

LORENZO TORESINI, *Dalla legge Mariotti a Basaglia.: l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968-1978*, in «Geschichte und Region / Storia e Regione» (ISSN 1121-0303), 17/2, (2008), pp. 146-160.

Uri: <https://heyjoe.fbk.eu/index.php/grsr>

Questo articolo è stato digitalizzato della Biblioteca Fondazione Bruno Kessler, in collaborazione con l'associazione [Geschichte und Region / Storia e regione](#) all'interno del portale [HeyJoe](#) - *History, Religion and Philosophy Journals Online Access*. HeyJoe è un progetto di digitalizzazione di riviste storiche, delle discipline filosofico-religiose e affini per le quali non esiste una versione elettronica.

Il materiale sul sito [HeyJoe](#) è disponibile sotto licenza CC BY-NC-ND 4.0: può essere scaricato, stampato e condiviso per uso non commerciale, con attribuzione e senza modifiche.

This article was digitized by the Bruno Kessler Foundation Library in collaboration with the [Geschichte und Region / Storia e regione](#) association as part of the [HeyJoe](#) portal - *History, Religion, and Philosophy Journals Online Access*. HeyJoe is a project dedicated to digitizing historical journals in the fields of philosophy, religion, and related disciplines for which no electronic version exists.

The material on the [HeyJoe](#) site is available under the CC BY-NC-ND 4.0 license: it can be downloaded, printed, and shared for non-commercial use, with attribution and without modifications.



Dalla legge Mariotti a Basaglia

L'evoluzione dell'assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell'esperienza manicomiale nel decennio 1968–1978

Lorenzo Toresini

Com'è ampiamente noto, il Parlamento italiano il 13 maggio 1978 varò una radicale riforma dell'assistenza psichiatrica, voltando definitivamente pagina rispetto a quella sorta di applicazione integralista della presa in carico della sragione da parte della Ragione che furono i manicomi. Si trattava invero di un'utopia non impossibile, per certi versi assai simile a quella del perseguimento della pari dignità fra soggetti umani, ma che poi, in maniera molto analoga, subì nella sua realizzazione storica un'involuzione talmente autoritaria da svuotarla gradualmente di contenuti sino a definitivamente affossarla.

1. Storia

1.1 Premesse: antecedenti pratici

Negli anni sessanta in Inghilterra il giovane psichiatra Ronald Laing affermava che “nessuno può vietare a chicchessia di *vivere* con uno schizofrenico”. Così egli si mise a vivere con degli schizofrenici e fondò a Kingsley Hall la prima residenza psichiatrica della storia. In quella stessa Kingsley Hall (casualità o continuità?) aveva soggiornato Gandhi nel periodo in cui egli aveva negoziato – nel 1947 – con la Gran Bretagna la liberazione dell'India.

In quegli stessi anni Maxwell Jones a Dingleton, in Scozia, aveva aperto un manicomio (non nuovo, ma nel senso che prima era “chiuso”), e lo aveva trasformato in una comunità terapeutica. Erano gli anni di Summerhill e della pedagogia permissiva.

Nel 1961 Franco Basaglia prendeva servizio come direttore nel manicomio di Gorizia. Diciassette anni prima egli aveva provato a Venezia, in quanto antifascista, il carcere e ne aveva serbato un ricordo di profondo orrore. Quell'orrore fece sì che quando gli portarono, come si faceva con il direttore tutte le mattine, il libro delle contenzioni per la firma egli si rifiutò, in tal modo non legittimando quella pratica che egli fin dal primo giorno considerò disumana. Da quel gesto di liberazione scaturì tutta la successiva riforma in Italia e forse nel Mondo.

1.2. La prima legge di riforma

La legge 180 è passata alla Storia come “legge Basaglia” e come la legge che chiuse i manicomi. Tutto ciò è sicuramente vero. Tuttavia ci si dimentica di quanto la legge 180 del 13 maggio 1978 sia stata preceduta da un'altra

importantissima legge, la legge 431 del 1968, che conteneva quarant'anni fa i seguenti tre punti qualificanti:

- consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza perdere i diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e accomunando l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale, naturalmente solo per quanto riguarda quei pazienti che avevano fatto richiesta di essere ricoverati ai sensi dell'articolo 4 di tale legge;
- introduceva i Centri di igiene mentale (CIM), quale embrione di servizio comunitario;
- finanziava l'ampliamento del budget per il personale medico e psicologico a spese dello Stato. In questo punto la norma introduceva l'elemento delle *équipes* mediche per ogni divisione psichiatrica. Una divisione doveva comprendere 125 posti letto. Le spese supplementari delle Province, che allora reggevano i manicomi, dovevano essere poste a carico dello Stato. Nei manicomi con 1.200 ricoverati (era allora una cifra normale) in cui preesistevano due *équipes*, una per le donne ed una per gli uomini, poterono essere assunti medici per almeno altre otto divisioni (un primario, un aiuto ed almeno un assistente per ciascuna divisione). Si cominciava così a curare e non più soltanto a custodire.

Ma perché tale normativa fu così importante?

