

Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)

di Agostino Pirella (Presidente Onorario di Psichiatria Democratica)

Nessuno dubita del fatto che a partire dalla metà del secolo scorso, si siano realizzate in molte parti del mondo industrializzato le condizioni per un mutamento profondo del paradigma psichiatrico costruito dall'Ottocento con la convergenza (ed il confronto) di poteri diversi. La lettura di testi sociologico-storici di Scull, Castel, Scheff, Doerner, e soprattutto di quelli "archeologici" di Michel Foucault danno ragione non solo del mutamento, ma del groviglio di interessi, aspirazioni, conflitti, che si sono manifestati dentro e contro la nuove istituzioni della nascente psichiatria (1).

Ciascuno dei conflitti e delle relative proposte di "soluzione" si sono, di volta in volta, presentati alla luce del sole o coperti da veli di segretezza, senza che fosse possibile dare ragione delle diverse pressioni ed interessi in cui si producevano. Mentre i nuovi tecnici (alienisti, freniatri, infine psichiatri) giustificavano infatti le loro manovre oppressive e distanzianti sui pazienti con alte motivazioni mediche e curative, la convergenza dei poteri in gioco poteva dispiegare tutta la propria efficacia progettuale.

Ciò è accaduto soprattutto a carico delle condizioni di esercizio della nascente psichiatria e della costruzione dei suoi monumenti, gli ospedali psichiatrici. Non c'è dubbio che per la costruzione di un OP fossero necessari estenuanti passi di avvicinamento agli interessi più diversi (Moraglio, 2001) e si mettessero alla prova i poteri politici, amministrativi, commerciali, tecnici e professionali, ciascuno ritagliandosi il proprio spazio ed il proprio guadagno.

E' interessante citare, a questo proposito, la trista vicenda di un Cesare Lombroso, chiamato nel 1873 nella commissione per l'erigendo manicomio di Pavia, pronto a ricevere una "tangente" di mille lire per favorire due architetti, i quali, non fidandosene troppo, mettono per scritto i loro dubbi lasciandone traccia in un fondo epistolare (2).

Ma è sulle norme di esercizio e sulle leggi relative che si manifesta prima il proposito di costruzione e poi la crisi del paradigma su cui si è storicamente fondata la pratica psichiatrica e cioè il "potere psichiatrico", che Michel Foucault scelse come tema per le sue lezioni più tempestive al *Collège de France* negli anni 1973-74.

Le leggi psichiatriche

Intanto si può osservare come la legge francese sull' "alienazione mentale" (così infatti si denominava la "malattia mentale" prima ancora che la psichiatria si affermasse come branca specialistica della medicina) ebbe una breve gestazione, giungendo all'approvazione nel 1838 senza opposizioni e contrasti significativi. Gli psichiatri (pardon alienisti) francesi erano compatti e, dopo la morte di Pinel, fondatore della disciplina, si erano raccolti attorno ad Esquirol, suo discepolo, realizzando la più esplicita e severa legge che uno psichiatra repressivo potesse immaginare. Così, nel volgere di circa mezzo secolo, la Francia, passava dalle "lettres de cachet" di emanazione sovrana alle norme di restrizione della libertà e di trattamento di stampo medicale. (3)

E' stato osservato da Castel che, pur mostrandosi con caratteristiche peculiari e come assoluta novità nel mondo nato dalle rivoluzioni borghesi, il potere psichiatrico si collegava strettamente con il modello carcerario. Di fatto Esquirol era un ascoltato membro della commissione sul sistema carcerario e uno psichiatra eminente, Moreau-Cristoph, era a capo del dispositivo giudiziario. Del resto, la tendenza irresistibile di connotare come psichiatrico qualunque gesto aggressivo è restata anche ai nostri giorni, sia sul piano del senso comune che su quello psichiatrico pur con metodi e norme che fortunatamente si mantengono distinti.

Diversa sorte e un lungo iter ha invece avuto la legge manicomiale italiana, approvata nel 1904 per la ferma volontà del primo ministro Giolitti, che intendeva assolutamente risolverla, per molti motivi.

Anzitutto per un contenzioso infinito sui costi dei manicomi che vedeva le amministrazioni provinciali risolte a rivendicare libertà di scelta se non avessero avuto voce in capitolo nell'amministrazione e gestione degli istituti e timorose di trovarsi di fronte a spese crescenti se non fossero stati ben identificati i soggetti da ricoverare. Dall'altra parte si esercitavano le pressioni degli psichiatri (pardon, freniatri) italiani che reclamavano autonomia e pieno potere nella gestione degli istituti stessi. Infine, l'opinione pubblica, che era turbata da avvenimenti luttuosi: ad esempio, l'uccisione nel 1896 del presidente della Provincia di Roma, il quale, in visita al manicomio provinciale venne aggredito da un paziente lavoratore pare in seguito ad un rimprovero (o un'esortazione?) nei confronti dei lavoratori stessi (Stok, 1982). Ma altre questioni sono raccolte nelle cronache, come sospetti che familiari interessati confinassero i coeredi nei manicomi, che il trattamento fosse inumano, ecc. (Stok, 1982) (4).

