

A 40 ANNI DALLA LEGGE 180: UNA BATTAGLIA DI CIVILTÀ ANCORA IN CORSO

di Alessandro Grussu

Il 16 maggio 1978 viene pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana la legge n. 180, intitolata *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori*, promulgata tre giorni prima. La legge 180 costituisce uno spartiacque tra un “prima” e un “dopo”. Un “prima” caratterizzato dal cosiddetto “modello asilare”, il cui fondamento risiede nella nozione del disturbo psichico come motivo di scandalo e di pericolosità sociale, e per questo motivo soggetto a un trattamento obbligatorio, volto a segregare il “matto” dalla comunità dei “sani”. Un “dopo” ove, non senza fatica né contraddizioni, si è affermata l’idea che il “matto” esprima un disagio che non può essere né represso, né tantomeno confinato alla sfera della pura medicalizzazione, per quanto ammantata di giustificazioni “umanitarie”.

Il “prima” trovava la sua fonte normativa nella legge n. 36 del 14 febbraio 1904, intitolata *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*. Essa era legata alla concezione di matrice positivista la quale vedeva in alterazioni di origine biologica le cause dei disturbi psichici e comportamentali e pertanto prevedeva una serie di misure finalizzate all’internamento nella struttura preposta, sulla carta, al trattamento di tali disturbi: il manicomio. L’internamento veniva stabilito ordinariamente dal pretore sulla base di un certificato medico e su richiesta dei parenti, dei tutori e “di chiunque altro nell’interesse degli infermi e della società” (art. 2); tuttavia, era molto più frequente la procedura del ricovero d’urgenza, ordinato dall’autorità locale di Pubblica sicurezza. Il Regolamento di attuazione successivamente emanato tramite il Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909 prevedeva poi che il certificato medico, il quale stabiliva la necessità del ricovero, doveva indicare in maniera esauriente l’indole dell’infermità mentale, i sintomi, l’origine e il decorso di essa, enunciando “in modo chiaro e particolareggiato” i fatti dai quali “si deduca la manifesta tendenza dell’individuo a commettere violenza contro se stesso o contro altri o ad uscire di pubblico scandalo” (art. 39). In realtà i certificati si riducevano il più delle volte all’indicazione di un generico stato psichico alterato. La formula più utilizzata era quella di “agitazione psicomotoria”. È facile constatare come una simile vaghezza nelle definizioni, soprattutto quella di “pubblico scandalo”, e la mancanza di effettiva vigilanza da parte delle autorità giudiziarie sulle procedure in atto si traducesse in abusi finalizzati al controllo sociale e all’emarginazione di “indesiderabili” quali ragazze madri, prostitute, alcolisti, individui senza fissa dimora, giovani affetti da turbe dello sviluppo cognitivo e per questo considerati un peso dalle loro famiglie, e così via.

Va poi sottolineato che la legge, una volta che il direttore del manicomio – al quale venivano conferiti poteri di “piena autorità sul servizio interno sanitario e l’alta sorveglianza su quello economico per tutto ciò che concerne il trattamento dei malati”, nonché di “esercitare il potere disciplinare” – dopo un periodo di osservazione di circa un mese dava l’indicazione per il procedimento giudiziario che internava definitivamente il paziente ed in conseguenza del quale questi perdeva la sua capacità d’agire in senso giuridico. Il ricovero diveniva quindi definitivo attraverso un decreto emesso dal tribunale, che deliberava su iniziativa del procuratore della repubblica, al quale era trasmessa dal direttore del manicomio una relazione sull’infermo in seguito

al suddetto periodo di osservazione (art. 2, comma 2, legge 36/1904)¹. E poiché il cosiddetto “comportamento abnorme”, fonte di turbamento per l’ordine pubblico, veniva ricondotto a motivazioni di carattere biologico, inevitabile conseguenza di ciò era non solo che l’etichetta socialmente sgradevole di “matto”, come abbiamo già detto, potesse essere attaccata addosso a chiunque causasse “scandalo” con la propria condotta, ma che tale comportamento non potesse in definitiva trovare una guarigione e determinasse per ciò stesso la segregazione del paziente nella struttura manicomiale per un tempo indefinito. Di fronte al rischio della pericolosità sociale del “matto”, ogni mezzo era buono per “ristabilire l’ordine”: bastonature, letti di contenzione, camicie di forza e, più tardi, l’uso indiscriminato della terapia elettroconvulsivante, meglio nota come *elettroshock*, introdotta da Ugo Cerletti e Lucio Bini alla fine degli anni ’30.

I primi incerti segnali di cambiamento si hanno, da un lato, con l’introduzione degli psicofarmaci negli anni ’50, dall’altro con l’affermazione del filone di indagine della psicoanalisi, per impulso di Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Alfred Adler e altri ancora. I primi contribuiscono a demolire il “mito” dell’irreversibilità del disturbo psichico, facendo registrare considerevoli miglioramenti nelle condizioni di vita dei pazienti, anche se non fino al punto della risoluzione – e a volte vengono anche impiegati come mezzi di coercizione “dolce”, capaci di tranquillizzare e rendere inoffensivi i malati in maniera indolore. La seconda, pur nella diversità delle sue ramificazioni teoriche e pratiche, diffonde tra gli ambienti della professione medica l’idea che tra sanità e follia non vi sia una cesura, ma piuttosto un *continuum*, una lunga successione di “zone grigie” nelle quali un individuo può trovarsi a più riprese nei confronti della propria esistenza, e che sia necessario riportare al centro dell’indagine il paziente, piuttosto che il disturbo, oltre che rivedere radicalmente il rapporto tra questi e il terapeuta (significativa in questo senso l’affermazione di Jung secondo la quale “se il medico e il paziente non diventano un problema l’uno per l’altro, non si trova alcuna soluzione”).