- Perché, per quanto riguarda la possibilità di assunzione/ricovero volontario, si ammetteva per la prima volta, implicitamente, ma chiaramente, che anche il paziente psichiatrico potesse avere "coscienza di malattia". Cosa antecedentemente negata come affermazione assoluta. La legge 1904 prevedeva sì, all'articolo 53 del regolamento attuativo 1909, la possibilità del ricovero volontario, ma il paziente che si fosse volontariamente recato in manicomio prima del 1968 per farsi ricoverare veniva assimilato ad un coatto, vale a dire si presupponeva sempre e comunque la sua totale mancanza di coscienza di malattia, e quindi la sua totale incapacità di intendere e di volere.
- Perché l'istituzione dei Centri di igiene mentale (che dopo il 1978 presero il nome, con un termine ben più chiaro, di Centri di *salute* mentale) funse da presupposto, saldandosi con il precedente concetto di capacità di avere coscienza di malattia, alla possibilità del paziente di collaborare con il medico e con i *teams* territoriali. Si sviluppò il lavoro di *team*, si introdusse il concetto per cui l'istituzione pubblica, destinata al controllo, si trasformasse in un servizio reale a disposizione della gente e potesse legittimamente diventare operativa sul territorio. Non fu poca cosa, da un lato pensando che fino ad allora era vietato ai medici e infermieri del manicomio uscire dal manicomio per curare la gente (i dimessi o coloro che avrebbero potuto usufruire di misure di carattere preventivo), dall'altro pensando che a tutt'oggi in Germania (in Austria e in tanti altri Paesi) è tuttora impossibile fuoriuscire dall'istituzione centrale per curare sul territorio, essendo quest'ultima funzione riservata al

privato convenzionato. Quest'ultimo, proprio in quanto privato, va da sé che non si assume alcun carico che superi una certa soglia di difficoltà e di rischio, riservando il controllo alle porte chiuse e ai muri.

La legge 180 del 1978 conteneva e contiene i seguenti punti qualificanti fondamentali.

- riformava le procedure e l'apparato concettuale retrostante al trattamento involontario. In pratica e *in breve*:
- l'autorità responsabile della limitazione di libertà del cittadino a scopo terapeutico non era più la Magistratura e soltanto eccezionalmente la Polizia (in pratica la stragrande maggioranza di ricoveri coatti veniva disposta dalla Questura e rarissimi erano gli interventi del Pretore). Tale fatto sancì:
- che il Sindaco, in quanto autorità eletta e politicamente verificabile con mezzi democratici, avrebbe dovuto rispondere ai propri concittadini, in tal modo prevenendo possibili abusi;
- che il Trattamento sanitario obbligatorio veniva definito come una misura sanitaria (al pari di quarantena e vaccinazioni) in cui l'esigenza di salute superava nel necessario bilanciamento il sacrosanto diritto alla libertà individuale;
- che prevalevano le esigenze di cura su quelle di custodia;
- che si chiudevano le ammissioni di nuovi ricoveri nei vecchi manicomi. La legge implicava un significato antiterapeutico dei manicomi, dal momento che se ne vietava a un certo punto l'accesso. In prima istanza si ammise che chi era già stato "contaminato" potesse ripercorrere gli ambienti in qualche modo "setticci" del manicomio. Non i cittadini non ancora "contagiati".
- regolamentava la vendita degli immobili manicomiali e il riutilizzo nelle nuove strutture territoriali. In tal modo essa sanciva l'irreversibilità delle decisioni prese e la strategia di riconversione delle risorse da dentro a fuori.

1.3. Fasi successive di realizzazioni della riforma

La riforma, come si è visto poc'anzi, è iniziata ben prima della legge 180 del 1978 e si è sviluppata quasi in cerchi concentrici espandendosi man mano da città piccole a medie a grandi.

1.3.1 Città piccole anni sessanta

La città piccola per antonomasia, dove fu per la prima volta sperimentata una trasformazione radicale nei rapporti all'interno dell'Istituzione totale, al punto che quest'ultima diventò "Comunità terapeutica", fu Gorizia. Gorizia è una città di 60.000 abitanti. La sua provincia, che include anche Monfalcone, con altrettanti 60.000 abitanti, risulta essere la più piccola d'Italia in termini di abitanti. In realtà la città di Gorizia fu relativamente poco influenzata dalle trasformazioni che avvennero per la maggioranza dei casi dentro le mura di cinta dell'Ospedale Psichiatrico. E ciò in quanto la città, democristiana e conservatrice, impedì la fuoriuscita dal manicomio di servizi, personale ed

utenti. Quando l'*équipe* di Basaglia nel 1972 si dimise, sperando di forzare la mano al Consiglio provinciale, chiamato ad esprimersi sulla richiesta di aprire dei servizi territoriali, Amintore Fanfani in persona intervenne con un telegramma epocale indirizzato, alle ore 4.00 del mattino, al Consiglio provinciale stesso, con l'ingiunzione di accettare le dimissioni del team medico della psichiatria. La stessa Provincia di Gorizia chiamò poi un team dall'Ospedale Psichiatrico dei Colli di Padova, a sostituzione dei medici dimissionari. Quello stesso Ospedale Psichiatrico dei Colli che dormiva sonni tranquilli e dove nessuno si sognava di metterne in discussione la manicomialità: funzioni, valori, strutture e significati.