Il rinforzo (o la ripulitura secondo Thomas Kuhn) del paradigma si sviluppa nel corso di tutto l'Ottocento e nella prima metà del secolo successivo, realizzando luoghi di forte controllo generale con qualche maglia allargata per quegli internati che mostrassero di cooperare attivamente con l'istituzione (Goffman, 1961) (5). L'inserimento dei nuovi tecnici nel contesto dei poteri pubblici, realizzato fortemente in occasione del varo della legge del 1904, diviene ancora più diffuso e visibile con qualche eccezione (Arnaldo Pieraccini ad Arezzo, Guglielmo Lippi Francesconi a Lucca, che fu ucciso dai nazifascisti nel 1943) (%) con l'avvento del fascismo, il quale, ovviamente disinteressato ai diritti dei pazienti come a quelli dei cittadini, favorisce, anche per mezzo di nuove norme (ad esempio l'iscrizione dei ricoverati nel casellario giudiziario con il codice Rocco del 1931) l'omologazione dei pazienti nell'area della criminalità. Tutto ciò ha influenza sulla gestione degli istituti e della stessa psichiatria. Ritardi gravi sull'introduzione della psicoanalisi e della psicoterapia, mantenimento di metodi repressivi e "invenzione" di trattamenti di shock punteggiano il dominio dei fascismi in Europa. L'elettroshock, "gloria italiana" (Cerletti e Bini, 1938) lo shock insulinico ed altri metodi (tra cui la demolizione di aree cerebrali) che realizzavano un vero e proprio sistema del terrore, si estesero al di là dei confini delle dittature trovando buona accoglienza anche nei Paesi democratici (USA, Gran Bretagna, Scandinavia). Tutto ciò rese possibile, sulla base di un giudizio legale di non cittadinanza, realizzare, nell'ambito del potere nazista, lo sterminio di circa 200.000 pazienti e l'"eutanasia dolce" di altre decina di migliaia anche in Italia e Francia (6).

In questo senso ciò che accadde in Occidente dopo la guerra può essere inserito in una dialettica tra modernizzazione e democratizzazione della psichiatria. Altrove ho scritto di una dialettica tra trasformazione e razionalizzazione (7). Entrambi i corni della questione acquistano oggi un loro rilievo, mentre l'utopia della democratizzazione sui temi della salute mentale e sulla pratica concreta della psichiatria si è appannata ed è quasi svanita dall'orizzonte delle cose possibili.

La "riforma" e le esperienze di trasformazione

E' tuttavia un fatto importante e relativamente isolato che nel nostro Paese si sia realizzata una riforma, rappresentata dalla legge 180 del 1978, confermata dalla legge 833 dello stesso anno, la quale postula da una parte il superamento e la chiusura degli OP e dall'altra la creazione di servizi territoriali adeguati per la prevenzione, la cura e la riabilitazione in tema di salute mentale.

E' mia convinzione che a ciò non si sarebbe giunti se non si fossero realizzate, in alcune province, delle esperienze di trasformazione e appunto di "democratizzazione" capaci di influire sui poteri decisionali e prima ancora di coinvolgere uomini e donne nel loro progetto di socialità aperta, di reciprocità e di critica dei poteri repressivi.

Nell'ambito del presente intervento non sarà possibile soffermarsi su di esse, ma solo di sottolineare quanto queste esperienze abbiano influito sui (e siano a loro volta state influenzate dai) movimenti di emancipazione in varie aree e condizioni. Le lotte anti-autoritarie degli studenti, quelle dei lavoratori, delle donne nella loro specificità, hanno accompagnato le "critiche pratiche" prodotte ed esibite nelle esperienze cui si è accennato. Talvolta si sono realizzati collegamenti tra queste esperienze e tra esse e le lotte, con grande scandalo dei benpensanti ma anche con passione conoscitiva e consapevolezza del valore del mutamento. Ma queste trasformazioni, che si collegavano a radici di innovazione professionale della psichiatria (l'approccio fenomenologico esistenziale, la psicoterapia delle psicosi, la proposta della comunità terapeutiche) erano anche una promessa di cambiamento (e in fondo di miglioramento) delle condizioni di esercizio della psichiatria, che così rifiutava le chiusure, le contenzioni fisiche, l'uso indiscriminato degli psicofarmaci, e trovava che un posto non psichiatrico era più "terapeutico" di una clinica, che la socialità informale era l'unica accettabile, anzi che la "socialità psichiatrica" diventava un' "insocievole socievolezza", come già mostrò Kant a proposito degli antagonismi sociali, se regolata dal mercato e dai poteri forti (8).

Così i fautori delle esperienze di trasformazione democratica della psichiatria sono riusciti (con o senza l'appoggio degli amministratori) contemporaneamente a forzare l'interpretazione delle vecchie norme e a trasformare la realtà delle istituzioni rompendo le barriere fisiche e culturali che rappresentavano il limite al cambiamento. Con ciò si differenziavano da tutti coloro che, pur consapevoli della necessità di modificare l'approccio al paziente, avevano tuttavia lasciato immutato il dispositivo di sistema dell'istituzione segregante e repressiva. Mutamento solo ideologico dunque e solo interpersonale, che non permetteva di uscire dalla enorme distanza di potere nella relazione medico paziente. Su questi aspetti Franco Basaglia si è espresso con molta chiarezza in diverse occasioni (9). Non poteva essere accettata la separazione troppo netta ed offensiva nei confronti della verità tra ciò che si scriveva e le pratiche manicomiali disumane che persistevano immutate.

Non sappiamo se sia stata insensibilità, incapacità o che altro. Più facile ritenere che si sia trattato, in questo clamoroso insuccesso delle ideologie a cambiare le cose, dell'esigenza di non rompere con le alleanze di potere vigenti, con i ceti proprietari, con la cultura "borghese", in una parola con l'*establishment*.

