p. 24

dotati di parchi e giardini, biblioteche, musei e archivi. L'area complessiva degli ospedali psichiatrici è costituita da circa 10 milioni di metri quadrati ubicati in nove casi su dieci nei centri o nelle periferie delle città. Si tratta di spazi che nel corso del tempo hanno aumentato il loro valore e che quindi possono essere riutilizzati in vari programmi di riqualificazione (sanità, cultura, istruzione).

La Tab. sintetizza alcuni dati sugli ultimi momenti della riconversione

TABELLA 20.9
Trasformazione degli ospedali psichiatrici, 1996-98

	1996	1998
<i>Istituti pubblici e privati</i>	86	50
<i>Ricoverati</i>	15.529	7.704

Nel periodo 1978 – 1996 la popolazione di assistiti negli ospedali psichiatrici è passata da circa 100.000 a circa 15.000 persone (di cui 3.726 presso istituti privati)⁶³. I fattori di questa riduzione sono stati il blocco delle ammissioni, i decessi e le dimissioni operate in modo più o meno adeguato dai servizi di salute mentale. Nel 1998 il processo di superamento risultava completato per 36 ospedali psichiatrici pubblici.

⁶³ Cfr. Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati (relatore Giuseppe Lumia), *Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici*, Luglio 1997; Ministero della sanità, *Stato di attuazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici e di realizzazione dei dipartimenti di salute mentale*, 1998

La popolazione ancora negli istituti è costituita da persone in età avanzata, con elevati livelli di disabilità e con durata media di degenza in ospedale psichiatrico superiore a 30 anni. Fra i pazienti dimessi occorre quindi distinguere coloro che presentano problemi di tipo geriatrico e/o disabilità motorie, da coloro che sono sofferenti da specifiche patologie psichiatriche. Le soluzioni prospettate sono state, dove possibile e realistico, il rientro assistito al proprio domicilio o l'inserimento assistito in apposite residenze psichiatriche terapeutico riabilitative e socio-riabilitative o, ancora, nelle Residenze sanitarie assistenziali. Questo è avvenuto sia ricercando spazi esterni per queste nuove residenze, sia che attraverso la riconversione spaziale ed organizzativa degli ospedali psichiatrici.

Il rischio di tutto questo articolato processo, nel quale esperienze avanzate coesistono con situazioni di grande arretratezza, è quello delle "false chiusure"⁶⁴, che cambiano solo il nome dell'ospedale psichiatrico, riproponendone gli stessi meccanismi istituzionali, o le "chiusure amministrative", con le quali si trasferiscono i pazienti al di fuori del circuito psichiatrico definendoli "casi assistenziali" non pertinenti alla psichiatria e quindi riducendo i livelli di cura.

Nella ricostruzione di queste politiche, occorre ancora ricordare gli *ospedali psichiatrici privati* e *gli ospedali psichiatrici giudiziari*. Negli istituti privati i ricoveri sono continuati anche dopo la riforma e continuano tuttora. Nel 1996 gli ospedali psichiatrici convenzionati erano 11, con 4.500 ricoverati. Al numero di questi istituti deve essere aggiunto quello delle case di cura neuropsichiatriche private che nel 1994 erano 71, con oltre 6.800 posti letto. Il

⁶⁴ Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati, *Risoluzione sul monitoraggio del processo di chiusura degli ex ospedali psichiatrici*, pubblicato in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3 2000, p. 23-24.

Ministero della Sanità ammette, nella citata relazione pubblicata alla fine del 1997, che la chiusura degli ospedali psichiatrici privati verrà attuata con tempi ancora più lunghi rispetto all'analogo processo delle strutture pubbliche, "in considerazione dei peculiari problemi che caratterizzano queste strutture, primo fra tutti la destinazione del personale che vi opera".