1.3.2 Città medie anni settanta

Nel 1971 Basaglia arriva a *Trieste*, incaricato dal presidente della Provincia, Michele Zanetti, di dirigere quell'Ospedale Psichiatrico che, costruito nel 1911 per ospitare 600 pazienti, ne contiene sessant'anni dopo già il doppio e il numero sta incessantemente aumentando. Lo stesso arrivo di Basaglia richiama giovani medici da tutta Italia, ma anche dalla Francia e da quella Spagna che sta vivendo gli ultimi sussulti del franchismo. Il manicomio di Trieste e la stessa città vengono divise in sei parti – "settori" –, in cui un settore dell'ospedale è destinato a prendersi cura di un quartiere della città. Ciò secondo le migliori tradizioni della psichiatria moderna di derivazione francese. Con una differenza sostanziale, però, per cui in Francia il flusso è dato da persone che entrano e a Trieste le persone escono e vengono reinserite. Nel primo caso si rimane nella tradizione della diagnosi precoce e del *depistage*, finalizzato all'allontanamento ("deportazione") dei diversi dal contesto sociale. Nel secondo caso i soggetti, nel momento che entrano in un'ottica di reinserimento sociale, accedono a un programma di recupero e ad un processo di riabilitazione sociale ed esistenziale. Assieme a questi il personale, che trasforma ruoli, competenze e stili di lavoro. Da guardiani gli infermieri si trasformano in terapeuti ed assistenti sociali. L'ideologia e la pratica della comunità terapeutica, che riabilita ma intrattiene le persone all'interno delle cinta del manicomio, viene a Trieste fin dall'inizio superata.

In quegli stessi anni Agostino Pirella, già braccio destro di Basaglia e coautore de *L'Istituzione Negata* (Torino 1969), riceve l'incarico di dirigere il manicomio di Arezzo. Qui si sviluppa un'analoga e altrettanto profonda esperienza di deistituzionalizzazione del manicomio. Punti forti: slegare i pazienti legati (ai loro letti), lavorare con le porte aperte, reinserire, fare partecipare la popolazione degli accadimenti all'interno e gli internati della vita della città. Parola d'ordine: il paradigma dell'ultimo. Finché l'ultimo fra gli ultimi rimarrà sequestrato, squalificato, svalorizzato, valorizzato nel suo ruolo di capro espiatorio, ci sarà sempre un impegno attorno a lui. E ciò a partire dalla chiara consapevolezza del fatto che la sua mancanza di libertà determinerà la non libertà di tutto il resto della popolazione dei ricoverati, ma anche del personale e, in ultima analisi, anche del corpo medico e psicologico.

A Ferrara nel 1971 arriva Antonio Slavich. Anch'egli era stato uno strettissimo collaboratore di Franco Basaglia a Gorizia. Inizialmente delegato per i minori, poi ottiene la responsabilità del manicomio, trasformandolo e riducendolo fino alla chiusura definitiva negli anni successivi. Slavich viene inizialmente incaricato di occuparsi dei servizi per i minori, ma successivamente viene insediato a pieno titolo come direttore del Manicomio e insieme dei nascenti servizi di salute mentale territoriali.

A Perugia negli stessi anni Manuali e il suo *team* mettono in discussione l'ospedale psichiatrico aprendolo e trasformandolo in maniera analoga, forse caratterizzata da una forte impronta intellettuale e intellettualista.

1.3.3 Città grandi anni ottanta

Il processo di estensione alle grandi città del movimento e delle pratiche di superamento manicomiale degli anni ottanta si intreccia strettamente con la attualizzazione della legge 180 del 13 maggio 1978. Antonio Slavich viene chiamato a Genova per dirigere i locali manicomi e inizia un complesso processo di trasformazione e di successiva riduzione degli stessi, fino alla loro definitiva chiusura e sostituzione con dei servizi decentrati sul territorio e in diversi Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) negli ospedali generali. A Torino viene chiamato Agostino Pirella. Egli farà chiudere i manicomi di Collegno e di Grugliasco. A compimento vi è Roma, dove il primo gennaio 1980 viene chiamato Franco Basaglia a dirigere i nascenti servizi territoriali di quella Capitale. Nel maggio dello stesso anno egli si reca a Berlino per il *Gesundheitstag*. Lì ha uno svenimento, cade e si produce una frattura vertebrale. Nel luglio gli viene diagnosticato un cancro dell'etmoide e il 30 agosto muore. Lo svenimento non era stato una casualità, bensì la prima espressione del cancro a diffusione cerebrale e la frattura vertebrale fu un segnale di una metastasi già esistente.

Nel frattempo Franco Basaglia aveva già introdotto degli elementi fondamentali di cambiamento nella psichiatria romana, che non cesseranno di produrre i loro effetti nel futuro. Per esempio portò a Roma tre primari da Trieste, tutti di origine romana, e che erano negli anni settanta venuti a Trieste per lavorare con lui. Costoro costruiranno l'asse portante del suo intervento in quella città: Giorgio Cogliati, Tommaso Losavio e Renato Piccione. Nel 1990 Tommaso Losavio chiuderà definitivamente l'ospedale psichiatrico di Santa Maria della Pietà, riconsegnandone il parco e i sontuosi edifici umbertini alla città, al punto che nel 2000 alcuni di questi furono riutilizzati come foresterie per il Giubileo.

1.4 I processi: anni sessanta-ottanta

La psichiatria assolve al mandato sociale del controllo (Franco Basaglia). L'azione di "liberare liberandosi" metteva in discussione gradualmente, seppur radicalmente, questo mandato. La magistratura in quegli anni non tardò molto