Nel nostro Paese la legge di riforma, favorita dalle esperienze di trasformazione e democratizzazione, è stata anticipata dalla legge 431 del 1968, e cioè giusto dieci anni prima. Come si è visto per le leggi manicomiali, anche questa legge (che è rimasta con il nome del ministro socialista alla sanità, Mariotti) tendeva a rispondere ad esigenze solo parzialmente convergenti. C'era infatti un esplicito richiamo del ministro all'esperienza in corso a Gorizia con Franco Basaglia nei confronti con manicomi che il ministro definì "bolge dantesche", e d'altra parte le pressioni dei sindacati medici per l'equiparazione della retribuzione con i medici degli ospedali generali e per l'istituzione di un numero congruo di primariati. Era un'altra delle occasioni in cui si coniugavano esigenze di modernizzazione con quelle di una pur modesta democratizzazione.

La legge 431 prevedeva standard quantitativi e qualitativi per gli operatori, limitava la dimensione degli OP a non più di 500 posti letti, cancellava l'iscrizione dei ricoverati nel casellario giudiziario, stabiliva per l'ammissione volontaria – già prevista dalla vecchia legge manicomiale del 1904 – la cancellazione di tutti i vincoli delle norme precedenti. Dunque tutti i pazienti che fossero entrati volontariamente in OP avrebbero potuto (teoricamente) andarsene quando volevano. In realtà questo non fu realizzato in tutti gli OP, in quanto il potere discrezionale dei medici sui pazienti si manifestava anche in questa occasione. Si faceva intervenire un medico esterno (in quanto al medico dell'OP era vietato firmare per l'internamento manicomiale) per la "trasformazione" da volontario a coatto. Ciò comportava di regola anche il trasferimento da un reparto "aperto", a regime manicomiale attenuato, ad un reparto chiuso con stile carcerario.

Nelle esperienze della riforma il bilanciamento dei poteri, premessa indispensabile ad un forte rapporto di fiducia tra curanti e curati, permetteva non solo il mantenimento della condizione di volontario ma lo stesso graduale superamento della condizione di ricoverato coatto.

Franco Basaglia ebbe poi l'idea di inventare la condizione di "ospite", e cioè del ricoverato volontario che, dimesso dall'OP, restava, per sua scelta, in attesa di una idonea sistemazione esterna, in una condizione "abitativa" impropria, in reparti trasformati in comunità, in abitazioni ricavate da spazi precedentemente occupati dal personale.

Con questa sistemazione si sottolineava che la permanenza in OP era condizionata dalle cattive condizioni economiche, familiari, lavorative e non dalla gravità del quadro psichiatrico. Il numero crescente e non marginale di essi in rapporto al numero decrescente dei "coatti", ha rappresentato, permettendo un confronto positivo con la popolazione, un fattore decisivo per il progredire della riforma e del mutamento del giudizio pubblico sulla malattia mentale.

La complessità degli eventi che si sono sviluppati negli anni '60 e '70 è ben rappresentata dal succedersi di convegni di studio e di proposte di aggiornamento che solo marginalmente influivano sullo stile di lavoro e sul modello organizzativo della pratica psichiatrica, come si è visto con la legge 431 del 1968. In quegli anni, al contrario, proprio la concreta innovazione rappresentata dalle esperienze avviate dal gruppo di Psichiatria democratica (PD) era dimostrativa del fatto che era possibile trasformare non solo la relazione tra la psichiatria ed il paziente, ma la stessa condizione del paziente, anche senza una nuova legge organica, chiesta a gran voce da molti psichiatri tradizionali, sicuri di mantenere sostanzialmente le cose come stavano pur nel quadro di un aggiornamento di norme invecchiate. La richiesta di una nuova legge si poneva dunque paradossalmente sia come garanzia per il mantenimento dello *status quo* sia come alibi per il non impegno quotidiano per la trasformazione.

All'interno delle esperienze innovative, invece, era stato possibile perfino utilizzare norme della vecchia legge e mancate indicazioni di essa per realizzare e giustificare, anche di fronte al giudizio della magistratura, i mutamenti proposti. Ad esempio, la legge manicomiale affermava che erano vietate o applicate in casi assolutamente eccezionali le contenzioni fisiche dei pazienti, affidando così la valutazione dell'eccezionalità al direttore dell'OP. Ancora, una norma prescriveva che il direttore doveva organizzare l'istituto secondo i "progressi della scienza psichiatrica" (10). Infine, in nessun articolo era scritto che i reparti dovessero essere chiusi o ad impronta carceraria (con gli spioncini alle porte delle camere, con i chiavistelli, ecc. come divenne prassi consolidata).

E' ben vero che nella legge era prevista la "custodia" oltre alla cura, ma anche su questo i "progressi della scienza" potevano ben essere invocati per trasformare il controllo a vista con un nuovo metodo "comunitario" in cui al paziente, anzi alla intera collettività, veniva affidata una funzione implicita di controllo reciproco e di reciproco aiuto in caso di difficoltà. L'interpretazione cosiddetta evolutiva delle leggi ha rappresentato una risorsa fondamentale per il superamento di concezioni della psichiatria come strumento di controllo e di repressione.

Dopo la 180

Anche dopo l'approvazione, nel 1978, delle norme previste dalla legge 180, poi assorbite sostanzialmente nella 833, con qualche modificazione, di cui parleremo più avanti, gli psichiatri tradizionali continuarono a chiedere ulteriori chiarimenti, leggi quadro applicative, dimostrandosi incapaci di gestire il loro rapporto con i

pazienti in modo diverso rispetto il passato. In alcuni OP vi fu un'applicazione paradossale delle nuove norme. Ad esempio, alcuni pazienti, giudicati "guariti", furono messi su pullman e trasferiti coattivamente nel comune di provenienza (da cui mancavano da decenni) ed affidati al sindaco. (11) In molti casi una provocatoria apertura delle porte dei reparti non modificò il disinteresse nei confronti dei bisogni di pazienti che venivano lasciati a vagare per i viali con vestiti poveri e laceri. Nella generalità dei casi non vi furono modificazioni sostanziali del carattere carcerario degli OP.