Gli ospedali psichiatrici giudiziari (o manicomi criminali) hanno la funzione di recludere i malati di mente condannati a pene detentive, se prosciolti per vizio totale di mente e considerati socialmente pericolosi ⁶⁵. Essi sono gestiti dal Ministero di Grazia e Giustizia e non sono stati inclusi nelle procedure della legge 180. In questi istituti si deve organizzare una situazione tendenzialmente contraddittoria: quella di mediare fra le esigenze di custodia e il bisogno di cure. Una parte dei pazienti/detenuti entra negli ospedali psichiatrici giudiziari più per piccoli reati legati a situazioni di disagio sociale che per gravi delitti. In alcuni casi sono le stesse famiglie dei malati che, trovandosi in una situazione di abbandono ed emarginazione, vedono in queste strutture una soluzione, almeno temporanea, ai loro problemi: il manicomio criminale sembra cioè svolgere una funzione di supplenza rispetto alle strutture mancanti sul territorio ⁶⁶.

6. La riabilitazione psichiatrica

⁶⁵ Cfr. CANNAVICCI M. (1999), *Piccolo dizionario di criminologia*, Edizioni dell'Università Popolare, Roma, p. 145-152

⁶⁶ Sull'argomento si può anche vedere: SANTORO E., ZOLO D. (1997), *L'altro diritto: emarginazione, devianza, carcere*, Carocci editore, Roma, p. 141-146

Nelle politiche psichiatriche del post – manicomio uno spazio rilevante, anche per le connessioni che si stabiliscono fra servizi sanitari e servizi sociali, è occupato dalle attività di *riabilitazione psichiatrica*. Infatti, nello spostamento dell'asse del trattamento dalla custodia alla cura, si accresce l'importanza operativa dell'intervento riabilitativo che riguarda sia i nuovi malati, che non hanno avuto esperienze di lunghi ricoveri, sia i pazienti che hanno subito una esperienza di psichiatrizzazione, ossia l'essere stati oggetto di diagnosi e l'essere entrati in contatto con i sistemi organizzativi psichiatrici. Infatti questa esperienza comporta profondi cambiamenti nella vita della persona e soprattutto una riduzione delle abilità sociali e delle capacità di sostenere i ruoli sociali. Il concetto di *disabilità* è stato rielaborato in modi diversi ⁶⁷: *disabilità primaria*, in relazione principalmente al contesto quotidiano ed ai processi di nuova cronicità; *disabilità secondaria*, prodotta specificamente dagli effetti della prolungata permanenza nelle istituzioni totali.

Il reinserimento o mantenimento del malato nei propri contesti di vita apre nuove prospettive terapeutiche in cui soggetti collaboranti possono diventare la famiglia, l'ambiente di lavoro, i gruppi sociali di appartenenza. Si sviluppano nuove pratiche, definite di riabilitazione, dove l'obiettivo non è costituito unicamente dal mettere l'individuo nelle condizioni di adattarsi ai limiti imposti dalla sua disabilità, bensì di permettergli di raggiungere il massimo di indipendenza psicologica, fisica, sociale ed economica, agendo sul malato, sul suo ambiente (barriere, pregiudizi, stereotipi, rifiuto, isolamento) e sulle relazioni che fra essi si instaurano. In tale prospettiva la riabilitazione può essere definita come:

⁶⁷ Cfr. SIANI (1990), p. 252

l'insieme degli interventi che mirano ad aumentare le abilità (o a diminuire le disabilità) e a diminuire l'handicap ⁶⁸

Si sono andati definendo diversi metodi e tecniche di riabilitazione psichiatrica, che , secondo alcuni operatori psichiatrici, possono essere ricondotti ad alcuni modelli generali ed alle loro varianti⁶⁹:

- *intrattenimento rinunciatario*, in cui la riabilitazione è concepita come tecnica subalterna e complementare alla terapia. Le tecniche impiegate sono la terapia occupazionale e la ludoterapia. Il suo limite risiede nella mancanza di un progetto
- *social skills training*: utilizzano i principi della teoria dell'apprendimento allo scopo di promuovere la acquisizione, la generalizzazione e la permanenza delle abilità necessarie nelle situazioni interpersonali. La riabilitazione è intesa come un trattamento altamente sofisticato con obiettivi e pratiche operative anche tecnicamente complesse. Si tratta di un modello molto impegnativo e ancora poco diffuso
- *modelli psicoeducativi*: in cui sono integrati l'addestramento alle abilità e il sostegno alle famiglie e la cui la finalità è quella di diminuire, o impedire le ricadute ⁷⁰
- "*aftercare territoriale*", in cui la riabilitazione è intesa come presa in carico territoriale a lungo termine ⁷¹