ad accorgersi di quanto stava accadendo fra le mura dei manicomi in via di trasformazione. E così iniziò a mostrare il suo volto forte con una serie di tentativi di misure repressive. Nel 1968 a Gorizia Miklus uccise la moglie nel corso di un permesso a casa dal manicomio. Basaglia venne incriminato, processato, ma poi assolto. Nel 1971 Savarin uccise a Muggia, presso Trieste, la madre e il padre. Nuovo processo a Franco Basaglia per omicidio colposo. Terminerà in assoluzione. Successivamente verranno incriminati via via tutti o quasi tutti i medici di Trieste per i motivi più svariati. Una paziente oligofrenica ingerisce una fascia e soffoca. Avrebbe dovuto essere sorvegliata a vista a vita in manicomio. Un paziente epilettico dimesso a domicilio cade nella vasca da bagno in cui l'acqua era troppo calda. Si ustiona e muore giorni dopo. Non avrebbe dovuto essere dimesso. Una giovane donna (non ospite del manicomio), già leucotomizzata, uccide il figlio quattro giorni dopo aver avuto un colloquio con due psichiatri (di cui uno è lo scrivente). Dopo nove anni di processo, passato per tutti e tre i gradi di giudizio, i due psichiatri vengono assolti dall'accusa di omicidio colposo. La donna si impiccherà nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) di Castiglione delle Stiviere cinque anni dopo.¹ Si chiarisce con questi processi che un delitto di un terzo non può essere ascritto ad un medico che in quanto tale non dispone delle sfere di cristallo. Un paziente non è mai totalmente non in grado di intendere e di volere. La magistratura in fondo ha dovuto riconoscere questo fatto.

2. La legge 180

2.1 Storia

Sotto l'onda delle emozioni suscitate da tutti questi eventi, sottolineati da amplissimi dibattiti mediatici, si aprono le porte alla proposta dei Radicali di un referendum. Quei Radicali che già avevano trionfato con il divorzio e poi con l'aborto. In questione era l'abolizione della legge 1904 "Dei manicomi e degli alienati". Franco Basaglia fu contrarissimo a tale referendum, e per il rischio di una sconfitta: il Paese non era maturo per una svolta così, appunto, radicale, e soprattutto per il rischio concreta di un'abolizione, assieme alla legge 1904, anche del connesso *budget*: le risorse per l'assistenza. Come si vedrà successivamente anche in questo Franco Basaglia aveva visto lontano. Franco Basaglia vedeva una nuova legge che regolamentasse il graduale passaggio dall'oppressione manicomiale ad una rete di servizi demedicalizzati. Con lui fu contrario al referendum, per i soliti motivi politici generali, il Parlamento italiano. Ma ci volle il sequestro di Moro, e con quello l'instaurarsi del regime di "Emergenza nazionale – compromesso storico", per consentire il crearsi di quegli spazi politici che consentirono il varo di due leggi, la 180 del 13 maggio

1 Il marito si darà fuoco, devastando il proprio appartamento con un'esplosione di gas, ben vent'anni dopo.

1978 e la 194 del giugno nello stesso anno, che faranno la storia sociale recente del Paese.

2.2 Contenuti

La legge 180, poi integrata nella riforma sanitaria 833 del 23 dicembre 1978, si articola sostanzialmente su tre paradigmi chiave.

- La riforma della coazione psichiatrica. Il nuovo Trattamento Sanitario Obbligatorio prevede che esso: abbia una durata “in automatico” non superiore ad una settimana. Possa essere rinnovato², ma “l’onere della prova” spetta allo psichiatra. La legge 1904 aveva una durata del periodo di osservazione di un mese, dopo il quale scattavano o la dimissione, oppure il ricovero definitivo; sia responsabilità del Sindaco e non più della Polizia (o del Pretore). Ciò a sottolineare da un lato il prevalere del carattere sanitario ben più che di quello repressivo della misura di limitazione di libertà del soggetto, dall’altro a prevenire il rischio dell’uso politico della psichiatria. Il Sindaco, quale autorità politica cittadina che risponde al proprio elettorato, difficilmente fungerà da corpo separato; il ruolo della Magistratura viene confinato in quello di un controllo “ex post” di legittimità, nella figura del Giudice Tutelare.
- Il passaggio della crisi dal manicomio all’ospedale civile. Viene vietato da subito il ricovero di nuovi pazienti nei vecchi manicomi. Si rende obbligatoria l’apertura di nuovi reparti, meglio: “servizi” negli ospedali civili. Per i vecchi pazienti si ammette la possibilità, qualora necessario, per ulteriori tre anni, di richiedere la riammissione nel vecchio Ospedale Psichiatrico. Per la verità questa costruzione, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, non fu voluta da Franco Basaglia. Rappresentò tuttavia un compromesso, che fra l’altro ebbe il vantaggio di accontentare i sindacati dei medici e degli infermieri. Questi si vedevano aumentare i parametri contrattuali e quindi gli stipendi e insieme videro aumentare prestigio e potere.
- La chiusura graduale ma definitiva del manicomio e la riconversione delle risorse da esso rappresentate nei servizi alternativi territoriali. Come spesso succede nella storia, una chiusura così, sancita dall’alto, se è vero che sancì il nuovo nella psichiatria italiana in maniera inequivocabile e quindi rappresentò uno strumento formidabile di espansione dei contenuti della riforma, tuttavia essa pose le fondamenta, in mancanza di una elaborazione sufficientemente approfondita, di ciò che avvenne di negativo in quegli anni, e sta tuttora avvenendo. E cioè la mancata cesura con talune pratiche manicomiali in senso stretto, quali la contenzione fisica del paziente con legatura al letto e le porte chiuse a chiave.

2 In teoria senza limiti.

2.3 Stato di realizzazione

La realizzazione della legge 180 fu ben presto avversata da quanti temevano conseguenze catastrofiche, da un lato, e da quanti ben presto si apprestarono a cavalcare strumentalmente la situazione dall'altro.