Nella mia esperienza torinese, debbo dire che solo una parte dei medici fu capace di mettersi a lavorare secondo lo spirito delle nuove norme, e che la partecipazione organizzata di cooperative e di *non professional* fu una delle risorse importanti per la trasformazione ed il superamento delle condizioni precedenti. L'appoggio degli amministratori fu decisivo, ed anche il dialogo con i rappresentanti dei comuni e dei quartieri, oltre che del mondo associativo in Collegno e Grugliasco e con la stessa popolazione.

L'apertura degli spazi del parco della Certosa di Collegno fu anche uno dei fattori di svolta – come era accaduto nelle altre esperienze – per il mutamento delle relazioni con i cittadini. Il campo sportivo venne messo a disposizione di tutti, e furono concessi spazi per concerti e manifestazioni pubbliche.

Sul piano più generale la legge 180, con l'abolizione dei primi tre articoli della vecchia legge manicomiale e il divieto di ammettere nuovi pazienti negli OP, sanciva il superamento degli stessi, anche se "graduale". Un certo numero di psichiatri si trasferì presso gli ospedali generali a lavorare con i pazienti che un tempo sarebbero stati accolti negli OP. Vi furono difficoltà nel reperire spazi negli ospedali generali, che in qualche caso non collaborarono. Ad esempio a Roma suscitò scandalo il fatto che solo tre ospedali si resero disponibili per ospitare i nuovi "Servizi" (così si dovrebbero chiamare e non "Reparti") per complessivi 45 posti letto! Altrove, ad esempio a Trieste e ad Arezzo, non vi furono grossi problemi, dato che queste accoglienze erano già sperimentate in posti letto di medicina prima ancora della approvazione della legge. In essa grande rilievo assumevano le norme che assicuravano una garanzia molto ben definita dei diritti dei pazienti. Anzitutto il "Trattamento sanitario obbligatorio" (TSO) doveva sottostare a tre condizioni, l'ultima delle quali fu suggerita da Franco Basaglia. La prima: "se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici"; la seconda: "se gli stessi non vengano accettati dall'infermo"; la terza: "se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere" (art.2, comma 2, legge 180/78; art.34, comma 4, legge 833/78). Con questa norma si voleva basare la necessità dell'internamento a carico di una insufficiente organizzazione territoriale e cioè, tanto più è efficace, presente, tempestivo un intervento territoriale, tanto meno si porrà l'esigenza di ricorrere al posto letto. Questo metodo, come si diceva già realizzato ad Arezzo e a Trieste, aveva fatto abbassare il tasso di TSO a numeri molto bassi (5 per 100.000 abitanti) rendendo da una parte meno importante in risorse il servizio ospedaliero a favore di quello territoriale e risparmiando al paziente l'esperienza negativa del ricovero. (12)

Le difficoltà di applicazione di questo modello (che come abbiamo visto per Roma erano anche motivate da resistenze organizzative) fecero sì che da subito si formarono associazioni di familiari duramente ostili alla riforma, mentre altre, favorevoli, sottolineavano con durezza le inadempienze e le conseguenze negative di esse (13). Circolò uno slogan suggestivo e pericoloso: "Una legge che ha grosse difficoltà di applicazione è una legge inapplicabile". Anziché rovesciare i termini della questione, e cioè: "una legge che è nata sulla base di esperienze avanzate, positive e possibili deve essere applicata rendendosi necessaria", si preferiva rischiare il ritorno alla condizione manicomiale ed alla riapertura del circuito repressivo. Di fatto ciò accadde in alcune regioni del Sud ma anche nella progressista Liguria. In Piemonte si faticò moltissimo a far passare le nuove norme mentre le case di cura e un OP privato, pur con una graduale diminuzione dei posti letto, tentarono di continuare a ricevere pazienti, in spregio alla legge.

Gradualmente si organizzò un fronte compatto a favore sia della legge che del nuovo stile di lavoro in psichiatria e del nuovo modello organizzativo basato sul servizio territoriale forte e/o diffuso. Il grave ritardo governativo nel coordinare il superamento degli OP e nello stimolare la creazione di adeguati ed efficaci servizi territoriali fu poi recuperato sia dalle iniziative regionali che dagli accordi a favore della legge tra PD e gli psichiatri della SIP (Società italiana di psichiatria) (1991) (14). Nel 1994 fu finalmente approvato dal governo un Progetto obiettivo salute mentale, che dettava standard sui servizi territoriali. A questo successo portò un contributo essenziale Franca Ongaro Basaglia nella sua battaglia inesausta al Senato e PD con le sue esperienze, il suo fecondo collegamento con i pazienti e con gli stessi familiari. Anche giornalisti, amministratori, associazioni per i diritti degli utenti, enti locali, partiti e sindacati si schierarono a favore di una legge che, scomparso Franco Basaglia nell'agosto del 1980, era esposta a molti rischi (15).

Ma proprio poco prima di lasciarci, lo stesso Basaglia aveva analizzato con acutezza sia il valore che i limiti dell'apparato legislativo.

