

ENTRARE FUORI, USCIRE DENTRO
IL PROCESSO DI SUPERAMENTO DEL MANICOMIO RACCONTATO
DA TOMMASO LOSAVIO, GIÀ RESPONSABILE DELLA CHIUSURA
DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO SANTA MARIA DELLA PIETÀ DI
ROMA

Intervista di Benedetto Fassanelli

Sono passati quarant'anni dall'approvazione della legge 180 e dall'approvazione della legge 833 del 1978 che, istituendo il Servizio sanitario nazionale, inglobava la 180 in una legge di sistema. Si imponeva allora l'avvio di un processo per il superamento del manicomio che durò decenni e che, tra il 2012 e il 2015, vide come ultimo atto la chiusura (ma non certo il completo superamento) degli ospedali psichiatrici giudiziari.¹ A Roma la chiusura del Santa Maria della Pietà si concluse alle soglie del 2000. L'ospedale psichiatrico provinciale della capitale era un'istituzione con alle spalle più di cinquecento anni di storia, un manicomio tra i più grandi e complessi d'Italia, che nell'ultimo secolo aveva visto lavorare al suo interno, con responsabilità cliniche, di direzione e di ricerca, alcuni dei principali esponenti della psichiatria italiana (da Clodomiro Bonfigli a Giovanni Mingazzini, da Sante De Sanctis a Ugo Cerletti).

Tommaso Losavio, sei stato tra i protagonisti dell'ultima fase della vita dell'ospedale psichiatrico di Roma: puoi raccontarci in che momento sei arrivato al Santa Maria della Pietà?

Quando tornai a Roma, nel gennaio dell'ottanta dopo cinque anni di lavoro a Trieste con Franco Basaglia, scelsi di andare a lavorare – come primario di un servizio psichiatrico delle allora appena istituite Unità sanitarie locali – nella 19^a circoscrizione perché in quella circoscrizione era ricompreso il Santa Maria della Pietà. L'ospedale psichiatrico aveva una direzione autonoma, però ero riuscito ad aggregare al servizio territoriale di cui ero primario due reparti che vennero di fatto scorporati dall'ospedale psichiatrico. Questi due reparti accoglievano una sessantina di pazienti che erano stati “trasformati” in “ospiti” in attesa di essere trasferiti all'esterno. Quindi, in qualche modo, avevo un piede dentro al manicomio, anche se in posizione marginale, nel senso che il resto del Santa Maria della Pietà – che accoglieva ancora un migliaio di persone ricoverate – non mi competeva. Questi due reparti costituivano una contraddizione all'interno di una struttura abbastanza immobile, in cui amministratori e colleghi medici, in quegli anni, stavano a guardare che cosa poteva succedere senza impegnarsi nell'applicazione della riforma. Erano gli anni in cui, subito dopo l'approvazione della legge 180, incominciavano a emergere molte perplessità sulla possibilità che quella legge potesse funzionare e in cui le stesse forze politiche che avevano appoggiato la riforma presentavano proposte di modifica.

¹ Cfr., gli articoli di M. Passione, *Rems, misure di sicurezza e libertà*, «Il Manifesto», 9 novembre 2016, <https://ilmanifesto.it/remis-misure-di-sicurezza-e-liberta/> (ultima consultazione 20 novembre 2018) e l'intervista di R. Gonnelli a Franco Corleone, garante per i detenuti della Toscana e ex commissario per la chiusura degli Opg, Corleone: «Malati psichici in carcere dimenticati dal governo», «Il Manifesto», 12 ottobre 2018, <https://ilmanifesto.it/corleone-i-malati-psichici-in-carcere-dimenticati-dal-governo/> (ultima consultazione: 20 novembre 2018).

Era quindi un periodo complicato e difficile in cui noi, come servizio psichiatrico territoriale, dovemmo anche forzare un po' la mano per attuare la riforma. Nel 1982, ad esempio, occupammo una casa non utilizzata, di proprietà del comune di Roma, in via Baccina, dove portammo a vivere cinque signore che erano ospiti in quei due padiglioni di cui ho parlato prima². L'occupazione fu un'azione di tipo "militare", quasi, perché venne studiata nei minimi particolari e fu preceduta da un'attività di "spionaggio" molto sofisticata con cui individuammo la casa.

Nel 1979, assumendo la direzione dei servizi psichiatrici della regione Lazio, Franco Basaglia (che morì nell'estate del 1980) descrisse il nuovo incarico come «un lavoro tutto nuovo rispetto a Gorizia e a Trieste»: si doveva «applicare una legge dello Stato [...] una complessa riforma sulla quale tutti i tecnici devono fare il possibile affinché venga applicata nel migliore dei modi»³.