- *Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (OPG). Si disse per esempio che i pazienti psichiatrici erano sempre e comunque pericolosi e che la chiusura dei manicomio “civili” avrebbe aumentato vertiginosamente il numero degli internati negli OPG. Questi erano circa 1.000 nei sei OPG del Paese, oggi essi risultano essere circa 800.
- *Familiari*. Si disse che i ricoverati sarebbero stati abbandonati alla mercé delle famiglie, che se ne sarebbero dovute fare integralmente carico e senza aiuto alcuno. Nel 1980 il ministro liberale Altissimo³ venne a Trieste ad incontrare il movimento dei familiari, sostenendo che la legge era inapplicabile. E ciò a soli due anni di distanza dal varo della norma. Dimenticava il Ministro che la legge 1904 aveva visto promulgare il proprio regolamento attuativo soltanto 5 anni dopo, nel 1909. Dimenticava il Ministro che 74 anni dopo, nel 1978 appunto, quella legge del 1904, che prevedeva un manicomio per ogni provincia d'Italia, non era ancora stata del tutto applicata, dal momento che non tutte le Province italiane disponevano ancora di un manicomio. Tra queste per esempio la provincia di Matera e quella di Bolzano.
- *Impegno e volontarismo/iato*. Si disse per esempio che la legge 180 per diventare applicabile aveva bisogno di livelli di impegno da parte degli operatori della Salute Mentale che non potevano essere appannaggio di tutti. Dimenticando che anche per esempio la cardiocirurgia aveva necessità di livelli di abnegazione non comuni, ma che grazie a questo impegno essa si era fatta man mano strada in tutto il Mondo fino ad imporsi come cosa assolutamente normale. La legge 180 fu quindi correttamente applicata inizialmente laddove si trovarono dei veri e propri militanti di tale disciplina. Ciò a livello tecnico, ma anche come amministrativi ed amministratori-politici. Anzi, le esperienze migliori si realizzarono proprio là, dove queste componenti riuscivano ad incontrarsi e ad agire in sinergia positiva.
- *Macchie di leopardo*. Le “macchie di leopardo” iniziarono ad estendersi gradualmente e ad occupare sempre più spazio nel territorio nazionale. Isole sempre più ampie in cui la psichiatria territoriale iniziò a funzionare, ad attuare della corretta prevenzione, a realizzare una “presa in carico” dei casi anche a domicilio, spesso anche facendosi carico delle relative famiglie.
- *Nord-Sud*. Un momento importante fu quando ci si cominciò a rendere conto del fatto che anche al Sud le cose si muovevano. Un adagio nazionale (ed internazionale) sosteneva, infatti, per circa tutti gli anni ottanta che se la Riforma poteva anche funzionare al Nord, ciò non era vero e non avrebbe mai potuto essere vero al Sud. In ciò appellandosi alla “solita” sciatteria o

3 I liberali furono gli unici a votare in Parlamento contro la legge 180.

presunta tale del nostro Sud. Fu importante viceversa il fatto che al Sud siano cresciute, a partire dagli anni novanta, delle esperienze esemplari: Matera, Napoli, Caltagirone. Tali tre esperienze furono riconducibili ai nomi dei tre rispettivi *leaders* carismatici: Rocco Canosa a Matera, Emilio Lupo a Napoli e Gaetano Interlandi a Caltagirone (CT). Assieme a loro altri ed altre esperienze, soprattutto in Campania e in Puglia. In Campania le esperienze di *no restraint* abbinato a lavoro territoriale furono poi rafforzate dal lavoro di Rotelli e Del Giudice ad Aversa (Caserta) negli anni duemila. Attualmente un'altra esperienza esemplare si sta snodando in Calabria, a Paola (CS): la deistituzionalizzazione del manicomio Giovanni XXIII. A Caltagirone (CT) in Sicilia, due anni fa si è tenuta la conferenza di tutti i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura che operano con le porte aperte e senza mai legare al letto nessuno.

- *Privatismo*. Un grande contributo, purtroppo negativo, alla contrapposizione fra Nord e Sud è oggi costituito dal cosiddetto modello lombardo. Quest'ultimo rappresenta la prova provata dell'incapacità del privato di farsi carico della malattia mentale grave nella sua declinazione sociale. Dal momento che l'operatività territoriale viene concepita come uno semplice smistamento alle strutture private circostanti o distanti, una reale presa in carico ed una prevenzione efficace non vengono prese nemmeno in considerazione. In tal modo i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura lombardi risultano non gestibili. A ciò fa eccezione il modello di Mantova, che però è erede del modello di Arezzo degli anni settanta. Così si autoavvera la profezia dell'inapplicabilità della legge 180 in quella che viene ritenuta la più avanzata delle Regioni italiane.

3. La deistituzionalizzazione

Tuttavia la chiusura dei manicomi e la successiva/contemporanea realizzazione di alternative territoriali, fin qui descritta, rappresenta un processo che, ben lungi dall'essere concluso con la promulgazione di tale normativa, in realtà da tale atto ha solamente preso l'avvio, estendendosi fra l'altro ben presto agli altri Paesi d'Europa. Il processo di deistituzionalizzazione dei contenitori della follia e della sofferenza mentale si è ben presto rivelato un processo di singolarizzazione e risingolarizzazione (Felix Guattari) dei trattamenti e delle relazioni terapeutiche istituzionali. Della malattia mentale, prima considerata esclusivamente o prevalentemente un disturbo del funzionamento del sistema nervoso centrale, veniva riconosciuta la prevalente natura interazionale e sociale. Si trattava in sostanza di un gigantesco studio di carattere antropologico o psichiatrico-transculturale, in cui la costruzione dei sintomi e delle sindromi, variamente associate nei soggetti, veniva decritta a partire dai linguaggi locali, di gruppo, di appartenenze, di famiglia, biografiche e via dicendo. Mano a mano che si attuava la trasformazione delle relazioni intraistituzionali si comprendeva quanto queste stesse fossero state fino ad allora responsabili di

una serie di strutturazioni o sovra-strutturazioni patologiche. Si scopriva e si dimostrava infine quanto la “patoplastica” istituzionale incidesse, aggravandola, sulla malattia “di strada”.