Afferma Basaglia: "La novità della legge si incentra <...> soprattutto sulla scomparsa del concetto giuridico di 'pericolosità' del malato mentale, da cui si deduceva la necessità di custodirlo e quindi di violentarlo ed reprimerlo; sull'opposizione - che da questa scomparsa deriva - alla creazione di nuove strutture segreganti; sul capovolgimento dell'ottica tradizionale della psichiatria che si trova per la prima volta in condizione di affrontare colui che soffre di disturbi psichici, senza lo schermo della pericolosità e della custodia"(16). Più

avanti Basaglia introduce l'analisi e la verifica della 'produzione' dell'emarginazione e della devianza: ciò che è esistente lo è in base ad una storia e ad una distribuzione dei poteri. E' la condizione materiale (non solo la miseria economica ma anche la miseria sociale che impedisce di esprimere i nostri stessi bisogni e di rivendicare i relativi diritti) che va identificata e trasformata. Per fare ciò è necessario attivare una pratica trasformatrice che la nuova legge rende possibile.

E così siamo di fronte sia ad un "vuoto" che ad un "momento felice". Impropriamente – dice Basaglia – definiamo il bisogno di una nuova "scienza" e di una nuova "teoria" come "vuoto ideologico". In realtà è il "momento felice" in cui ci troviamo di fronte all'angoscia ed alla sofferenza privi di strumenti che non siano un'esplicita difesa da esse. Non so se Franco Basaglia abbia mai letto Georges Devereux. Ma è davvero impressionante quanto questa dichiarazione risenta delle novità essenziali e rivoluzionarie inserite da questo autore di etnopsicoanalisi nel suo "Dall'angoscia al metodo" (17). Del resto abbiamo già detto quanto lo "spirito di tempo" abbia, nella seconda metà del secolo scorso, influito sulla crisi profonda del paradigma psichiatrico (e in questo caso psicoanalitico e psicoterapeutico) dominante.

C'è qualcosa che muta nel passaggio dalla 180 alla 833

Si è detto che l'approvazione della legge 180 del 13 maggio 1978 ha rappresentato l'anticipazione della più generale legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (23 dicembre 1978, n° 833). L'anticipazione fu motivata con la scadenza del referendum abrogativo della legge manicomiale la cui approvazione avrebbe lasciato un vuoto legislativo assai grave. Ma è interessante notare come nei mesi che sono trascorsi dall'approvazione della legge 180 a quella della 833, e cioè dal maggio al dicembre, alcuni poteri si sono mossi per qualche modifica non del tutto innocente. Ne daremo qui conto, con qualche commento. Anzitutto sul numero di posti letto nei servizi negli ospedali generali. Il numero massimo di 15 è stato cancellato e si è affidato ad un "piano sanitario regionale" il compito di fissare il numero dei posti letto. A cosa sarà dovuto questo mutamento? Mentre il limite di 15 rispondeva alle esigenze di non affollare eccessivamente un luogo che, come vedremo, avrebbe dovuto restare in stretto collegamento con i servizi territoriali, l'esistenza in tutto il Paese di reparti psichiatrici e neuropsichiatrici con un numero di posti ben superiore avrebbe dovuto fare i conti con il divieto di superare i 15 posti e dunque ridimensionarsi. Si è in questa occasione espresso un potere di condizionamento che ha gelosamente difeso gli spazi separati che negli ultimi decenni si erano costituiti negli ospedali generali. Tali spazi ospedalieri rispondevano più alle esigenze personali dei primari e della loro clientela, spesso impropriamente ricoverata, che ai bisogni reali della salute mentale della popolazione. In particolare proprio il modello organizzativo dei servizi previsto dalla 180 entrava in conflitto con questa prassi tendenzialmente privatistica. Infatti la legge prevedeva il modello dipartimentale: "i posti letto...al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti sul territorio" (art. 6, comma 4, legge 180/78).

Oltre alla cancellazione del limite massimo di 15 dei posti letto, la nuova formulazione della legge 833/78 è molto meno incisiva: "...servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extra-ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica". E' da sottolineare la dizione "continuità terapeutica" in confronto alla più generale e comprensiva "continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale" ed il riferimento ben più incisivo alla "forma dipartimentale" cui i posti letto debbono essere "organicamente e funzionalmente collegati". E' qui evidente lo scivolamento verso la separatezza dei servizi ospedalieri e la trascuratezza dell'importanza della forma dipartimentale che richiama evidentemente gli elementi contenuti nel DM 8 novembre 1976 sugli "Orientamenti per l'attivazione delle strutture dipartimentali ecc." che punta su metodi di lavoro collegiali, un comitato di dipartimento con un coordinatore eletto a turno, metodi ben lontani dalla intensa gerarchizzazione che si è imposta successivamente nelle regioni in cui il dipartimento di salute mentale si è costituito sull'esempio del paradigma manicomiale, autoritario e burocratico.

Un ultimo elemento di variazione tra le due leggi va rilevato e si riferisce al richiamo al dettato costituzionale. Appare evidente che il legislatore, nel momento in cui riconsegna al "malato mentale" o "infermo" un pieno diritto di cittadinanza, voglia rendere esplicito che tutte le norme costituzionali sui diritti valgano anche per questo soggetto che esce dai vincoli della legge manicomiale. Ed infatti ecco il richiamo, nella 180 (art. 1, comma 2), ai "diritti civili e politici garantiti dalla costituzione", mentre la legge 833 trova opportuno limitare il riferimento alla costituzione al solo art. 32, che viene espressamente citato assieme al "rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura". (18)

Bisogna tuttavia ricordare che una variazione significativa, sostanzialmente migliorativa, è stata inserita nella 833 e consiste nell'aggiunta di un comma che prevede un'azione esplicita dell'USL per ridurre l'uso dei TSO. Non so quante USL abbiano effettivamente iniziato e sviluppato le iniziative previste da questo importante comma: "L'USL opera per ridurre il ricorso ai suddetti TSO, sviluppando le iniziative di

prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità” (legge 833, art. 33, comma 5).