Nel processo di superamento dell'ospedale psichiatrico, cos'è stato e cosa ha significato questo lavoro senz'altro «tutto nuovo», con un piede dentro e uno fuori dal Santa Maria della Pietà?

Continuammo a fare un lavoro di dimissioni, per quanto complicate e difficili, da quei due padiglioni, cercando di trovare degli accordi con i colleghi dei padiglioni tradizionali del Santa Maria della Pietà in modo da poter accogliere nei reparti di nostra competenza altre persone da includere in questo lento processo di *inserimento fuori dall'ospedale*, un inserimento che doveva essere assolutamente tutelato perché era un momento in cui qualsiasi incidente veniva preso come pretesto per affermare che la legge 180 era una legge velleitaria. Siamo andati avanti così per un po' di anni, cercando di sviluppare e di organizzare meglio il servizio territoriale. Riuscimmo a ottenere un finanziamento della Comunità europea, insieme a un'altra Usl di Roma, per un progetto di formazione professionale rivolta a pazienti ancora ricoverati, un progetto che ci permise di attrezzare, in collaborazione con l'Opera don Calabria, una struttura a Prima Valle dove istituimmo dei laboratori in cui la mattina portavamo persone ricoverate al Santa Maria della Pietà a fare formazione professionale. Il progetto non era altro che un tentativo di restituire, attraverso i laboratori, diritti e cittadinanza a persone ancora internate, con risultati ovviamente poco soddisfacenti perché durante il giorno queste persone vivevano in una realtà di quartiere e poi di notte e la sera rientravano nei padiglioni. Non potevamo fare diversamente. Organizzammo dei soggiorni estivi, delle vacanze, cose fino ad allora impensabili. Riuscimmo anche a entrare con un gruppo di operatori dentro agli altri reparti del Santa Maria della Pietà, quelli che non ci competevano, riuscendo a rendere manifeste e in qualche modo a evidenziare alcune contraddizioni anche ai colleghi e al personale infermieristico.

Nel 1993 il direttore del Santa Maria della Pietà andò in pensione e l'azienda sanitaria mi chiese di occuparmi anche di quello che restava del manicomio, che allora veniva chiamato "residuo manicomiale", un'espressione orrenda ma che rende l'idea di quello che era effettivamente l'ospedale psichiatrico, ossia un luogo in cui restava ciò che si era depositato durante un processo lentissimo di esaurimento del manicomio. Ormai da quasi quindici anni

² Cfr. T. Losavio, *Una casa per non vivere in manicomio. Storia dell'occupazione della casa in via Baccina*, in *L'ospedale Santa Maria della Pietà di Roma. III. L'ospedale psichiatrico di Roma. Dal Manicomio Provinciale alla Chiusura*, a cura di A. Iaria, T. Losavio, P. Martelli, Bari, Dedalo, 2003, pp. 215-222.

³ Le dichiarazioni di Basaglia (cit. in J. Foot, *La "Repubblica dei Matti"*. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Milano, Feltrinelli, 2014, pp. 292 e 360n) erano apparse in un articolo del quotidiano «L'Unità» del 21 agosto del 1979.

non si poteva ricoverare nessuno e qualche dimissione era stata fatta: quello che era rimasto era la parte pesante dell'istituzione, erano gli ex-bambini diventati adulti dentro il manicomio che, dopo quaranta, cinquant'anni di ricovero, non avevano famiglia o non avevano rapporti con la famiglia. Erano la parte pesante e più istituzionalizzata del Santa Maria della Pietà.

Nel '93 presi la direzione del Santa Maria della Pietà insieme con la direzione del Dipartimento di salute mentale e la prima cosa che facemmo fu chiedere al Comune di Roma di inserire il Santa Maria della Pietà nell'*Estate romana* e facemmo una festa di una settimana dentro l'ospedale che chiamammo *Entrare fuori, uscire dentro*. Per chi era ancora ricoverato "entrare fuori" significava entrare fuori dal manicomio, entrare in città, mentre "uscire dentro", per la città che era rimasta sempre separata dal manicomio, doveva implicare l'uscire dentro il manicomio per inglobarlo e far sì che questo spazio – che per molti aspetti era anche uno spazio di pregio dal punto di vista urbanistico – entrasse a tutti gli effetti nel tessuto cittadino. Fu un grande successo, ci fu una grande partecipazione di attori, artisti, cantanti. Il sindaco, era allora Francesco Rutelli, venne al Santa Maria della Pietà e mi ricordo che riuscì a far fare la copia della chiave di un padiglione – le chiavi che aprivano le porte dei padiglioni erano enormi, di venti-trenta centimetri – e gli demmo questa chiave dicendo «guarda che tu sei il sindaco anche di questa struttura».