Il 1961 vede inoltre la pubblicazione di due saggi – opera di due giovani studiosi fino ad allora poco noti – la cui importanza sarà capitale per gli sviluppi del dibattito sulla psichiatria. Si tratta di *Asylums* di Erving Goffman e di *Storia della follia nell’età classica* di Michel Foucault. In *Asylums*, frutto delle ricerche sul campo condotte nell’ospedale psichiatrico St. Elisabeth di Washington D.C., Goffman introduce il concetto di “istituzione totale”, intesa in generale come luogo chiuso verso il mondo esterno, nel quale lo *staff*, un piccolo gruppo dirigente, organizza dall’alto, in maniera standardizzata e impersonale, ogni minimo dettaglio della vita di una massa di individui, gli *internati*, tenuti in una condizione di inferiorità e subordinazione ai voleri e alle direttive dello staff. L’ospedale psichiatrico rappresenta per Goffman un esempio paradigmatico di istituzione totale, in quanto in esso la vita dei pazienti è completamente determinata dalle decisioni dello psichiatra:

Tutte le azioni dei pazienti, i sentimenti e i pensieri – il passato, il presente e il futuro – sono ufficialmente usabili dal terapeuta nella diagnosi e nella prescrizione. [...] L’organizzazione dei servizi ausiliari all’interno dell’ospedale – internisti, psicologi, neuropsicologi, assistenti sociali, infermieri – testimonia il vasto mandato dello psichiatra, informandolo che lui solo

¹ Per una ricostruzione del contesto storico-giuridico della legislazione pre-180 si veda: Silvia Sbordoni, *Devianza primaria e devianza secondaria. Il caso del trattamento sanitario obbligatorio*, in *L’altro diritto rivista* (1998), <http://www.altrodiritto.unifi.it/rivista/1998/sbordoni/cap2.htm>

gode del diritto ufficiale di occuparsi dell'intero organismo del paziente. Tutto ciò che riguarda il paziente riguarda quindi lo psichiatra; niente dovrebbe essere da lui tralasciato, come non pertinente il suo lavoro. Nessun altro tecnico che disponga di un sistema di «riparazione» sembra arrogarsi questo tipo di ruolo. In corrispondenza al vasto mandato diagnostico dello psichiatra, ce n'è uno altrettanto vasto di carattere descrittivo. Le istituzioni carcerarie agiscono sulla possibilità di definire quasi tutti i diritti e i doveri degli internati. Ma qualcuno qui si trova nella posizione di incombere fatalmente su qualsiasi cosa l'internato riesca ad ottenere, e su qualsiasi cosa di cui l'internato venga privato, e questa persona è, ufficialmente, lo psichiatra. Lo psichiatra non ha bisogno di esercitare questo diritto in accordo con le regole burocratiche generali, come dovrebbe fare qualsiasi membro del servizio civile o militare. Quasi tutti gli ordinamenti ai quali il paziente viene legato nel ciclo giornaliero, possono essere modificati a volontà dallo psichiatra, purché vi sia una spiegazione psichiatrica che lo giustifichi².

La progressiva marginalizzazione della follia che si verifica in Europa a partire dalla metà del XVII secolo, in concomitanza con l'affermarsi del razionalismo di ascendenza cartesiana, viene definita da Foucault il *Grande Internamento*; caratteristica peculiare di questo fenomeno è l'associazione della follia ad altre forme di comportamenti giudicati moralmente inaccettabili, come la prostituzione o il vagabondaggio, e per ciò stesso relegati in ambiti chiusi, separati dal resto degli individui "normali". Non meno repressiva appare a Foucault la nascita del moderno manicomio, ad opera di Philippe Pinel in Francia e di Samuel Tuke in Inghilterra, a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo. Il folle viene "liberato" solo a parole, ma nei fatti viene trattato come un perpetuo minorenne, del tutto soggiogato alla volontà di un medico considerato onnipotente, la cui immagine si avvicina più a quello del taumaturgo che del terapeuta:

Lo spazio riservato dalla società all'alienazione sarà ora frequentato da coloro che sono dall'altra parte, e che rappresentano a un tempo il prestigio dell'autorità che rinchiude e il rigore della ragione che giudica. Il sorvegliante interviene senz'armi, senza strumenti di coercizione, soltanto con lo sguardo e col linguaggio; avanza verso la follia privo di tutto ciò che potrebbe proteggerlo o renderlo minaccioso, arrischiandosi a un confronto immediato e senza appello. Tuttavia egli affronta la follia non come una persona concreta, ma come un essere di ragione, carico per ciò stesso – e prima di ogni lotta – dell'autorità che gli viene dal fatto di non essere folle. La vittoria della ragione sulla sragione un tempo era assicurata solo dalla forza materiale, in una specie di scontro reale. Ora lo scontro è sempre già avvenuto, la disfatta della sragione è scontata in anticipo nella situazione concreta in cui si affrontano il folle e il non folle. L'assenza di coercizione negli asili del diciannovesimo secolo non è sragione liberata, ma follia dominata da tempo³.

Pinel, come vuole la leggenda, liberò gli "alienati" dell'ospedale di Bicêtre dalle catene metalliche, non certo da quelle – invisibili ma non meno pesanti – della subordinazione e della dipendenza (per inciso, il vero responsabile della fine dell'uso di metodi coercitivi materiali fu il direttore dell'ospedale, Jean-Baptiste Pussin). È emblematico in questo senso il caso, sempre riferito da

² Erving Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, traduzione di Franca Ongaro Basaglia, Edizioni di Comunità, Torino 2001.

³ Michel Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, a cura di Mario Galzigna, Rizzoli, Milano 2012, pp. 677-678.