Per il rilievo che assumono le interazioni individuo – ambiente – politiche psichiatriche, sembra opportuno richiamare in modo meno sommario alcuni approcci. Mark Spivak ha elaborato e praticato un modello di riabilitazione, di matrice comportamentistica, in cui gli individui etichettati come psicotici cronici sono visti come persone che hanno seri problemi di esistenza per cui sperimentano continui fallimenti personali e sociali nel tentativo di soddisfare le richieste ed i bisogni propri e di coloro con cui interagiscono. Nelle loro

⁶⁸ Cfr. SARACENO op. cit., p. 16

⁶⁹ Sull'argomento: SIANI (1990), p. 295-330; SARACENO, op.cit., p. 13 - 35

⁷⁰ Un autore di riferimento è: FALLOON I. (1994), *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria: guida al lavoro con le famiglie*, Erickson, Trento

⁷¹ Fra la documentazione sulle varie esperienze italiane, si può ricordare: AA. VV. (1990), Atti del convegno "I luoghi della riabilitazione", in Fogli di informazione n. 149, Pistoia; CASTELFRANCHI C., HENRY P., PIRELLA A. (1995), MILANESE G. (1998); CARABELLI G., CACIOPPO M., GRASSO L. (1999)

biografie si manifesta un *percorso di desocializzazione e di cronicizzazione* che dipende dai rapporti fra i pazienti e le persone significative (fra cui anche il personale terapeutico) e che passa attraverso vari momenti: fallimenti, delusioni, ferite, manovre di evitamento delle situazioni frustranti, ritiro/isolamento, internalizzazione dell'immagine di devianza, aumento del pessimismo, abbandono degli sforzi per il cambiamento, stabilizzazione. Per Spivak l'obiettivo della riabilitazione è l'aumento dell'articolazione sociale del paziente con il suo ambiente sociale, costituito da: 1) abitazione; 2) lavoro); 3) compagni e/o famiglia; 4) cura personale; 5) spazio sociale e ricreativo. Si tratta di aiutare ed accompagnare lo sviluppo di *comportamenti socialmente competenti* che consentano di agire con relativo successo ed efficacia nell'ambito delle norme socialmente condivise.

Luc Ciompi, oltre ad essere lo psichiatra che ha realizzato fondamentali studi epidemiologici sul decorso e l'esito dei disturbi schizofrenici ⁷², definisce la riabilitazione come tentativo di reinserire il paziente nella vita normale, attraverso lo sviluppo delle capacità lavorative e delle capacità sociali. La sua interpretazione della cronicità come esito di processi psicosociali consente di valorizzare il "campo sociale" come scenario per il lavoro riabilitativo e clinico. Egli individua due assi (differenziati in livelli) su cui valutare nel tempo il progredire del processo di riabilitazione:

- *asse casa*, distinto in livelli: 1) reparto ospedale chiuso; 2) reparto ospedale aperto; 3) day o night hospital; 4) comunità alloggio protetta; 5) casa famiglia protetta; 6) abitazione semiprotetta; 7) abitazione non protetta
- *asse lavoro*, distinto in livelli: 1) nessun lavoro; 2) atelier occupazionale ospedaliero; 3) atelier di terapia del lavoro; 4) laboratorio ospedaliero specializzato per la riabilitazione; 5) officina protetta esterna; 6) lavoro normale semiprotetto; 7) lavoro normale non protetto

⁷² Cfr. SARACENO, op. cit. , p. 107-108

E' di un certo significato che le ricerche prospettico-longitudinali di Ciompi confermano che l'esito della riabilitazione è determinato molto di più dalla dimensione sociale che dalla malattia stessa, da cui deriva la necessità di creare ed utilizzare la maggior quantità e varietà di strutture riabilitative. Un altro aspetto particolarmente significativo in tema di riabilitazione è quello rappresentato dal "fattore lavoro". Nello sviluppo di queste politiche giocano un ruolo importante le cooperative sociali (di tipo B), che hanno anche lo scopo di accogliere "gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico"⁷³. Queste organizzazioni, che appartengono al "terzo sistema", entrano in connessione con i servizi sociosanitari attraverso rapporti di tipo commerciale o convenzioni amministrative con gli enti locali. Esse devono conciliare i loro compiti sociali (in questo caso la riabilitazione lavorativa) e la loro sussistenza economica imprenditoriale:

un punto molto fragile, rischioso, faticoso, ma il centro del bersaglio è proprio questo. Accogliere fra i soci lavoratori i casi inviati dalle unità operative psichiatriche – ma anche da altri servizi sociosanitari – in numero compatibile alla salute aziendale, senza che siano alterate l'immagine di mercato dell'impresa e quella dell'espressione lavorativa della persona inserita⁷⁴