Nel 1994 l'allegato alla finanziaria del governo Berlusconi stabilì l'obbligo di chiudere definitivamente gli ospedali psichiatrici prevedendo una penalizzazione economica per le Regioni inadempienti, quindi Asl e Regione si sentirono in qualche modo obbligate ad accelerare il processo di chiusura e mi chiesero di continuare nell'operazione. Era un'operazione che richiedeva impegno e tempo per cui io lasciai il Dipartimento di salute mentale e accettai una nomina di direttore del "Progetto di chiusura del Santa Maria della Pietà", quindi non di direttore del Santa Maria della Pietà, ma di un progetto di chiusura.

Nel '94, per quindici giorni, inserimmo di nuovo il Santa Maria della Pietà nell'*Estate romana* perché la chiusura del manicomio era un'operazione complicata nel senso che non era un mero processo di de-ospedalizzazione, di dimissioni delle persone. Bisognava lavorare su due piani: un piano era quello di preparare le persone che stavano dentro il manicomio ad uscire; l'altro consisteva nel preparare la città ad accogliere queste persone perché sennò avremmo ricreato piccoli manicomi all'esterno. Per questo era importante anche far entrare la gente nel manicomio per abbattere il "doppio della follia" ossia l'immagine che la gente aveva del "matto".

I primi a "uscire dentro" il manicomio, però, siete stati voi medici che, a partire dagli anni Sessanta, avete iniziato a guardare al manicomio senza le lenti di quella sorta di "fatalismo psichiatrico" – espressione che non sarebbe certo piaciuta ai neurologi e agli psichiatri della scuola organicista italiana – che impediva, in buona sostanza, di riconoscere nei pazienti delle persone da trattare come tali. Qual è il tuo primo ricordo legato al manicomio, come cittadino prima ancora che come medico?

Devo dire che io sono arrivato al manicomio molto tardi, nel senso che per un lungo periodo, anche durante la mia formazione universitaria, il manicomio era una cosa che – come dire – non esisteva... Quando mi sono specializzato, nel '67, anche la specializzazione in psichiatria non esisteva, era in clinica delle malattie nervose e mentali, e l'interesse era tutto rivolto verso le malattie neurologiche e non verso quelle psichiatriche. Ero assistente – allora c'erano gli assistenti volontari non pagati che però venivano pagati dagli assistenti strutturati per fare le guardie al loro posto – e facendo le guardie alla neuro, a viale dell'Università, mi accorsi che alcuni pazienti passavano per la pre-accettazione e poi sparivano, non c'erano più. Mi domandai

dove finissero e scoprii che venivano trasferiti in manicomio. Il manicomio era un posto in cui si trasferiva quello che non interessava all'Università e il Santa Maria della Pietà non era un luogo frequentato dall'Università: io al Santa Maria della Pietà non c'ero mai andato.

Nel luglio del 1969 avevo finito il servizio militare come ufficiale medico. Tornato all'Università sentii che mi stava stretta e cercai di andar via. Andai al Santa Maria della Pietà a chiedere se c'era la possibilità di entrare a lavorare lì, ma avevano assunto da poco degli assistenti. Allora mi misi in macchina e andai nell'altro ospedale psichiatrico pubblico che c'era nel Lazio, che era a Rieti – c'era anche una succursale del Santa Maria della Pietà a Ceccano dove venivano messi i “mentecatti cronici tranquilli”: “mentecatto” era un termine “scientifico” con cui si indicavano gli “handicappati”, le persone con disturbo cognitivo prevalentemente. Insomma, andai a Rieti senza sapere bene cosa fosse un manicomio – non ne avevo proprio idea – e chiesi di parlare col direttore. Il direttore era un napoletano, una persona molto simpatica, che quando gli dissi che cercavo lavoro mi chiese: «Ma tu sei sicuro di voler venire a lavorare in manicomio?». Gli risposi che non ero sicuro ma che ci volevo provare. «Monta in macchina», mi fece, e senza che avessi visto cosa fosse un manicomio mi portò in Provincia dall'assessore alla sanità – perché allora i manicomi dipendevano dall'amministrazione provinciale – e lo stesso giorno quello mi fece un contratto e io dal giorno dopo ero assunto in manicomio.

Il direttore mi assegnò al primo padiglione, che era un padiglione uomini, e lì scoprii una realtà che non avrei mai potuto immaginare. Il mio professore dell'Università, quando gli avevo detto che me ne volevo andare via per lavorare in manicomio mi aveva detto: «Tu lasci una barca a vela per andare in una chiatta che puzza di pasta e fagioli». In realtà la puzza era di merda, di piscio, di sudore, di fumo di sigarette fatte con la carta di giornale... una cosa incredibile, questa gente ammassata... Ho dei ricordi dei primi tempi...