Foucault⁴, di Chevingé, un alcolista “liberato” e preso al proprio servizio da Pinel, presto divenuto una sorta di “buon selvaggio” alla Venerdi, fedelmente sottomesso al suo padrone tanto da difenderlo facendogli scudo col suo corpo quando la folla di Parigi, istigata dalla Convenzione, assaltò Bicêtre in cerca di controrivoluzionari ritenuti là nascosti. Il positivismo, con la definitiva attribuzione della patente di scientificità alla medicina, avrebbe poi chiuso il cerchio, facendo dello psichiatra un vero e proprio “maestro della follia” e conducendo ad esiti paradossali come lo spettacolo delle celebri isteriche di Jean-Martin Charcot, le quali, a comando del medico, mostravano i sintomi del loro male. Spettacolo cui assistette, come è noto, anche il giovane Freud.

È quindi in un clima di serpeggiante insoddisfazione per gli esiti della medicalizzazione del disturbo psichico che nascono i primi tentativi, soprattutto negli Stati Uniti, in Gran Bretagna e in Francia, di superare la tradizionale concezione del malato mentale: nel migliore dei casi, un bisognoso destinato a restare subalterno anche per via del diffuso stigma sociale nei confronti del disturbo di cui soffre o ha sofferto; nel peggiore, un essere immorale e scandaloso, più vicino alla bestia che all'uomo, e dal quale la società deve difendersi onde tutelare il proprio equilibrio.

Nei primi anni '60, per iniziativa di Ronald Laing e David Cooper, sorgono in Gran Bretagna le prime comunità terapeutiche, nelle quali si pratica un nuovo modo di affrontare il disturbo psichico, basato non più sull'internamento e sulla coercizione, ma su una gestione della follia caratterizzata sul rifiuto della distanza e della gerarchizzazione tra personale medico e pazienti, e sulla de-patologizzazione della follia, cioè la nozione del disturbo psichico come manifestazione di un disagio interiore, non di una alterazione biologica, disagio che quindi deve essere compreso e contestualizzato invece che represso. Questo è l'ambito nel quale comincia a circolare il termine *antipsichiatria*, anche se all'epoca viene usata soprattutto l'espressione *psichiatria sociale*. È proprio a Londra, nel 1964, in occasione del Primo Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale, un medico italiano, all'epoca direttore del manicomio di Gorizia, presenta una comunicazione il cui titolo è già un manifesto: *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*. Il suo nome è Franco Basaglia.

Nato a Venezia nel 1924, Basaglia ha già sperimentato, giovanissimo, in prima persona la realtà delle istituzioni totali. Iscrittosi in medicina all'Università di Padova dal 1943, entra in contatto con i locali circoli antifascisti, ma viene scoperto a causa di una delazione e trascorre gli ultimi sei mesi della guerra dietro le sbarre. L'esperienza carceraria lo avrebbe segnato profondamente e sarebbe riemersa anni dopo, al momento di entrare in manicomio rivestendone il ruolo di dirigente:

Mi ricordo della situazione allucinante che mi trovai a vivere. Era l'ora in cui venivano portati fuori i buglioli dalle varie celle. Vi era un odore terribile, un odore di morte. Mi ricordo di aver avuto la sensazione di essere in una sala di anatomia dove si dissezionano i cadaveri. Quattro o cinque anni dopo la laurea, divenni direttore di un manicomio e, quando entrai là per la prima volta, sentii quella medesima sensazione. Non vi era l'odore di merda, ma vi era un odore simbolico di merda. Mi trovai in una situazione analoga, una intenzione ferma di distruggere quella istituzione. Non era un problema personale, era la certezza che l'istituzione

⁴ *Ibidem*, pp. 664-666.

era completamente assurda, che serviva solamente allo psichiatra che li lavorava per percepire lo stipendio alla fine del mese⁵.

Parallelamente agli studi di medicina, Basaglia si appassiona al dibattito filosofico. L'interesse per la psichiatria fenomenologica di Ludwig Binswanger ed Eugène Minkowski lo fa avvicinare a Edmund Husserl, Karl Jaspers e Martin Heidegger, dai quali mutua il concetto fondamentale dell'Esserci (*Dasein*) come nozione fondamentale della vita dell'uomo e perciò del malato mentale, non più ritenuto un deviato da sottomettere o segregare, ma il portatore di una diversa, ancorché distorta, modalità dell'essere-nel-mondo. La psichiatria tronca quindi la propria relazione, sterile e disumanizzante, con le scienze della natura, e transita nel territorio delle "scienze dello spirito" (*Geistwissenschaften*) già prospettate, in aperta polemica col positivismo imperante, da Wilhelm Dilthey. Il malato riacquista in tal senso la propria dignità di essere umano, con una propria storia e un proprio mondo affettivo e relazionale. La psichiatria si apre così all'husserliano Mondo della vita (*Lebenswelt*).

Ma è Jean-Paul Sartre, l'unico autore a essere considerato un "maestro" da Basaglia, a esercitare l'influenza più vasta sul pensiero del giovane medico veneziano. In particolare, Basaglia fa propria la visione sartriana dell'intellettuale come "colui che, presa coscienza delle proprie contraddizioni e di quelle della realtà in cui vive, si nega in quanto tale, attraverso una contestazione che è insieme globale e particolare", mediante la scissione del "binomio sapere-potere, mantenuto indissolubile nei depositari della cultura tradizionale, il che corrisponde al rifiuto del proprio ruolo sociale (il 'potere' del tecnico) e all'uso del 'sapere' non più in nome di interessi particolari (la tutela dei valori dominanti), ma in nome degli interessi della classe dominata"⁶. E ciò in quanto lo psichiatra, che riunisce in sé i ruoli sartriani dell'intellettuale e del tecnico, corrisponde per Basaglia alla figura di ascendenza gramsciana del "commesso" della classe dominante, prigioniero della dicotomia tra l'*ideologia* – intesa nel senso marxiano di falsa coscienza, di rappresentazione distorta a vantaggio degli esistenti rapporti di forza tra le classi –, secondo cui il manicomio è un luogo di cura, e la *pratica*, che invece fa inequivocabilmente del manicomio un luogo di repressione e di violenza. Viene quindi smascherata la mistificazione di fondo: il manicomio non è l'ospedale per chi soffre di disturbi mentali, ma il luogo di contenimento di certe devianze di comportamento degli appartenenti alla classe subalterna. Teoria e prassi, così distanti in apparenza, finiscono entrambe di fatto per sorreggere l'istituzione manicomiale e, con essa, il potere della classe dominante.