Resta il fatto però che, al di là del dettato legislativo della 833 - che resta comunque decisamente garantista - nella pratica invalsa tutti i diritti costituzionali sono stati ignorati o soppressi in modo disinvolto e brutale. Il diritto a non subire violenze (art. 13 cost.: “E’ punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”) il “diritto dell’infermo di comunicare con chi ritenga opportuno” (legge 833, art. 33, comma 6) (19).

Si è dunque riorganizzato un potere che era andato in crisi sotto il duplice attacco della riforma e della nuove pratiche di una psichiatria democratica e partecipata. Una nuova generazione di magistrati ha ripreso vecchi stereotipi sulla malattia mentale, confortata da giovani psichiatri baldanzosi e cinici. I pazienti hanno letteralmente paura di parlare, di criticare, di muovere osservazioni, perché il loro destino può essere deciso in base al comportamento più o meno “rispettoso”. La contenzione fisica (legare al letto per lungo tempo) viene interpretata come “misura sanitaria” o comunque “terapeutica”. Il potere psichiatrico ha ripreso la scena e non intende lasciarla, anzi si avvia verso sempre più vaste imprese diagnostiche e terapeutiche, dai “borderline”, ai “disturbi di personalità”, ai bambini disattenti e iperattivi, ai “perduti al mondo” come li chiama Castel, ai “nuovi pericolosi” (20).

Di nuovo alla psichiatria i poteri politici ed amministrativi delegano, con scarsa sensibilità della larga opinione pubblica, l’esercizio di potere sui soggetti che risultano non utili al mercato, sia perché fragili, incapaci, sia perché variamente inadatti e non collocabili, e variamente etichettati. Oggi vanno molto di moda i “disturbi di personalità”, che, guarda caso, colpiscono le larghe fasce di poveri e di marginali, di violentati e di oppressi in vari modi ed da varie circostanze. Ma questo collegamento con i modi e le circostanze, con la violenza sociale non viene rilevata come importante dalla nuova psichiatria che si appoggia alle neuroscienze ed alla farmacologia simulando una scientificità forzata, inefficace e spesso nociva. Simmetricamente il potere psichiatrico torna ad occuparsi dei criminali, anche e forse soprattutto di quelli danarosi, per sottrarli ad una giusta pena e per diagnosticarli sotto le vetrine televisive.

Ma, sostanzialmente, si tratta di un processo che unisce i poteri in gioco sul destino di molti che risultano totalmente inascoltati, fuori da ogni opportunità, soggetti a cui è sottratto ogni potere sulla propria vita. Si tratta di migranti, di gente in rivolta, di persone chiuse nel proprio mondo, di altri che, al contrario, appaiono reattivi e - come dicono le nosografie psichiatriche - “irrispettosi” la psichiatria tiene il campo con ostinazione degna di miglior causa e mantiene ancora, perfino in Italia, lo stile di lavoro che l’Ottocento ci ha tramandato.

Note

(1) I riferimenti ai lavori che hanno aperto la strada a riferimenti sulla “crisi” della psichiatria istituzionale e ai suoi sbocchi sono numerosi ed hanno segnato la seconda metà del secolo scorso. Mi sono limitato a richiamare gli autori che più autorevolmente hanno dimostrato, sul piano degli studi storico-sociali come su quello delle pratiche di trasformazione, questo percorso. Vedi: R. Castel, *L’ordre psychiatrique*, Les Editions de Minuit, Paris 1976, trad. it. *L’ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 1980 ; K. Doerner, *Buerger und Irre*, Europaeische Verlagsanstalt, Frankfurt 1969, trad. it. *Il borghese e il folle*, Laterza, Roma-Bari 1975; M. Foucault, *Histoire de la folie à l’age classique*, Librairie Plon, Paris 1961, trad. it. *Storia della follia*, Rizzoli, Milano 1963; recentemente *Le pouvoir psychiatrique, Cours au Collège de France 1973-1974*, Seuil/Gallimard, Paris 2003 ; T. Scheff, *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, Aldine Publishing Company, Chicago 1966, trad. it. *Per infermità mentale, una teoria sociale della follia*, Feltrinelli, Milano 1974; A. Scull, *Decarceration*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1977; A. Scull, *Museums of Madness*, Allen Lane, Penguin Books Ltd, London 1979; A. Scull, *The Most Solitary of Affliction, Madness and Society in Britain 1700-1900*, Yale University Press, New Haven and London 1993. Di F. Basaglia, *Che cos’è la psichiatria?*, 1° ed. a cura dell’Amministrazione provinciale di Parma, 1967, poi Torino, Einaudi, 1973, infine Baldini & Castoldi, Milano 1997; *L’istituzione negata*, Torino, Einaudi 1968, poi Baldini & Castoldi, 1998.