Non sapevo che fare, nel senso che tutto quello che sapevo – e pensavo di sapere un sacco di cose, avevo studiato, avevo fatto la specializzazione! – mi sembrava che non mi potesse servire a niente in quella realtà. Una delle prime cose di cui mi occupai fu un reparto in cui erano internati dei malati di tubercolosi, una quindicina. Era un piccolo reparto, un manicomio nel manicomio, che faceva parte del padiglione che mi era stato assegnato – che invece era enorme: ci saranno state più di cento persone ricoverate. La cosa mi incuriosì e cercai di capire com'erano le condizioni di questi pazienti, cosa fosse questa tubercolosi, e scoprii che in realtà, nella maggior parte dei casi, si trattava di forme ormai chiuse. Tutte quelle persone erano legate al letto, con delle piaghe da decubito in cui si vedeva addirittura l'osso sacro. Mi feci insegnare da un amico dermatologo come curare queste piaghe e mi misi a fare queste cose qui, a curare piaghe da decubito. I due o tre pazienti che avevano delle forme di TBC ancora aperte li mandammo nel sanatorio di Rieti e nel giro di poco tempo riuscimmo a chiudere questo reparto TBC dove poi avremmo installato un *atelier* di pittura. Ci fu una sollevazione degli infermieri, perché gli infermieri ruotavano nel reparto TBC prendendo un'indennità prevista per il contatto con i malati infettivi. Ma per me fu come un segno che fosse comunque possibile cambiare alcune cose. Già era strano vedere un medico girare per i reparti e non limitarsi ad ascoltare, dietro una scrivania, le relazioni che le suore facevano sulle condizioni dei pazienti. Così, ad esempio, con un collega anch'egli giovane, cominciammo a lavorare per permettere ai pazienti di usare le forchette, perché l'unica posata ammessa era il cucchiaino e di conseguenza le persone ricoverate mangiavano prevalentemente con le mani. Abbiamo lavorato un anno per dare le forchette a tutti – un anno! – numerando le forchette, segnando il nome, una cosa fatta con grande pignoleria. Questo era il manicomio. Ho ancora nelle orecchie il rumore dei pazienti quando dal salone al pianterreno – chiamato “sorveglianza” – salivano le scale, il pomeriggio, per tornare nei dormitori: avevano come scarpe degli zoccoli di legno e questo passaggio, con

questi zoccoli di legno, lo sento ancora – *burubùm burubùm* – sembrava, sai, sembrava il rumore di una mandria di bisonti...

Però il manicomio io l'ho scoperto tardi, sia sul piano personale sia sul piano professionale. Il manicomio era una rimozione collettiva con un mandato sociale di controllo: del matto se ne occupava il manicomio – quantomeno del matto povero perché per il matto ricco le cose erano un po' diverse.

In un'intervista apparsa in un recente numero della rivista «Confronti», hai raccontato come andò a finire la tua esperienza a Rieti: l'inevitabile abbandono quando divenne insostenibile lavorare al fianco del nuovo direttore, che aveva iniziato a praticare su vasta scala una terapia shock tremenda, sadica e pericolosa, il coma ipoglicemico provocato tramite l'iniezione di dosi massicce di insulina⁴. Dopo Rieti sei stato a Trieste per cinque anni, con Basaglia e la sua équipe, fino al 1979, e quindi a Roma a organizzare quei servizi psichiatrici territoriali indispensabili per l'applicazione della legge 180 ma la cui costruzione, a Roma, fu ostacolata per tutti gli anni Ottanta. In una città di tre milioni di abitanti erano attivi solo tre servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Le cause vanno imputate a lentezze e resistenze al cambiamento, ma anche all'intenzione di non danneggiare, con nuovi servizi pubblici, un settore in cui le cliniche private avevano grossi interessi. Furono anni difficili e poi arrivò l'incarico al Santa Maria della Pietà.

Il ritorno full-time in manicomio, dopo Trieste e il Dipartimento di salute mentale, è stato un'operazione per molti aspetti molto emozionante per me e per il gruppetto di collaboratori che mi ero portato appresso. In cinque anni siamo riusciti a fare un lavoro che noi chiamavamo di de-istituzionalizzazione, termine più corretto rispetto a de-ospedalizzazione perché, evidentemente, bisognava preparare le persone dentro l'ospedale psichiatrico a vivere una vita esterna dopo quarant'anni, cinquant'anni di internamento. L'istituzionalizzazione consiste nella introduzione delle regole e delle prassi dell'istituzione nei pazienti e nei curanti. E bisognava inventare le strutture esterne dove far vivere queste persone: queste strutture esterne dovevano essere accolte dal contesto nel quale venivano poste, non si trattava dunque di una mera operazione logistica.