In virtù di ciò, Basaglia, nella *Distruzione dell'ospedale psichiatrico*, denuncia con vigore la reificazione che l'ospedale psichiatrico opera nei confronti del malato, costretto dall'organizzazione "totale" a conformarsi a nuove regole di vita che ne soffocano la libertà e la dignità. In altri termini, l'acquisizione dello status di malato mentale porta con sé l'acquisizione di un nuovo ruolo, nel quale l'individuo finisce per sublimare se stesso (Goffman definisce questo fatto la "carriera morale" del malato mentale):

Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso

⁵ Franco Basaglia, *La giustizia che punisce*, in *Scritti* (vol. II), Einaudi, Torino 1982, p. 185.

⁶ Franco Basaglia/Franca Ongaro Basaglia, *Crimini di pace*, in: AA. VV., *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, in: Franco Basaglia, *L'utopia della realtà*, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 2005, p. 243.

oggetto dalla malattia e dal ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita di un futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita ed organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che – proprio in quanto tali – non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo. [...] Così, quando il malato, alienato dalla malattia, dalla perdita dei rapporti personali con l'altro e quindi dalla perdita di sé, entra nel ricovero, [...] trova nuove regole, nuove strutture che lo spingono ad oggettivarsi sempre più fino ad identificarsi in esse. Ciò perché le conseguenze della pazzia, che sono il centro delle apprensioni dei nostri legislatori, superano il valore del malato mentale in quanto uomo. Isolato, segregato, reso inoffensivo dalle mura che lo rinchiodano, il ricoverato pare assumere un valore al di là di quello umano, fra un animale docile ed inoffensivo ed una bestia pericolosa, sempre finché si consideri la malattia come un male irreparabile contro cui non c'è niente da fare se non difendersene⁷.

L'introduzione degli psicofarmaci ha però aperto una breccia in questo muro ideologico, prima ancora che fisico. I considerevoli progressi ottenuti nel trattamento dei disturbi psichici hanno sfatato il mito della loro incurabilità e irreversibilità, e offerto ai pazienti la possibilità di recuperare almeno una parte della loro libertà:

Dopo che i nuovi farmaci hanno creato una nuova dimensione fra il malato e la sua malattia, facendolo apparire ai nostri occhi – libero dai vecchi schemi delle sindromi clamorose – in una sfera completamente umana, non è più possibile isolarlo nel cerchio dei folli e non considerarlo semplicemente un uomo malato. È quindi tempo di affrontare il problema del malato mentale nell'ospedale, in questo spazio chiuso, staccato da ogni rapporto che non sia malato, in attesa di riconquistare la sua personale libertà che non può venirgli regalata né dai farmaci né dal medico⁸.

Infatti, né il medico, né il farmaco possono risolvere la questione in via definitiva, se parallelamente non viene annientato il carattere istituzionalizzante dell'ospedale psichiatrico. Il rischio è che la vecchia oppressione “dura” venga sostituita da una nuova oppressione “morbida”, la quale faccia restare in vigore i rapporti di forza preesistenti, senza mettere in discussione la relazione asimmetrica tra medico e paziente:

La libertà donatagli dal medico e dal nuovo clima ospedaliero può produrre ora in lui uno stato di soggezione ancora più alienante, perché frammisto a sentimenti di dedizione e di riconoscenza che lo legano al medico in un rapporto ancora più stretto, più infrangibile, più profondamente mortificante e distruttivo di qualsiasi contenzione fisica: un rapporto di assoluta soggezione e dedizione al «buono» che si dedica a lui, che si china – dalla sua altezza – ad ascoltarlo e non dice mai di no. Ciò non potrà che accelerare il processo regressivo che lo spingerà a sprofondare gradualmente in un morbido indolore annientamento totale che chiamerei una sorta di istituzionalizzazione molle. Per questo il paziente continuerà a sentire la libertà, di cui avverte la presenza, come qualcosa venutagli dal di fuori, non come il

⁷ Franco Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, in: Basaglia, *L'utopia* cit., p. 18.

⁸ *Ibidem*, p. 21.

risultato di una sua conquista. Così, per lungo tempo, – dopo l’abolizione delle grate da lui stesso divelte e distrutte su invito del medico – non andrà oltre il limite che gli era stato prima imposto: il disegno del cortile resta nella sua mente e la porta aperta è per lui ancora una porta chiusa. È lì, in attesa che qualcuno pensi e decida per lui perché non sa, o non si vuol fargli sapere, di poter fare appello alla sua iniziativa, alla sua responsabilità, alla sua libertà. Accettando questa libertà come un dono da parte del medico, egli resta dunque sempre, nei suoi confronti, nel primitivo rapporto alienante di servo-signore⁹.