Il razionale scientifico di questo procedere alla fine assomiglia molto a quello di un grande preconizzatore scientifico della batteriologia, Semmelweis, che sosteneva che i medici portavano la sepsi sulle proprie mani. Analogamente è la strutturazione della risposta, nell’ambito della Salute Mentale, che a sua volta struttura la domanda. Servizi “forti”, autoritari, riduzionistici, determinano nella comunità la genesi di una malattia “adulterata”, deformata ed aggravata dalle modalità di risposta alla stessa. Analogamente a quanto sostenne Semmelweis, noi psichiatri ci siamo dovuti rendere conto di quanto le nostre strutture, i nostri *settings*, le nostre stesse diagnosi e gli stigmi che ne procedono, rappresentino il substrato e il portato di quella “sepsi”, quanto meno ideologica, che rischia quotidianamente di riprodurre e di rilanciare la malattia mentale nel suo riprodursi sociale all’infinito, come in un infinito gioco di specchi contrapposti.

4. Il budget: una contraddizione storica

Negli anni ottanta si presentò in Italia una delegazione di *labours* inglesi che venne ad esternare le sue preoccupazioni relativamente al supposto rischio rappresentato secondo i membri di tale delegazione dalla deistituzionalizzazione dei manicomi. Ad avviso dei *labours* infatti una deistituzionalizzazione degli Istituti psichiatrici avrebbe comportato nei fatti una graduale ma inarrestabile riduzione delle risorse, in pratica del *budget* di solidarietà, per la psichiatria e in definitiva per la tutela della Salute Mentale.

Da parte nostra rispondemmo, ingenuamente sorpresi, che non ci pareva che il pericolo della successiva, graduale riduzione del *budget* potesse rappresentare motivo sufficiente per non realizzare il progetto della liberazione dei malati mentali da quelle orrende strutture che erano e sono i manicomi, laddove questi ancora sopravvivevano e sopravvivono.

5. La reinvenzione istituzionale

Ma nel mentre si smantellavano le istituzioni appariva chiara la necessità di costruire delle organizzazioni, sia pure alternative alle prime istituzioni stesse. La struttura portante dell’organizzazione psichiatrica alternativa al manicomio fu il Dipartimento di Salute Mentale. In esso confluirono ben presto i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura, il o i Centri di Salute Mentale, le residenze abitative protette o semiprotette, sanitarie, sociali o privato-sociali. Del Dipartimento di Salute Mentale fanno parte anche quella congerie di attività che non si vedono ma che rappresentano l’asse portante di quelle che ho chiamato prevenzione e presa in carico territoriale: l’attività domiciliare.

Un capitolo a sé è dato dalle cooperative. Nate come progetti di inclusione sociale esse talvolta si sono trasformate in momenti di nuova gestione centra-

lizzata di poteri neoistituzionali e neomanicomiali, che vanno evidentemente sottoposte a processo di revisione critica e continuano a rappresentare la necessità di non abbassare mai la guardia di fronte al pericolo mai sopito, della rinnovata autoreferenzialità di sempre nuovi poteri.

6. Dati

6.1 Alcuni dati

Negli anni 2003–2005 si è dato avvio in Italia ad una ricerca che ha indagato il numero, la distribuzione e il peso specifico dei Servizi di Salute Mentale. Il primo dato da cui partire è quello del numero di posti letto nei manicomi. Nell'anno 1968 tale cifra ammontava a 100.000. Tale era il numero di internati nei manicomi in Italia in quell'anno.

La normativa italiana, la legge 180 del 13 maggio 1978, prevede che i reparti per la psichiatria acuta negli ospedali generali dispongano di non più di 15 letti. E ciò evidentemente al fine di evitare concentrazioni di casi acuti che determinerebbero rapidissimamente la reinsorgenza di reparti di manicomio o simili: fosse di serpenti.

La ricerca detta "Progress" ha chiarito che nel nostro Paese esistono oggi (2004):

- 321 *Servizi psichiatrici di diagnosi e cura* (SPDC) in altrettanti ospedali civili. Questi 321 reparti dispongono insieme di 3.997 letti per acuti. Se quindi dividiamo tale cifra per il numero di SPDC esistenti si trova che in media ciascun SPDC dispone di 12,4 posti letto. Ciò a conferma della validità dell'ipotesi originaria, e cioè che non solo non è il caso di concentrare più di quindici pazienti acuti nello stesso reparto, ma che ciò è anche ampiamente fattibile.
- 1.552 *strutture residenziali* con complessivamente 17.101 posti letto variamente assistiti. La media dei posti letto per struttura residenziale è di 17.101: 1.552 = 11,01. Di nuovo viene confermata la tesi dell'opportunità del "piccolo è bello".
- Il *totale* quindi dei posti letto in Italia risulta essere: 3.997 in SPDC; 17.101 in strutture residenziali; 162 nelle cliniche universitarie⁴; 3.975 nelle cliniche private⁵; per un totale di 25.235 posti letto attuali in Italia.