L'opera di preparazione interna procedette almeno su due piani. Un piano era quello dei pazienti e consisteva nel restituire ai ricoverati desideri, bisogni, aspettative, capacità di ritrovare autonomia. Su un altro piano, voler superare il manicomio significava – e non poteva prescindere dal – de-istituzionalizzare il personale, perché ovviamente chi avrebbe poi assistito queste persone all'esterno sarebbero stati, per la maggior parte, gli infermieri che avevano “assistito” le stesse persone in manicomio. Il personale doveva essere preparato ad avere la capacità di trovare nuove modalità di operare e a non più essere soltanto l'infermiere-guardiano. Forse è stato più difficile lavorare con gli infermieri che con i pazienti. È stata tutta un'operazione molto complessa perché questo lavoro di de-istituzionalizzazione – a volte viene molto frainteso e poco capito – è un lavoro fatto di piccole cose che avvengono nella quotidianità e mettono in moto un meccanismo a cascata. Una di queste piccole cose, per esempio, è stata recuperare i soldi che questi pazienti avevano depositati in banca: c'erano pazienti che in manicomio non avevano le mutande e avevano milioni depositati in banca. Attraverso il giudice tutelare abbiamo costituito un ufficio tutela – allora non c'era ancora l'amministratore di sostegno – che gestiva e aiutava i pazienti a rimpossessarsi dei propri soldi

⁴ T. Losavio, C. Paravati, *Acqua e zucchero. A quarant'anni dalla legge Basaglia*, «Confronti», 2018, 7-8, pp. 10-13.

e questo significava dare ai pazienti – aiutati da qualcuno – la possibilità di andare alla Standa a comprare le mutande o andare a Mondo Convenienza e scegliere i mobili che avrebbero arredato la loro stanza. La possibilità di utilizzare le proprie risorse significava sentirsi padroni di quelle cose e non che queste cose, ancora una volta, venivano date loro dall'alto. E portare a fare acquisti un gruppo di 4 persone che avevano vissuto per decenni rinchiusi in manicomio non era facile, e non era facile farlo con gli infermieri che fino ad allora avevano tenuto le chiavi del manicomio. Ma bisognava farlo e questo permetteva il cambio di passo.

Ci sono voluti cinque anni per dimettere le circa seicento persone che ancora erano rimaste in manicomio. E queste persone erano prevalentemente entrate in manicomio da bambini, persone che non avevano più famiglia o che avevano rotto i rapporti con i familiari. C'era inoltre un altro gruppetto di ricoverati che in ospedale psichiatrico venivano chiamati i “malatini”, forse per differenziarli da i “malatoni”, ed erano le persone più istituzionalizzate: lavoravano in ospedale e godevano di alcuni privilegi istituzionali – per esempio molte volte si potevano muovere tranquillamente all'interno dell'istituzione, erano protetti dalle suore, avevano alcuni “privilegi” con cui venivano di fatto “retribuiti” per il loro lavoro, come il pacchetto di sigarette o l'uovo al tegamino preparato dalla suora. Erano le persone che avevano più difficoltà a pensarsi in una vita esterna, perché la vita interna li aveva talmente condizionati e aveva dato loro delle opportunità per cui, tutto sommato, si trovavano bene all'interno dell'istituzione.

Vengono in mente alcuni personaggi – reali – dell'antiromanzo Višera di Varlam Šalomov, quelli che in gulag trovavano un posto e una qualche prospettiva e decidevano di restarci, dopo scontata la pena, perché se il lager era l'«inferno», e se fuori era il «paradiso», «fuori eravamo gli ultimi [...], qui saremo i primi»⁵. Restare dentro per il timore di «entrare fuori», per citare il titolo della vostra Estate romana...

Il nome “entrare fuori e uscire dentro” mi era stato suggerito da uno di questi pazienti, che un pomeriggio, nel parco del Santa Maria della Pietà, mi aveva detto: «Eh, Losavio, tu la fai facile a dimmetterci, ma tu non sai quanto è difficile per noi entrare fuori». Era in ansia al pensiero di poter andare a vivere all'esterno, in una situazione in cui ormai aveva perso qualsiasi punto di riferimento.