Negli anni seguenti, l’impegno di Basaglia e dei suoi collaboratori – tra i quali spicca la moglie, Franca Ongaro – e gli echi del dibattito nazionale e internazionale cominciano a produrre i primi movimenti in campo legislativo. Il 18 marzo 1968, su iniziativa dell’allora ministro della Sanità, il socialista Luigi Mariotti, venne emanata la legge n. 431, intitolata *Provvidenze per l’assistenza psichiatrica*, la quale interveniva a modificare un assetto legislativo rimasto immutato da quasi sessant’anni. La legge snelliva considerevolmente le dimensioni degli ospedali psichiatrici, stabilendo che potessero ospitare da due a cinque reparti di non più di 125 posti letto ciascuno, un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente; in più, un infermiere ogni tre posti letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto. Inoltre istituiva dei Centri di Igiene Mentale gestiti dalle province; stabiliva che l’ingresso nella struttura potesse anche essere volontario, abolendo l’iscrizione dei ricoveri coatti al casellario giudiziario e sottraendo quelli volontari a qualsiasi controllo, garantendo così la riservatezza del paziente.

L’anno successivo viene pubblicato per i tipi di Einaudi *Morire di classe*, denuncia appassionata delle condizioni di vita – o piuttosto di non-vita – negli ospedali psichiatrici. Ideatori del progetto sono Basaglia e Ongaro, i quali si avvalgono degli scatti di due maestri della fotografia, Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, per entrare in quel mondo ermeticamente chiuso e illustrare la realtà spersonalizzante delle strutture di Firenze e Parma. Quanto fosse coraggioso questo tentativo è spiegato dalla stessa Cerati:

Nell’ospedale psichiatrico di Firenze siamo entrati una sola volta con le nostre macchine fotografiche grazie all’aiuto di due medici. Fu terrificante vedere la sofferenza e la miseria in cui erano costrette a vivere quelle persone. Il giorno dopo ci avvertirono di non ritornare perché il direttore aveva capito cosa stavamo facendo. A Ferrara non riuscimmo a scattare una sola immagine. Il direttore ci fece accompagnare senza farci vedere nulla. A Parma riuscimmo a realizzare delle foto interessanti ma quando gli infermieri si accorsero di cosa stavamo facendo, ci chiesero senza troppi complimenti la consegna dei rollini, Gianni Berengo Gardin intervenne e consegnò loro alcune pellicole vergini. I rollini buoni, già impressionati, li aveva nascosti, facendoli cadere all’interno dell’ombrello che portava al braccio. Nessuno si accorse di nulla e le immagini si salvarono¹⁰.

Uno degli esiti più significativi dell’azione riformatrice di Basaglia è il disvelamento della natura classista del manicomio. Il luogo in cui le diseguaglianze tra gli individui, non solo tra medici e

⁹ *Ibidem*, p. 25

¹⁰ *Ce lo chiese Basaglia*, intervista con Claudio Ernè, in: Franco Basaglia/Franca Ongaro Basaglia, *Morire di classe*, ristampa anastatica in *Sconfinamenti* vol. 14, Duemilauno Agenzia Sociale, Muggia 2008.

pazienti, ma anche tra il personale infermieristico e le altre due categorie, e perfino tra i pazienti stessi, rispecchiano quelle presenti nella società del tempo colta nel suo insieme, è contemporaneamente l'istituzione finalizzata più di ogni altra al mantenimento dell'ordine sociale esistente, e per ciò stesso ne mostra il carattere coercitivo e ingiusto:

Se dunque non è la malattia l'elemento determinante della condizione del malato mentale, così come appare nei nostri asili psichiatrici, sono ora da esaminare gli elementi ad essa estranei che pure vi giocano una parte tanto importante. Analizzando la situazione dell'internato in un ospedale psichiatrico [...] potremmo incominciare a dire che egli appare, prima di tutto, come un uomo senza diritti, soggetto al potere dell'istituto, quindi alla mercé dei delegati (i medici) della società, che lo ha allontanato ed escluso. Si è già visto che la sua esclusione o espulsione dalla società è però più strettamente legata al suo mancato potere contrattuale (alla sua condizione sociale ed economica) che non alla malattia in sé. [...] Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l'ordinanza in ospedale psichiatrico. Ciò che caratterizzerà il ricovero del primo, non sarà soltanto il fatto di non venire, automaticamente etichettato come un malato mentale «pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo», ma il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà. [...] Il potere destorificante, distruttivo, istituzionalizzante a tutti i livelli dell'organizzazione manicomiale, si trova ad agire solo su coloro che non hanno altra alternativa oltre l'ospedale psichiatrico¹¹.

Parimenti, l'introduzione dei valori della società borghese da parte del personale infermieristico, prevalentemente di estrazione sociale proletaria proprio come gli stessi pazienti, fa sì che essi stessi divengano funzionali al mantenimento dell'ordine sociale esistente, e di cui la gerarchia manicomiale è il logico portato. In altre parole, infermieri e inservienti, pur condividendo la medesima appartenenza di classe degli internati, li dominano riproducendo la stessa relazione di dominio su di loro esercitata da parte dei medici. E ciò a causa del fatto che la società borghese costruisce per loro un mezzo di sostentamento (il lavoro) che ne carpisce il consenso e al tempo stesso li rende parte integrante del meccanismo repressivo:

Non è privo di significato il fatto che uno dei problemi centrali della rottura della logica manicomiale sia l'atteggiamento degli infermieri e del personale (appartenenti alla stessa classe degli internati). Abbiamo tutti incorporato il concetto positivistico della malattia, come una modificazione biologica per la quale non c'è nulla da fare, se non isolarla e proteggerla con l'internamento: che è come dire che tutti riteniamo che se uno è pazzo è pazzo e vada in manicomio. È dunque anche su questo terreno che si deve agire, ed è questo il nostro terreno di lotta. [...] All'interno della logica economica da cui siamo determinati, ogni apparente risposta ai bisogni di tutti è, di fatto, una risposta ai bisogni del gruppo dominante, che si attua, da un lato, attraverso il contenimento degli elementi di disturbo sociale, dall'altro attraverso l'istituzione di posti di lavoro che possono garantire il consenso spontaneo, offrendo un'identificazione nel proprio ruolo. Qui si gioca esplicitamente sulla divisione all'interno della stessa classe: fra emarginati, pazzi, malati (sempre appartenenti al proletariato o sottoproletariato) e infermieri, inservienti, personale paramedico eccetera che,

¹¹ Franco Basaglia, *Le istituzioni della violenza*, in *L'utopia* cit., pp. 150-151.

se pur proletari, esplicano un ruolo positivo nel ciclo produttivo (cioè nell'organizzazione ospedaliera) che difendono per sé e per la propria sopravvivenza assolvendo, anche se a livelli diversi, il compito di funzionari del consenso. Su questa divisione si scontra ogni azione di trasformazione, perché è su questa ambiguità che si mantiene la difficoltà, per il personale infermieristico o ausiliario, di raggiungere una coscienza di classe. [...] La logica manicomiale gioca dunque su due piani: l'incorporazione da parte di tutti del concetto di malattia, e la divisione tra personale e internati¹².