(2) Risulta da una ricerca di Stefania Sartori che Lombroso, membro di una commissione per un progetto di costruzione del nuovo manicomio di Pavia abbia concordato la vittoria del progetto dei due architetti Vincenzo Monti e Angelo Savoldi, ricevendone una parte del premio (mille lire sulle cinquemila del premio). Il Savoldi, scrivendo al Monti, manifesta le sue preoccupazioni: (Lombroso) “sarà un fior di galantuomo, io questo non lo metto in dubbio, ma chi mi garantisce che il medesimo contratto che sta facendo con noi non lo voglia fare anche con un altro; così quando il lavoro di entrambi è a buon punto, darsi a quello che lui trova migliore, lasciandoci, se il suo capriccio lo vuole, scornati d’avergli mostrato l’opera nostra, d’avergli dato in mano un’arma per abatterci più bene, perché lui conoscerebbe il nostro progetto e saprebbe meglio discuterne i nostri difetti”. (Stefania Sartori, “La costruzione del manicomio di Pavia in Voghera”, tesi di laurea in psicologia, AA 2001-2002. La lettera in: Fondo Savoldi, presso la Biblioteca civica Bonetta di Pavia)

Di M. Moraglio vedi: *Costruire il manicomio, Storia dell'ospedale psichiatrico di Grugliasco*, Edizioni Unicopli, Milano 2002

(3) R. Castel, *L'ordre psychiatrique*, cit., trad. it. *L'ordine psichiatrico*, Feltrinelli, Milano 1980 ; sulle «Lettres de cachet» (ordini di emanazione reale per l'internamento di persone indesiderate) vedi: A. Farge, *Le Désordre des familles, Lettres de cachet des Archives de la Bastille*, Paris, Gallimard, Julliard, coll. Archives, 1982 (con M. Foucault)

(4) F. Stok, *La formazione della psichiatria*, Il pensiero scientifico ed. Sul "caso Berardi" (dal nome del presidente della provincia di Roma vedi pag. 102. "... il direttore di quell'asilo, ed altri medici, erano stati incriminati per omicidio colposo. Il processo, pur risolvendosi con l'assoluzione, lasciava una viva preoccupazione negli alienisti ed induceva la *Società Freniatria* a lanciare una campagna volta a dimostrare che la responsabilità di incidenti di questo tipo, se sussisteva, riguardava non i medici ma le amministrazioni, responsabili di continue intromissioni nella vita dei manicomi. Il caso di Roma si prestava bene ad una gestione di questo tipo: il Berardi, assiduo frequentatore del manicomio, era stato ucciso mentre redarguiva gli alienati per la scarsa lena con cui si dedicavano al lavoro".

(5) T. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, University of Chicago Press, Chicago 1962, trad. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1969; E. Goffman, *Asylums*, Anchor Books, 1961, trad. it. *Asylums*, Einaudi, Torino 1968

(6) Su Pieraccini e soprattutto su Lippi Francesconi vedi la larga documentazione di Paolo Tranchina in: *Psichiatria e nazismo*, Atti del Convegno, San Servolo, 9 ottobre 1998, a cura di Diego Fontanari e Lorenzo Toresini, *Fogli di Informazione*, n° 191, 2001, ed. Centro di doc. di Pistoia.

Sui trattamenti di shock e sugli interventi di psicoturgia vedi: E. Valenstein, *Cure desperate*, Giunti, Firenze, 1993; sullo sterminio dei malati di mente e dei disabili ad opera dei nazisti, oltre al volume citato sopra, E. Klee, *Dokumente zur "Euthanasie"*, Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 1985; E. Klee, (Herausgegeben, a cura di) *"Euthanasie" im NS-Staat, Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens"*, Fischer Taschenbuch Verlag, GmbH, Frankfurt am Main 1991; K. Doerner, C. Haerlin, V. Rau, R. Schernus, A. Schwendy, *Der Krieg gegen die psychisch Kranken*, Sonderband der Sozialpsychiatrischen Informationen, Mabuse Verlag, Frankfurt, Psychiatrie Verlag, Bonn 1989; M. Lafont, *L'extermination douce*, La mort de 40000 malades mentaux dans les Hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy, Editions de l'AREFPPI 1987

(7) A. Pirella, "Institutional Psychiatry between Transformation and Rationalization: the Case of Italy", *International Journal of Mental Health*, vol. 16, n° 1-2, M.E. Sharp Inc., 1987; pubblicato anche in *Revista de l'Associacion Española de Neuropsiquiatria*, vol. VII, n° 20, 1987. Ora in A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, Centro di doc. Pistoia 1999

(8) I. Kant, *Idee zu einer allgemeinen Geschichte in weltbuergerlicher Absicht*, 1784; in italiano, *Idea per una storia universale dal punto di vista cosmopolitico* in: N. Merker (a cura di) *Kant, Lo Stato di diritto*, Editori Riuniti, Roma 1975. Vedi anche: "L'insocievole socialità" in A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, cit.

(9) A cominciare dal suo primo testo, *Che cos'è la psichiatria?*, Amministrazione provinciale di Parma, 1967, poi Einaudi, Torino 1973, ed infine Baldini & Castoldi, Milano 1997. Vedi lo sviluppo delle sue posizioni contro le ideologie separate in *Franco Basaglia*, di M. Colucci e P. Di Vittorio, Bruno Mondadori, Milano 2001

(10) Regolamento del 1909 alla legge 14 feb. 1904, n° 36. Questo stesso regolamento prevedeva anche la corresponsione di denaro ai dimessi per il loro migliore inserimento sociale.

(11) L'episodio del pullman è citato da Sergio Scarpa nel suo intervento alla Tavola rotonda "La legge 180 come strumento di lotta e di cambiamento sociale", al Convegno regionale di Psichiatria democratica, Venezia 23-24 ottobre 1981, in: *Fogli di Informazione*, n° 80, 1982, pag. 51. L'intervento di Scarpa è importante anche per le notizie e le valutazioni sui rapporti tra i partiti e soprattutto il PCI e il movimento di PD. Su questo vedi anche: A. Slavich, *La scopa meravigliante, Preparativi per la legge 180 a Ferrara e dintorni 1971-1978*, Editori riuniti, 2003

(12) "In caso di ricovero ospedaliero, infatti, la discriminante circa la qualità dell'intervento non risulta più il 'malato' in base alla gravità e alla pericolosità della sua 'malattia', ma l'organizzazione sociale in base alla sua capacità o meno di rispondere ai bisogni e ai diritti del cittadino, nella salute e nella malattia". (F. Basaglia, Prefazione a *Il giardino dei gelsi*, a cura di E. Venturini, Einaudi, Torino 1979; ora in F.