Devo dire che in tutto questo, in quegli anni e con quelle amministrazioni comunali, soprattutto con le amministrazioni comunali, il lavoro è stato capito. Non dico che sia stato facile, abbiamo avuto delle difficoltà, sicuramente, ma su queste difficoltà ci abbiamo lavorato, le resistenze erano resistenze modificabili. Mi ricordo, per fare un esempio, che avevamo avuto due appartamenti in un complesso di case popolari a Ottavia, dove evidentemente finivano a vivere fasce marginali di popolazione, e quando queste persone hanno saputo che in due appartamenti ci sarebbero andati a vivere i “matti”, si sono organizzate perché non volevano – comprensibilmente – questo ulteriore “peso” all'interno del comprensorio. Una leader di questa organizzazione di fronda era una ex prostituta, che aveva 3-4 bambini avuti con uomini diversi... Abbiamo iniziato un lavoro di mediazione dicendo loro che, se non li volevano, noi i “matti” non li avremmo portati, ma che prima avrebbero dovuto conoscerli per capire chi erano queste persone, perché “matto” è un termine vago che indica qualcosa che probabilmente non esiste nemmeno. Quindi abbiamo creato questo progressivo avvicinamento con il gruppo delle donne e degli uomini che sarebbero andati a vivere lì, le case si sono aperte, c'è stata una notevole solidarietà da parte dei residenti e le resistenze sono venute meno. Ma per fare questo lavoro c'è voluto tempo e ci sono volute energie. Qualche tempo dopo, un pomeriggio, entrando

⁵ V. Šalomov, Višera. *Antiromanzo*, Milano, Adelphi, 2010, pp. 166-167.

in uno dei nostri servizi territoriali, nel corridoio di un centro di salute mentale, mi sono imbattuto in questa signora che aveva guidato le prime proteste e ho immaginato che fosse venuta a protestare ancora. Iniziai subito a dire che no, non era possibile..., ma lei mi fermò dicendo: «No dotto', non ha capito, io sono venuta a chiedere aiuto per me. E lo sa – mi disse – lo sa con chi stanno i ragazzini miei adesso? Co' le matte». Le matte facevano da baby sitter ai suoi figli mentre lei cercava aiuto.

Ecco, il problema del superamento del manicomio non è soltanto la chiusura del Santa Maria della Pietà, ma la rottura della paura che si ha nei confronti del “matto”, di ciò che non si conosce e non si capisce. E questo mi sembra un aspetto molto attuale in una fase come quella in cui viviamo oggi, in cui si paaventano paure, fantasmi di paure nei confronti di situazioni che non si conoscono.

La paura dei matti – che nasconde spesso una paura più profonda, quella della malattia – sembrava saldarsi, negli anni in cui la riforma psichiatrica del 1978 doveva venir realizzata, con i timori di una società che, privata dell'ospedale psichiatrico, doveva prendersi cura di chi fino ad allora era stato rinchiuso in quanto ritenuto «pericoloso per sé o per gli altri e di pubblico scandalo».

*A pochi mesi dall'approvazione della legge 180, di fronte ai primi attacchi, ai ripensamenti, alle resistenze che venivano frapposte alla sua attuazione, Franca Ongaro spiegò in poche parole il senso della riforma: con essa non si intendeva affatto negare l'esistenza della malattia né, a maggior ragione, sancirne la fine per decreto. La legge stabiliva – in questo stava la sua radicalità – che in Italia non si sarebbe dovuto «rispondere mai più al disagio psichico con l'internamento e con la segregazione»⁶. Franca Ongaro era ben consapevole che per superare il manicomio non sarebbe stato sufficiente «rispedire a casa le persone con la loro angoscia e la loro sofferenza», al contrario, si doveva impedire che il manicomio – con i suoi rapporti di forza, con la condizione di abbandono che ne caratterizzava ospiti e operatori – si ricreasse, in forme diverse, negli ospedali, nelle cliniche, nelle famiglie. In un documentario sulla chiusura del Santa Maria della Pietà intitolato *La mosca bianca*, Adriano Pallotta, un infermiere che attraversò il lungo processo di superamento del manicomio romano, spiegava come il lavoro di de-istituzionalizzazione consistette in un'opera di smontaggio più che di distruzione: smontare il manicomio pezzo per pezzo per comprendere la natura dell'istituzione e per evitare di ricostruirla, anche in altre forme⁷.*

Quanto è concreto il rischio di ritorno all'istituzionalizzazione della malattia e dei malati?

Si è molto speculato su un equivoco, sulla presentazione dell'antipsichiatria come negazione della malattia mentale. La negazione del contenitore (il manicomio) non è mai stata la negazione del contenuto. Nessuno ha mai negato la malattia mentale, anche se, con un'operazione filosofica, Franco Basaglia ha affermato che la malattia mentale andava messa tra parentesi. Ma con questo voleva dire che fino ad allora gli psichiatri e la psichiatria si erano interessati prevalentemente della malattia e molto meno delle persone malate. Questo concentrare l'attenzione sulla malattia aveva comportato la negazione della storia delle persone, la negazione dei rapporti che queste persone avevano o avevano avuto con la loro vita, con la loro famiglia con il loro contesto. Basaglia, affermando che si doveva mettere tra parentesi la

⁶ F. Ongaro, *Storia di una donna che esce dal manicomio*, «La Stampa», 19 settembre 1978, cit. in J. Foot, *La “Repubblica dei Matti”*, p. 282.