In ogni caso, anche in Italia la contestazione generalizzata partita nel 1968 si salda alle istanze di rinnovamento in campo psichiatrico. Ancora una volta è l'opera di Basaglia a risultare determinante. Il suo serrato e al tempo stesso fecondo confronto con le varie "anime" dell'antipsichiatria si può cogliere in *Crimini di pace. Ricerca sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*, lavoro a più voci pubblicato da Einaudi nel 1972, cui parteciparono, tra gli altri, Sartre, Foucault, Goffman, Laing, Thomas Szasz e Noam Chomsky.

In *Crimini di pace*, Basaglia non si smarca solamente dalle frange più estreme dell'antipsichiatria, rappresentate in questa sede da Szasz, ma prende le distanze anche dal modello della comunità terapeutica proposto e attuato da Laing e da Maxwell Jones. Modello che pure Basaglia aveva, negli anni precedenti, sostenuto, per poi rendersi conto, sulla scia di Sartre quando affermava che "le ideologie sono libertà mentre si fanno, oppressione quando sono fatte", del rischio di creare una nuova forma di istituzionalizzazione, non meno pericolosa di quella vecchia. Una istituzionalizzazione sì trasparente e incruenta, ma dove non mutano i rapporti di potere tra medici, personale sanitario e pazienti, rapporti di potere che a ben guardare sono gli stessi della società capitalista: i primi continuano a dirigere in maniera totale la vita dell'ospedale, i secondi eseguono gli ordini dei primi e i terzi subiscono sia la violenza della repressione e dell'annichilimento, sia – quando "va bene" – l'imposizione di una falsa libertà, falsa proprio perché concessa all'interno di una relazione dominanti-dominati.

Il "cambio di passo" necessario consiste quindi per Basaglia nella definitiva presa d'atto che la malattia mentale esiste ed è il palesamento di un disagio al tempo stesso psichico e sociale. Del resto, l'aggressività che spesso il paziente rivolge contro l'istituzione manicomiale e coloro che vi operano appare a Basaglia una reazione più che comprensibile di fronte agli abusi fisici e psicologici ivi commessi. E proprio per questo, come già ammoniva Binswanger, non possiamo fare del malato mentale una pura immagine astratta, risultato dello "smembramento dell'uomo reale allo scopo di costruirne scientificamente un'immagine". Né tantomeno possiamo plasmarlo sul modello del "paziente perfetto" descritto da Goffman: il paziente tranquillo, inoffensivo e totalmente appiattito sulle regole stabilite per lui dalla direzione dell'ospedale, incapace, una volta dimesso, di fare alcunché della libertà che gli è stata "generosamente" concessa – come un animale ormai abituato a vivere in cattività che venga improvvisamente buttato fuori dalla propria gabbia. La trasformazione dell'ospedale psichiatrico non ha alcun senso se non all'interno di un più ampio progetto di trasformazione dell'intera società, che comprenda una ridefinizione del rapporto tra salute e malattia:

¹² Basaglia/Ongaro, *Crimini di pace*, in *L'utopia* cit., pp. 244-245, 247.

Ciò che deve mutare per poter trasformare praticamente le istituzioni e i servizi psichiatrici (come del resto tutte le istituzioni sociali) è il rapporto fra cittadino e società, nel quale si inserisce il rapporto fra salute e malattia. Cioè riconoscere come primo atto che la strategia, la finalità prima di ogni azione è l'uomo (non l'uomo astratto, ma tutti gli uomini), i suoi bisogni, la sua vita, all'interno di una collettività che si trasforma per raggiungere la soddisfazione di questi bisogni e la realizzazione di questa vita per tutti. Ciò significa capire che il valore dell'uomo, sano o malato, va oltre il valore della salute o della malattia; che la malattia, come ogni altra contraddizione umana, può essere usata come strumento di appropriazione o di alienazione di sé, quindi come strumento di liberazione o di dominio; che ciò che determina il significato e l'evoluzione di ogni azione è il valore che si riconosce all'uomo e l'uso che si vuol farne, da cui si deduce l'uso che si farà della sua salute e della sua malattia; che in base al diverso valore e uso dell'uomo, salute e malattia acquistano o un valore assoluto (l'uno positivo, l'altro negativo) come espressione dell'inclusione del sano e dell'esclusione del malato dalla norma; o un valore relativo, in quanto avvenimenti, esperienze, contraddizioni della vita che si svolge tra salute e malattia¹³.

Non è sostituendo un recinto con un altro che si può risolvere il problema; il manicomio e la comunità terapeutica sono entrambi strumenti di controllo della classe egemone e rispecchiano fedelmente l'ordine da essa costituito e imposto:

Quando invece i rapporti sociali di produzione sono fondamento di ogni relazione fra uomo e uomo come nella società capitalistica, si capisce anche come la malattia – di qualunque natura essa sia – possa diventare uno degli elementi usabili all'interno di questa logica, sfruttabile come conferma di un'esclusione, la cui natura irreversibile è data dalla categoria di appartenenza del paziente e dal suo potere economico e culturale. Questo non significa – come spesso è stato frainteso – che la malattia mentale non esista e che non si tenga conto in psichiatria, cioè in medicina, dei processi fondamentali dell'uomo. Significa che la malattia, come segno di una delle contraddizioni umane, può essere usata all'interno della logica dello sfruttamento e del privilegio, venendo così ad assumere un'altra faccia – la faccia sociale – che la fa diventare di volta in volta qualcosa di diverso da ciò che è originariamente¹⁴.