Per chiarire alcuni aspetti di queste politiche, si può fare riferimento al Progetto obiettivo 1995-1997 della Regione Lombardia nel quale sono state individuate quattro strategie : *tirocinio risocializzante; tirocinio formativo; borse lavoro; inserimento lavorativo.*

⁷³ Legge n. 381/1990, art. 4. Cfr. anche il cap.

⁷⁴ Cfr. MILANESE G., op. cit., p. 49

Il tirocinio risocializzante è considerato "attività a valenza terapeutica" ed è orientato al ripristino delle competenze sociali del soggetto, più che a quelle propriamente lavorative. Qui occorre sviluppare "abilità e capacità di base" e "capacità di relazione e collaborazione", caratteristiche necessarie per tentare un approccio con un qualsiasi ambiente di lavoro.

Il tirocinio formativo è invece rivolto all'apprendimento pratico di una specifica mansione lavorativa. La formazione in questo caso è mirata a far acquisire alla persona le concrete capacità per affrontare un determinato tipo di lavoro. A differenza del precedente, questo è un progetto a termine, con una durata ben definita (da sei mesi a due anni) e non si svolge più in un ambiente protetto, ma all'interno di una "azienda ospite", cioè di un vero ambiente lavorativo.

La borsa lavoro consiste in una specie di periodo di prova, finalizzato all'assunzione definitiva, in un ambiente lavorativo normale in cui il soggetto possa sperimentare se stesso nel ruolo di lavoratore, nei rapporti con i colleghi e con le regole del sistema produttivo. La durata di una borsa lavoro è di sei mesi e in ogni caso non può essere rinnovata oltre due anni.

Nell'inserimento lavorativo vero e proprio il soggetto acquisisce a tutti gli effetti lo status di lavoratore. Si tratta di un'assunzione a tempo indeterminato in un normale ambiente produttivo, con stipendio regolare determinato dal contratto.

In tutti questi momenti possono assumere ancora valore le cooperative sociali: le imprese sociali si sono specializzate in una competenza "ambientale" della riabilitazione. Devono mettere a disposizione: clima, flessibilità, mestiere, ascolto, tempi di sedimentazione e di rimotivazione, qualità relazionale. Non trattano mai l'apprendista lavoratore come un caso clinico. Sanno osservare, immagazzinare letture e possono riferirne agli operatori sanitari, nel continuo scambio con i servizi ⁷⁵

⁷⁵ Cfr. MILANESE G., op. cit., p. 50

Legislazione statale

Legge 14 febbraio 1904 n.36 , *Disposizioni sui manicomi e gli alienati* (modificata con R.D.L. 29.3.1940 n.207),

Regio Decreto 16 agosto 1909 n.615, *Regolamento per l'esecuzione della legge 14.2.1904 n. 615*

Legge 18 marzo 1968 n.431, *Provvidenze per l'assistenza psichiatrica*

Legge 30 marzo 1971 n.118, *Conversione in legge del D.L. 30.1.1971 n.5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili*

Legge 13 maggio 1978 n.180, *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (normativa successivamente ricompresa nella Legge 23 dicembre 1978 n. 833 *Istituzione del Servizio sanitario nazionale*)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985, *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali ai sensi dell'art.5 della Legge 23.12.1983 n.833*

Decreto del Presidente della repubblica 7 aprile 1994 *Approvazione del progetto-obiettivo tutela della salute mentale 1994-1996*

Legge 23 dicembre 1994 n. 724, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica – legge finanziaria 1995*

Decreto Ministero della sanità 24 maggio 1995, *Linee guida per la chiusura degli ex ospedali psichiatrici*

Legge 23 dicembre 1996 n. 662 *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica – legge finanziaria 1997*

Legge 27 dicembre 1997 n. 449, *Misure di razionalizzazione della finanza pubblica – legge finanziaria 1998*