Basaglia, *Scritti*, vol.II, pag. 468). Sui TSO vedi: L Mosher, L. Burti, *Community Mental Health, Principles and Practice*, W.W. Norton, New York, 1989, trad. it. *Psichiatria di comunità*, Feltrinelli, Milano, 1991, ora anche Il Pensiero Scientifico editore, Roma 1999, dove si possono apprezzare confronti tra pratiche USA e italiane. Vedi anche: G. Marchi, "Ricoveri in SPDC e servizio territoriale. Indagine epidemiologica", *Fogli di Informazione*, n° 127-133, 1987, pag. 1-12

(13) Queste posizioni si confrontarono più volte in dibattiti pubblici piuttosto che con testi e documenti. Negli anni '80 numerose furono le occasioni di interventi pubblici in convegni che talvolta erano poi trasmessi in Tv. Vedi ad esempio "Il fantasma del manicomio" a cura della redazione di "Cronaca" della rete 2 della Tv nazionale, 1982, che riprende video girati all'OP di Arezzo negli anni '70 e presenta al dibattito tra gruppi, contrapposti in modo acceso, dichiarazioni di utenti dei servizi che elogiano la riforma. Vedi anche la già citata tavola rotonda nel n° 80, 1982, dei *Fogli di Informazione*

(14) Vedi: "Comunicato di Psichiatria Democratica e della Società Italiana di Psichiatria sulla riforma psichiatrica", *Fogli di Informazione*, n° 158, 1993, pag. 18-20

(15) Le vicende difficili e contraddittorie della legge e della sua applicazione sono state documentate con tempestività ed accuratezza dalla rivista *Fogli di Informazione*, organo informale di Psichiatria democratica, edita dal Centro di documentazione di Pistoia, casella postale 347 Pistoia, e-mail: tranteo@cosmos.it; giorlima@tin.it. Vedi n° 155, 1992, con il contributo di V. Pastore, "La legge 180: un quadro generale", pag. 52-63; n° 179, 1999 che contiene, tra l'altro, la "Sintesi della relazione sullo stato di attuazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici" a cura del Ministero della Sanità, pag. 1-14; n° 197, 2003, "Psichiatria Democratica trent'anni" con numerosi contributi e con un'ampia bibliografia con oltre 150 parole chiave, a cura di Paolo Tranchina e Maria Pia Teodori.

(16) Vedi: Prefazione a *Il giardino dei gelsi* a cura di E. Venturini, Einaudi, Torino 1979, in: F. Basaglia, *Scritti*, vol. II, Einaudi, Torino 1982, pag. 468

(17) G. Devereux, *De l'angoisse à la methode dans les sciences du comportement*, Aubier/Flammarion, Paris 1980 (trad. Dall'inglese di *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, Mouton et Ecole pratique des hautes études, 1967. L'edizione italiana è a cura delle Edizioni Enciclopedia Treccani, con il titolo *Dall'angoscia al metodo nelle scienze del comportamento*, 1984. Vedi anche una breve trattazione in F. Pitto, *Le radici delle questioni attuali in psichiatria transculturale*, *Fogli di Informazione* n° 185, 2000

(18) Costituzione, art. 32: "La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" <...> "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

(19) E' interessante notare che nel dibattito in Commissione Igiene e Sanità Pubblica della Camera dei deputati, seduta del 28 aprile 1978, il relatore Orsini sentì il bisogno, di fronte a perplessità e a critiche sollevate soprattutto da Pannella, di ribadire l'importanza del richiamo alle norme costituzionali che garantiscono diritti fondamentali che la pratica psichiatrica ha sempre trascurato in nome di non si sa quale infallibilità: "Si è detto che è enfatico, teatrale ed espressione di una sceneggiatura il fatto che l'articolo 1 del disegno di legge si richiami ai principi della Costituzione. Credo che questa affermazione non sia mai stata così fuori luogo come in questo caso. Avverto profondamente come psichiatra, prima ancora che come deputato, i valori che il disegno di legge rappresenta richiamandosi ad affermazioni che sono di grande significato morale prima che sociale, per il Paese: la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana; è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. Chiunque sappia che cosa sono stati i manicomi e qualche volta che cosa sono...<il deputato G. Berlinguer aggiunge "e soprattutto che cosa sono"> comprende che il richiamo a questi principi non è superfluo". Dagli Atti parlamentari, consultabili anche in *180 vent'anni dopo*, Edizioni La Redancia, Albisola sup. (Savona) 1998

(20) "Il nocciolo della questione sociale d'oggi sarà dunque nuovamente l'esistenza di 'inutili al mondo', di soprannumerari, e attorno a loro di una nebulosa di situazioni marcate dalla precarietà e l'incertezza del domani, che attestano della risalita di una vulnerabilità di massa". Castel sottolinea che questa condizione è tanto più grave in quanto si tratta di una "completa metamorfosi" che pone la questione inedita di dover affrontare questa vulnerabilità dopo un regime di protezione sociale. Vedi: R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris 1955. Vedi anche : « La resistenza dei collettivi. Lavoro, istituzione, contrattualità" in: A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, cit. Sui "bambini iperattivi" vedi: P. Bregging, *Talking Back to Ritalin*, Common Courage Press, Monroe 1998