Da qui si comprende come, nel suo attuarsi storico con la legge 180 del 1978, la riforma della psichiatria non potesse prescindere da una riforma della sanità nel suo complesso, a partire dall'*incipit* della legge stessa: “Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari” (art. 1). Relatore ne fu Bruno Orsini, psichiatra e parlamentare democristiano, ma fin da subito la legge fu denominata dalla stampa “legge Basaglia”, non solo per via dei principi che la ispirarono, ma anche perché questi prese parte alla stesura del testo, in particolar modo per quanto concerne la parte relativa alla disciplina del trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Basaglia, così ricorda Maria Grazia Giannichedda, era “convinto che questo dispositivo fosse necessario per obbligare il medico alla responsabilità verso la persona malata che tuttavia non richiedeva il trattamento, e che fosse possibile non smentire affatto in questo punto il principio della pienezza di diritti del cittadino”¹⁵.

¹³ *Ibidem*, pp. 228-229.

¹⁴ *Ibidem*, p. 229.

¹⁵ Maria Grazia Giannichedda, *Introduzione a L'utopia cit.*, p. XLVIII.

La legge fu approvata in un clima gravemente segnato dal sequestro e dall'assassinio di Aldo Moro, ritrovato nella famigerata Renault 4 di via Caetani quattro giorni prima. Il previsto referendum per l'abrogazione della legge 36 del 1904, avvalorato da oltre 700.000 firme, approvato dalla Corte costituzionale il 7 febbraio 1978 e indetto dal DPR 109 del 14 aprile dello stesso anno, alla fine non si tenne. In sede parlamentare si preferì, non senza fretta, varare una legge *ad hoc*, stralciando dal progetto di riforma sanitaria già in discussione in parlamento dall'anno precedente, ossia il disegno di legge del 9 dicembre 1977 relativo all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la parte relativa all'assistenza psichiatrica, compreso negli artt. 30 e 54.

La legge 180 disciplina il ricorso al TSO, previsto "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere" (art. 2). I TSO devono essere condotti "nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura" (art. 1); chi vi è sottoposto "ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno" e "devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato" (ivi). Il provvedimento deve essere emanato dal sindaco su proposta motivata da un medico ed è soggetto all'approvazione, entro 48 ore, del giudice tutelare. Non può protrarsi per più di sette giorni, e avverso di esso chi ne è sottoposto, "e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare". Anche il sindaco, entro trenta giorni, può fare ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento.

Ciò che ha reso più nota nell'immaginario collettivo, la legge 180 è comunque l'art. 7, denominato *Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica*. Esso sancisce "il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento" e vieta di "costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche". È la fine dell'istituzione manicomiale e l'avvento di un disegno insieme coraggioso e ambizioso, destinato però ben presto a incontrare non solo, come era prevedibile, l'opposizione degli ambienti più conservatori della psichiatria, preoccupati dalla perdita di potere, anche economico, che comportava l'abolizione dei manicomi, ma anche di quanti, e non sarebbero stati pochi, secondo cui la legge era una resa incondizionata nei confronti di coloro che volevano "mandare a casa i matti".

Il vero punto debole della legge 180, dovuto alle circostanze eccezionali in cui fu varata, è però la sua natura di legge quadro. Non prevede infatti né modi né tempi precisi per l'attuazione dei provvedimenti in essa contenuti, ma solo, come si è visto, un "graduato superamento" delle vecchie strutture, né tantomeno stabilisce alcuna sanzione in caso di inadempienza. In questo modo essa ha consentito, di fatto, la sopravvivenza dei manicomi, limitandosi a vietare i nuovi ricoveri e rimettendosi alla volontà politica di cambiamento degli amministratori locali, per la qual cosa i comportamenti assunti dalle Regioni nell'applicazione della nuova normativa sono stati generalmente determinati dalle posizioni politiche delle diverse maggioranze di Governo regionali. Di conseguenza la legge 180 è stata applicata per intero, o quasi, in Regioni quali la Toscana e l'Emilia Romagna, oltre che in Friuli-Venezia Giulia, luogo primario dell'azione del gruppo

Psichiatria Democratica, fondato da Basaglia e Ongaro nel 1973 e tuttora operante a livello nazionale. Altrove, i colossali ritardi nell'attuazione della legge, uniti alla diffusa impreparazione del personale infermieristico e medico di fronte a un tipo di assistenza completamente diverso rispetto alla precedente, portarono in non pochi casi a mettere semplicemente per strada gli internati, abbandonandoli al "controllo sociale della miseria", come scrisse lo stesso Basaglia, o lasciando sole le famiglie dei malati nella gestione della disabilità psichica dei loro congiunti. Per tacere di circostanze ancora più atroci, quali lo scandalo del manicomio di Agrigento, rivelato nell'ottobre del 1988 da un'inchiesta ad opera di Gad Lerner corredata dalle impressionanti foto di Franco Zecchin e pubblicata da *L'Espresso*, con il suo carico di ben 36 decessi per cause mai specificate e condizioni igieniche e sanitarie peggiori di quelle di un *lager* nazista.