⁷ *La Mosca Bianca*, documentario di Tiziana Terranova e Luigi Valenti, con Adriano Pallotta e Alberto Paolini, Centro di Produzione Audiovisivi Università di Roma Tre, 2014.

malattia, sosteneva che gli aspetti fino ad allora trascurati o negati erano, al contrario, dei punti importanti su cui lavorare nel prendersi cura di una persona e non semplicemente nel curarla. Si trattava di un cambio di prospettiva e non di una negazione.

Franco Basaglia sosteneva che la legge 180 non fosse un punto di arrivo ma una tappa di un percorso. Considerava la chiusura del manicomio – di per sé – come un grande successo. Sugli altri aspetti della legge aveva delle perplessità e non ebbe poi il tempo di vedere come la legge venne applicata.

Comunque, Basaglia percepiva il rischio reale e concreto che la *manicomialità* potesse ricrearsi. La manicomialità si ripresenta nel momento in cui un centro di salute mentale invece di essere un centro aperto alla popolazione diventa un ambulatorio psichiatrico in cui l'asimmetria dei rapporti tra curante e curato si accentua di nuovo. La manicomialità si riproduce quando, nei momenti di ricovero necessari e previsti dalla legge, i pazienti vengono legati al letto, le porte vengono chiuse, riproducendo meccanismi che sono quelli tipici della violenza istituzionale. La manicomialità si riproduce nel momento in cui, dal punto di vista operativo, invece di porsi la domanda «che cosa posso fare per questa persona che sta male e per la sua famiglia», ci si chiede «dove lo metto?» e la risposta a questa domanda finisce col ricreare luoghi che, pur non riproducendo l'orrore del manicomio, riproducono segregazione, separazione e processi di tipo istituzionale. Quindi, nel campo dell'assistenza alle persone con disturbi psichiatrici, la possibilità di ricreare manicomialità è immanente e credo sia ineliminabile se i livelli di attenzione e consapevolezza non si mantengono alti. Non è che Franco Basaglia, quando è andato a lavorare a Gorizia, abbia immediatamente distrutto il manicomio, ma aveva la consapevolezza della necessità di superare l'atteggiamento manicomiale, che a questo si dovesse arrivare anche se non era possibile fare tutto subito. Ma Basaglia, come racconta Antonio Slavich in un bel libro su Gorizia uscito da poco⁸, ebbe anche la consapevolezza dei limiti delle soluzioni praticate nel tentativo di cambiare il rapporto asimmetrico tra curante e curato distribuendo il potere: si accorse che la comunità terapeutica di Gorizia – un'esperienza che pure contribuì a sprovincializzare le prassi psichiatriche – non portava al superamento del manicomio ma alla creazione di un manicomio di tipo nuovo. Questa consapevolezza critica di quello che si sta facendo a volte viene offuscata, ancora oggi, da un approccio di tipo tecnologico e da una medicina molto tecnologica che, spezzettando il nostro corpo in mille competenze senza che nessuno sappia più rimettere insieme questi pezzi, impedisce di ricostruire una storia di sofferenza: la nostra sofferenza – non soltanto quella mentale – non è una sofferenza di un pezzetto del nostro corpo, è una sofferenza che è legata alla nostra interezza e ai nostri rapporti con quello che ci circonda. Se si perde di vista questa interezza si rischia di soffermarci nuovamente sulla cura del sintomo e non sulla cura di quello che sta sotto il sintomo. La cura di quello che sta sotto il sintomo, nel nostro campo, modifica enormemente le forme in cui la sofferenza si manifesta.

Dunque mettere la malattia tra parentesi...

Il problema non è quanto essere attenti alla malattia ma essere molto attenti alla sofferenza e a come questa sofferenza si manifesta: se io intervengo su quella sofferenza cambia anche il modo in cui si manifesta e il mio intervento modifica la struttura della malattia che non è altro che l'insieme dei sintomi con cui la malattia si manifesta. Il modo in cui si esprime la sofferenza, soprattutto la sofferenza psichica, la sofferenza mentale, è molto condizionato dal contesto in cui si vive, dalla cultura in cui si vive, dalla possibilità che il modo in cui manifestiamo la nostra

⁸ A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Merano, Edizioni Alpha Beta Verlag, 2018.

sofferenza sia più o meno accolto, accettato e capito, quindi non è soltanto un sintomo è un significante. Una delle forme del disturbo schizofrenico che ho studiato, durante il mio corso universitario, era la schizofrenia catatonica. Oggi catatonico è un termine che si usa in senso generico, la catatonìa era una forma particolare di schizofrenia in cui il paziente era immobile a letto. Era una forma sicuramente legata all'istituzionalizzazione, una forma di schizofrenia che oggi non si vede più: è scomparsa, e non certo perché esista un vaccino contro la catatonìa. È scomparsa perché queste classificazioni diagnostiche sono precarie e di questa precarietà diagnostica dobbiamo essere consapevoli. Possiamo cercare di classificare questi disturbi e utilizzare queste classificazioni diagnostiche ma sapendo che comunque a queste classificazioni non possono corrispondere quadri anatomopatologici equiparabili a quello, ad esempio, della polmonite.