6.2 Interpretazione di questi dati

Si confronti soprattutto la situazione del 1968 con quella odierna. Da un lato si potrebbe agevolmente sostenere che oggi si è determinato un vuoto assisten-

4 In realtà succede che ben raramente le cliniche universitarie si facciano carico di casi psichiatrici veramente acuti e pesanti (salvo rare eccezioni).

5 In realtà succede che ben raramente le cliniche private si facciano carico di casi psichiatrici veramente acuti e pesanti.

ziale in psichiatria, dal momento che il numero di posti letto è crollato al 25%: dai precedenti 100.000 (1968) ai 25.235 (1994).

D'altro canto si potrebbe, si dovrebbe e si deve avere il coraggio di constatare e di affermare che oggi il 75% in meno di cittadini italiani con disturbi psichici viene escluso dalla società civile e recluso in istituzioni spesso senza via d'uscita.

- I Centri di Salute Mentale sono stati contati nel nostro Paese nel numero di 707: a questi si aggiungano 1.107 ambulatori periferici e 612 Centri Diurni. Ciò significa, sommando, un complesso di 2.426 strutture territoriali nel totale. Se ora si divide la popolazione nazionale di 57.857.262 per la surriportata cifra si ottiene che esiste una struttura territoriale ogni 23.848 abitanti. Tali strutture diurne offrono complessivamente 11.619 posti di occupazione diurna per altrettanti pazienti o utenti. Ciò significa una media di 18,9 posti per struttura diurna.
- I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sono nel Paese nel numero di 211. Questi rappresentano una vera e propria rete. I reparti dell'ospedale generale (SPDC) e tutte le strutture territoriali relative al medesimo territorio vengono coordinati da un'unica direzione. In ogni caso ciascun Dipartimento di Salute Mentale dispone in media di: 1,5 SPDC con 15 o meno posti letto; 3,3 Centri di Salute Mentale; 5,2 ambulatori periferici; 2,9 Centri Diurni. Ciascun Dipartimento ha a disposizione circa 55 posti assistiti. Il bacino d'utenza di ciascun DSM consiste in media di circa 274.205 abitanti.

7. Significati e conclusioni

L'evoluzione e la attuazione della legge Mariotti (1968) prima e Basaglia (1978) poi è stata un'operazione complessa, difficile e faticosa. Essa ha implicato livelli notevoli di impegno personale da parte di chi, operatore tecnico, amministratore politico o funzionario, familiare e/o utente ha creduto in quest'opera titanica di decostruzione-ricostruzione culturale, sociale e scientifica. La chiusura dei manicomi, iniziata trent'anni fa, quarant'anni fa e forse centocinquanta anni fa (Connolly) non può certo considerarsi conclusa. Altre barriere, altre porte chiuse, altri muri sono da abbattere e rispettivamente da aprire. E queste sono le porte e i muri che stanno nelle nostre menti, nelle teste di tutti. Viviamo nell'era del rilancio del paradigma e dell'ideologia della sicurezza. Dalla chiusura dei manicomi, così come dalla storia di Berlino, dovrebbe scaturire con chiarezza almeno una lezione: che i muri non sono mai serviti e non serviranno mai a risolvere i problemi. Questi servono solo a fissarli, così come questi sono, vale a dire: *irrisolti*, semmai con il tempo ad aggravarli, o, come si dice in medicina: a "cronicizzarli" e radicalizzarli.

Se, come si diceva in apertura, è ampiamente noto che il Parlamento italiano il 13 maggio 1978 varò la legge 180/833, meno noto è tuttavia il fatto

che la legge fu votata da tutto l'arco parlamentare, dal PCI all'MSI, con l'unica esclusione del PLI, che espresse voto contrario.⁶

Lorenzo Toresini, Vom Mariotti-Gesetz bis Basaglia. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien und die Überwindung der Anstalterfahrung in den Jahren 1968–1978

Am 13. März 1978 verabschiedete das italienische Parlament eine radikale Reform der psychiatrischen Versorgung, die eine „nicht unmögliche“ Utopie zum Ausdruck brachte und in gewissem Sinne stark derjenigen von der Erlangung der gleichen Würde für alle ähnelte. In den 60er-Jahren hatte zuerst Ronald Laing behauptet und dann in die Praxis umgesetzt, dass niemand verbieten könne, mit Schizophrenen zu leben und so die erste psychiatrische Wohnanlage erfunden. Maxwell Jones war es dann vorbehalten, in Dingleton, Schottland, eine psychiatrische Anstalt in die erste therapeutische Wohngemeinschaft umzuwandeln.

1961 nahm Franco Basaglia seinen Dienst als Direktor der psychiatrischen Anstalt von Gorizia auf und weigerte sich, das Ruhigstellungsbuch zu unterzeichnen. Aus dieser ersten Geste der Befreiung entwickelte sich die Reform in Italien und vielleicht weltweit. Dem Gesetz 180 – 833 ging 1968 das Gesetz 431 voraus, das einerseits die freiwillige Einweisung ohne Verlust der bürgerlichen Rechte vorsah, andererseits die Zentren für psychische Gesundheit als embryonalen Gemeinschaftsdienst einführte und schließlich die Aufstockung des Budgets für medizinisches Personal staatlich finanzierte.