Si deve inoltre sottolineare come la legge 180 abbia lasciato aperta la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari. Tra continui ritardi e proroghe, la chiusura di queste strutture è stata disposta solo dal 31 marzo 2015. Il loro posto è stato preso dalle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), istituite dalla legge n. 81 del 30 maggio 2014, nelle quali la permanenza dell'internato non può "durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso" (art. 1 comma 1-quater) e dove tutta l'azione del personale deve essere tesa verso una logica riabilitativa e curativa. La legge stabilisce poi che la pericolosità sociale dell'infermo non può essere dichiarata, o confermata, solo perché la persona è emarginata, priva di sostegni economici o "per sola mancanza di programmi terapeutici individuali" (art. 1 comma 1). Il malato povero, emarginato, senza casa o vittima delle carenze dei servizi sociali non può diventare, per questa ragione, socialmente pericoloso e venire destinato all'internamento. Questi "limiti" per accertare la pericolosità non eliminano le determinanti sociali e ambientali di salute e malattia, e quindi della pericolosità stessa, ma nel contempo fanno in modo di non penalizzare ulteriormente i soggetti più vulnerabili e bisognosi di aiuto. In queste strutture si cerca quindi di mantenere un delicato equilibrio tra terapia e sicurezza, non senza le oggettive difficoltà che questo sforzo comporta, e di ammortizzare, per quanto possibile, lo svantaggio socioeconomico che non di rado è alla radice del comportamento deviante. Resta comunque in vigore la misura del TSO per quei casi nei quali non è possibile, per motivi di condotta particolarmente aggressiva e violenta, procedere alla degenza nelle REMS.

Il vero nodo da affrontare è però un altro: il sistema delle REMS è stato organizzato sulla base di strutture piccole, da venti posti ciascuna, ma in tutta Italia sono solo trenta, e questo ha come conseguenza liste di attesa molto lunghe e persone private di un diritto. Attualmente le persone assistite sono 604, quelle che aspettano di entrarvi sono 441, mentre tra le cinquanta e le sessanta sono in carcere. La vicenda di Massimiliano Spinelli parla chiaro. Giudicato incapace d'intendere e di volere, ma ritenuto socialmente pericoloso, doveva essere destinato a una delle cinque REMS della sua regione, il Lazio, ma in nessuna c'era posto. Così ha dovuto passare quasi un anno nel carcere di San Vittore a Milano; e soltanto lo scorso aprile, grazie all'intervento degli attivisti di Opera Radicale e del garante dei detenuti Anastasia, ha potuto essere accolto dalla REMS di Palombara Sabina, in provincia di Roma¹⁶.

¹⁶ Gaia Romeo, *L'ultima rivoluzione di Basaglia, ancora da compiere*, <http://www.slegalosubito.com/2018/05/15/ultima-rivoluzione-basaglia-ancora-compiere/>

Sia come sia, dal 1978 a oggi sono passati per le strutture terapeutiche 20 milioni di cittadini italiani. Ma, mentre i numeri delle malattie mentali sono in costante aumento, le risorse investite nel settore dell'assistenza psichiatrica sono state inversamente proporzionali, e oggi l'Italia – come spiega in un'intervista a *Repubblica* Bernardo Carpiniello, presidente della Società Italiana di Psichiatria – è al ventesimo posto in Europa sia come numero di psichiatri che come spesa per la salute mentale, pari a circa il 3,5% della spesa sanitaria a fronte di Paesi come Francia, Germania e Gran Bretagna, dove tale spesa va dal 10 al 15%. Le strutture, dichiara Carpiniello, “sono in sofferenza” per “mancanza di personale e di risorse individuate dal Fondo sanitario: ancora troppo basse rispetto alle necessità reali”, giacché “il personale che lavora nei servizi di salute mentale in Italia conta circa 31 mila operatori. Ma su 21 regioni e province autonome, in 14 si è al di sotto dello standard, specialmente nel Centro Sud (in 3 aree vi è una carenza del 50% o più del personale, e in 6 Regioni si riscontra una carenza compresa fra il 25 e il 40%)”. Per fronteggiare questo quadro non certo idilliaco “bisognerebbe aumentare al 6% il fondo destinato ai servizi di salute mentale”¹⁷.

Ciò tuttavia non fa venir meno la certezza che la legge 180 sia stata insieme il punto focale delle istanze libertarie in materia di psichiatria degli anni '60 e '70 e l'inizio della cancellazione di un'infamia senza pari. A oggi, la legislazione italiana in materia di assistenza ai disturbi psichici e del comportamento è – possiamo dirlo senza tema di smentita – la più avanzata al mondo, e sarebbe perciò fuorviante e ingeneroso vedere nella 180 l'esempio di una rivoluzione mancata. Rivoluzione che peraltro lo stesso Basaglia escludeva – per lo meno nell'accezione di profondo sommovimento politico-sociale –, facendo riferimento a Frantz Fanon, psichiatra anch'egli, “che ha potuto scegliere la rivoluzione”, mentre “noi, per evidenti ragioni obiettive, ne siamo impediti. La nostra realtà”, prosegue, “è continuare a vivere le contraddizioni del sistema che ci determina, gestendo un'istituzione che neghiamo [...], contraddizioni che è nostro compito rendere esplicite”, consapevoli di ingaggiare quella che Fanon riteneva, come scriveva nella sua lettera di dimissioni da medico capo dell'ospedale psichiatrico di Blida-Joinville, “una scommessa assurda: voler far esistere dei valori mentre il non-diritto, l'ineguaglianza, la morte quotidiana dell'uomo sono eretti a principi legislativi”¹⁸. Precisamente quello che tuttora accade in molte altre parti del nostro pianeta, per di più non solo negli ospedali psichiatrici.

¹⁷ Anna Rita Cillis, *Legge Basaglia, 20 milioni di italiani curati fuori dai manicomi*, in “La Repubblica”, 9 maggio 2018.

¹⁸ Franco Basaglia, *Il problema della gestione*, in *L'utopia* cit., p. 174.