Decreto del Presidente della repubblica 14 gennaio 1997, *Requisiti strutturali e tecnologici per le strutture del Dipartimento di salute mentale*

Decreto del Presidente della repubblica 10 novembre 1999, *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*

Comitato per la Bioetica, *Parere sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici, 24 settembre 1999*

Bibliografia

ROCCHI S. (cur.) (2000), *La malattia mentale*, Fogli di informazione e di coordinamento n. 2, Mo.Vi - Movimento di volontariato italiano, Milano

ANDREOLI V. (1998), *Un secolo di follia*, Rizzali, Milano

ASIOLI F., BALLERINI A., BERTI CERONI G. (cur.) (1993), *Psichiatria nella comunità: cultura e pratica*, Bollati Boringhieri, Torino

DEL POGGETTO G., LASTRUCCI P., SCATENA P.A. (cur.) (1990), *I luoghi della riabilitazione*, in *Fogli di informazione*, 149, Cooperativa centro di documentazione, Pistoia

BASAGLIA F. (1981), *Scritti: Vol. I (1953-1968; Vol. II (1968-1970)*, Einaudi, Torino

BASAGLIA F. (1997), *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini & Castoldi, Milano

BASAGLIA F. (2000) *Conferenze brasiliane*, Raffaello Cortina Editore, Milano

BASAGLIA ONGARO F. (1991), *Vita e carriera di Mario Tommasini burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo*, Editori Riuniti, Roma

BORGNA E. (1999), *Noi siamo un colloquio: gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Feltrinelli, Milano

CARABELLI G., CACIOPPO M., GRASSO L. (1999), *Reti di cura in psichiatria: strumenti di lettura e d'intervento*, FrancoAngeli, Milano

CASTELFRANCHI C., HENRY P., PIRELLA A. (1995), *L'invenzione collettiva: per una psicologia della riabilitazione nella crisi della psichiatria istituzionale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITA' (1992), *Strutture intermedie in psichiatria: il contesto e l'intervento*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma

FERRUTA A., FORESTI G., PEDRIALI E., VIGORELLI M. (1998), *La comunità terapeutica tra mito e realtà*, Raffaello Cortina Editore, Milano

FOUCAULT M. (1997), *Malattia mentale e psicologia*, Raffaello Cortina Editore, Milano

FOUCAULT M. (2000), *Gli anormali: corso al Collège de France (1974-1975)*, Feltrinelli, Milano

FRIGHI L. (1990), *Argomenti di igiene mentale*, Bulzoni Editore, Roma

LEFF J. (1992), *Psichiatria e culture*, Edizioni Sonda, Torino

MILANESE G. (1998), *Disagio psichico e riabilitazione. Tra servizio pubblico e privato sociale*, FrancoAngeli, Milano

MOSHER L. R., BURTI L. (1991), *Psichiatria territoriale: principi e pratica*, Feltrinelli, Milano

NICOLI M.A., ZANI B. (1998), *Mal di psiche: la percezione sociale del disagio mentale*, Carocci editore, Roma

PANTOZZI G. (1994), *Storie delle idee e delle leggi psichiatriche (1780-1980)*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento

RICCIARDI VON PLATEN A., (2000), *Il nazismo e l'eutanasia dei malati di mente*, Le Lettere, Firenze

ROTELLI F. (2000), *Per la normalità*, Asterios, Trieste

SANICOLA L. (1997) (a cura di), *La salute e il servizio sociale*, Liguori editore, Napoli

SCAPICCHIO P.L., TRABUCCHI M. (1999), *I servizi psichiatrici nella sanità riformata*, Il Mulino, Bologna

SHORTER E. (2000), *Storia della psichiatria: dall'ospedale psichiatrico al Prozac*, Masson, Milano

STEFANONI F. (1998), *Manicomio Italia*, Editori Riuniti, Roma

TAUFER B., TOSO I., GUIDOLIN (cur.) (1997), *I malati mentali. Dall'esclusione alla solidarietà*, Piemme, Casale Monferrato (AL)

TRANCHINA P., TEODORI M.P. (1996), *Manicomio ultimo atto bilanci, rischi, prospettive della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici in Italia*, Fogli di informazione n. 170, Pistoia