Auf der Grundlage des Gesetzes 431/68:

- a. wurde zum ersten Mal eingeräumt, dass auch der Psychiatriepatient über eine Krankheitswahrnehmung verfügen könnte;

6 Bibliografia essenziale: *Psichiatria im Aufbruch?*, Klagenfurt 1990; Franco BASAGLIA, *L'Istituzione Negata*, Torino 1968; IDEM, *Crimini di Pace*, Torino 1975; IDEM, *La Maggioranza deviante*, Torino 1971; IDEM, *Psychiatry Inside Out*, New York 1987; Robert CASTEL, *L'ordine psichiatrico*, Milano 1980; Klaus DÖRNER, *Il Borghese e il folle*, Bari 1975; John CONOLLY, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi* 1856, Torino 1976; Erving GOFFMAN, *Asylums*, Torino 1968; Jacques HOCHMANN, *Psichiatria e comunità*, Bari 1973; Heinz KATSCHNIG, *Die andere Seite der Schizophrenie: Patienten zu Hause*, München 1989; Loren R. MOSHER/Lorenzo BURTI, *Psichiatria territoriale*, Milano 1991; Bruno NORCIO/Lorenzo TORESINI, *Psichiatria e Nazismo*, Pistoia 1994; Thomas SIMONS, *Absage an die Anstalt*, Frankfurt a. M./New York 1980; Antonio SLAVICH, *La scopa meravigliante. Preparativi per la legge 180 a Ferrara e dintorni 1971–1978*, Roma 2003; F. SAIN/Bruno NORCIO/Salvatore MALANNINO, *Il Trattamento Sanitario Obbligatorio*. In: *A Review of the Regional Centre of Studies for Documentation and Professional training in the Field of Psychiatric of Friuli-Venezia Giulia*, Trieste 1987; Michele TANSELLA, *L'approccio epidemiologico in psichiatria*, Torino 1985; Lorenzo TORESINI (a cura di), *Wahnsinn und Verantwortung/Follia e responsabilità*, Trieste 1991; Richard WARNER/Michele TANSELLA, *Schizophrenia e guarigione*, Milano 1991; Josef ZEHENTBAUER/Patrizia D'ONOFRIO/Lorenzo TORESINI, *Die Auflösung der Irrenhäuser – Netzwerk Psychiatrie Texte*, München 1999.

- b. fungierte die Einrichtung der Zentren für psychische Gesundheit für den Patienten als Voraussetzung zur Zusammenarbeit mit dem Arzt und den Gebietsteams. Die Teamarbeit entwickelte sich und es setzte sich die Vorstellung durch, dass die für Kontrollaufgaben bestimmte öffentliche Einrichtung sich in eine reale Dienstleistung für die Menschen verwandeln könne.

Gesetz 180/87 enthielt und enthält die relevanten Punkte: Zuständige Behörde für die Einschränkung der Freiheiten des Bürgers für therapeutische Zwecke wurde demnach der Bürgermeister, der als gewählte und politisch kontrollierbare Autorität den Bürgern verantwortlich ist: Die Obligatorische Sanitäre Behandlung wurde als gesundheitliche Maßnahme definiert, bei welcher die gesundheitliche Erfordernis über dem Recht auf individuelle Freiheit steht; dabei überwiegen jedoch die Notwendigkeiten der Behandlung gegenüber denen der Verwahrung. Das Gesetz 180 beendete die Praxis der Einlieferung in die Anstalt, womit dieser implizit eine antitherapeutische Bedeutung verliehen wurde. Das Gesetz regelte auch die Veräußerung der Anstaltsgebäude und deren Wiederverwendung in den neuen Gebietsstrukturen. Damit wurde die Unumkehrbarkeit der getroffenen Entscheidungen sanktioniert.

Die Reform entwickelte sich in den 60er-Jahren zunächst in den kleinen Städten. Dort wurde eine radikale Umstellung in den Beziehungen im Inneren der „Absoluten Institution“ vollzogen, bis diese sich zur „therapeutischen Gemeinschaft“ wandelte. Die erste dieser Städte war Gorizia mit 60.000 Einwohnern. Danach folgten die mittelgroßen Städte. 1971 nahm die Reform in Trieste ihren Lauf. Die Pfleger verwandelten sich allmählich von Wärtern in Therapeuten und Sozialarbeiter.

Die zweite mittlere Stadt war Arezzo mit Agostino Pirella. Danach Ferrara mit Antonio Slavich, der ebenfalls ein Mitarbeiter von Franco Basaglia gewesen war, dann Perugia mit Manuali. Schließlich waren die großen Städte dran: Genua, ebenfalls unter der Führung von Antonio Slavich, und in Turin Pirella. In Rom wurde Franco Basaglia am 1. Jänner 1980 zum Direktor des psychiatrischen Krankenhauses Santa Maria della Pietà und zum Koordinator der im Entstehen begriffenen Gebietsdienste der Hauptstadt berufen.

Die Richterschaft brauchte damals nicht lange um festzustellen, was vor sich ging und dass die Psychiatrie ihr eigenes Mandat zur sozialen Kontrolle stark in Frage stellte. Es kam zu einer unendlichen Serie von Prozessen gegen die Psychiater, und zwar immer nur gegen die „demokratischen Psychiater“.

Das italienische Parlament verabschiedete 1978 unter dem Druck eines geplanten Referendums das Gesetz 180, das „die Irrenanstalten schloss“. Die Schließung der psychiatrischen Anstalten und die folgende gleichzeitige Verwirklichung der territorialen Versorgungsstrukturen stellt einen Prozess dar, der mit dem Erlass der gesetzlichen Bestimmung noch lange

nicht abgeschlossen war, sondern erst seinen Anfang genommen hatte. Der Prozess der Deinstitutionalisierung der „Aufbewahrungsorte des Wahnsinns“ und der psychischen Leiden stellt einen Prozess der Singularisierung und Resingularisierung der Behandlungen und der therapeutischen Beziehungen dar.