Senza una grande attenzione alla sofferenza si instaura un rapporto tra curante e curato basato sulle procedure stabilite dal manuale della classificazione internazionale della patologia: a questo sintomo si dà questa risposta, che può essere il medicinale ma può essere anche la psicoterapia, non fa molta differenza da questo punto di vista.

Quello che voglio dire, in fondo, è che il manicomio si riproduce non solo nelle strutture ma anche nella cultura che produce quelle strutture. Il vecchio manicomio aveva la sua giustificazione in una cultura scientifica che considerava la malattia mentale come una malattia cronica, inguaribile, pericolosa. I due aspetti sono profondamente legati: il manicomio non è soltanto il paziente legato ma è la cultura che determina e giustifica la contenzione.

Le esperienze che prima e oltre la legge 180 hanno messo in discussione il manicomio e un modo di intendere e fare psichiatria – penso a Gorizia (dal 1961), a Parma e Perugia (dal '65), ad Arezzo (dal '68), a Ferrara e Trieste (dal '71) – si sono misurate costantemente con la consapevolezza che il superamento del manicomio dovesse passare per il superamento delle «asimmetrie primarie» determinate dai rapporti di forza e di potere, prima fra tutte quella tra «sapere medico e ansia del malato»⁹. Dove finisce l'asimmetria opprimente e dove si esercita, per così dire, l'intervento di cura – che non può prescindere da un'asimmetria sul piano delle conoscenze?

Questo introduce un tema trasversale, che è il tema della tutela. Sono convinto che un'organizzazione sociale sia tenuta a tutelare i soggetti deboli, i soggetti fragili. Che cosa succede spesso? Che la tutela invece di essere una forma tendente all'emancipazione diventa di per sé oppressiva. Faccio un esempio per capirci. Noi siamo tenuti a tutelare i nostri figli e questa tutela è graduata man mano che i nostri figli acquistano competenze. Se si tutela un figlio di 8 anni come se avesse sei mesi si fa un'azione di violenza. La tutela è legata alla possibilità di acquisire competenze da parte del soggetto tutelato, di conseguenza l'esercizio della tutela si riduce progressivamente. Con le persone fragili – e in questo caso le persone fragili sono le persone che in alcuni momenti della loro vita a causa della loro sofferenza possono andare incontro a situazioni di grande difficoltà – io ho l'obbligo di esercitare una tutela che sia però una tutela emancipativa, una tutela che dia strumenti di autonomia e diritti. La tutela del manicomio, invece, sopprimeva diritti e cittadinanza. La tutela avviene anche attraverso le competenze, le persone che hanno fatto la distruzione del manicomio sono persone che hanno studiato moltissimo, e non hanno studiato solo psichiatria. L'autorevolezza è legata anche alle competenze, oggi spesso si mettono in discussione le competenze e quindi si mettono in discussione le capacità di tutela emancipante.

⁹ A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi*, pp. 198-199.

Giornaledistoria.net è una rivista elettronica, registrazione n° ISSN 2036-4938. Il copyright degli articoli è libero. Chiunque può riprodurli. Unica condizione: mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.giornaledistoria.net.

Condizioni per riprodurre i materiali --> Tutti i materiali, i dati e le informazioni pubblicati all'interno di questo sito web sono "no copyright", nel senso che possono essere riprodotti, modificati, distribuiti, trasmessi, ripubblicati o in altro modo utilizzati, in tutto o in parte, senza il preventivo consenso di Giornaledistoria.net, a condizione che tali utilizzazioni avvengano per finalità di uso personale, studio, ricerca o comunque non commerciali e che sia citata la fonte attraverso la seguente dicitura, impressa in caratteri ben visibili: "www.giornaledistoria.net". Ove i materiali, dati o informazioni siano utilizzati in forma digitale, la citazione della fonte dovrà essere effettuata in modo da consentire un collegamento ipertestuale (link) alla home page www.giornaledistoria.net o alla pagina dalla quale i materiali, dati o informazioni sono tratti. In ogni caso, dell'avvenuta riproduzione, in forma analogica o digitale, dei materiali tratti da www.giornaledistoria.net dovrà essere data tempestiva comunicazione al seguente indirizzo redazione@giornaledistoria.net, allegando, laddove possibile, copia elettronica dell'articolo in cui i materiali sono stati riprodotti.