

La riforma psichiatrica e Franco Basaglia

Introduzione

di Milena Cossetto



Hanno collaborato:

Daniela Bolelli
Milena Cossetto
Emmanuela Diodà
Stefano Gallevi Bolelli
Grazia Andric
Associazion:
"Alma Karlin"
"Il Nostro Spazio-
Ein Platz fuer uns"

La riforma psichiatrica del 1978

Il contesto culturale nel quale maturò la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica
La legge 180: tre punti fondamentali
Conseguenze

di Daniela Bolelli



Breve storia delle terapie psichiatriche

di Daniela Bolelli



Breve storia dell'assistenza psichiatrica in Tirolo nel XIX e XX secolo

La storiografia
L'assistenza psichiatrica nell'Impero d'Austria
Il manicomio di Hall (1933)
Il manicomio di Pergine Visugana
Un capitolo dimenticato della storia sudtirolese
La colonia agricola di Stadio
Il Manicomio di Pergine dal dopoguerra alla Legge 180

di Milena Cossetto



Testimonianze

di a cura di Milena Cossetto



I servizi e le strutture per la sofferenza psichica nella provincia di Bolzano

di Emmanuela Diodà



Glossario



Introduzione

Milena Cossetto

La storia di questo “dossier” articolato in due fascicoli uno dedicato alla Legge 180 del 1978 (*La riforma psichiatrica e Franco Basaglia*), l'altro ad *Un'esperienza di educazione sanitaria nella scuola elementare sul tema della follia*, ha radici antiche. Da un lato si tratta di una risposta articolata alle esigenze espresse dalle scuole secondarie e dall'università (e non solo) di poter fruire di materiali di carattere storico-culturale

in lingua italiana sulle problematiche legate al disagio psichico e alle specifiche vicende vissute nella Provincia di Bolzano; dall'altra l'emergere di un vasto campo di indagine storica, sconosciuto fino agli ultimi decenni del Novecento ed oggi oggetto di un grande progetto di ricerca transfrontaliero (*Alla ricerca delle menti perdute*), a cui “STORIAE” aveva dato voce, pubblicando nel n. 1 del 2004 ampi stralci dal libro di H. Interhuber, *Uccisi e dimenticati*, edito dal Museo Storico in Trento, dedicato all'attuazione del “programma eutanasia” in Tirolo ad opera dei nazisti.

E' dagli anni Settanta che la Provincia di Bolzano ha scoperto, in modo non indolore, la complessità della sofferenza psichica e la storia delle forme di emarginazione della follia e la storia dei sistemi di cura dei malati psichici in Sudtirolo. Non aver mai avuto nel proprio territorio un manicomio era divenuto un alibi per eludere il problema del “che fare” per la sofferenza psichica. Le persone che soffrivano di disturbi psichici vivevano chiuse in casa, sopportate con fatica e spesso anche con vergogna dai parenti e dal vicinato, o erano costrette al ricovero ad Hall (in Austria) o a Pergine, nel Trentino, vivendo una doppia condizione di emarginazione come malati e “stranieri”.

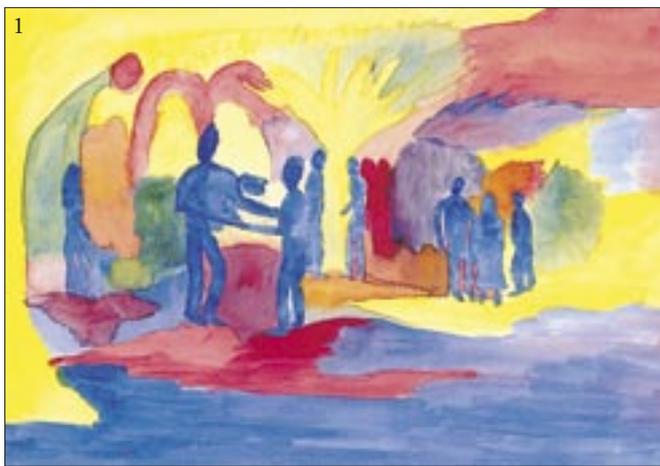
Dalla memoria di molti sudtirolesi riemergeva poi, avvolto nella “nebbia della rimozione”, il ricordo del “programma eutanasia”, portato avanti con precisione scientifica dal nazismo anche nel territorio dell'attuale Provincia di Bolzano all'indomani delle opzioni del 1939. Per la coscienza collettiva questi episodi rappresentano ancora oggi un “terribile segreto” celato nei meandri più tortuosi del comune passato. Negli anni Settanta si apre la stagione delle grandi riforme, si aprono le strade alla convivenza pacifica e alla collaborazione tra i diversi gruppi linguistici e comincia a snodarsi il contorto itinerario che ha condotto la Provincia di Bolzano all'autonomia amministrativa. Tutto ciò ha rappresentato an-

che per l'assistenza psichiatrica altoatesina un salto di qualità, ma la logica dell'esportazione della sofferenza psichica fuori dai confini della Provincia ha rallentato il processo di riforma. Giuseppe Pantozzi, funzionario dell'Assessorato alla Sanità della Provincia proprio negli anni Sessanta, riferisce però come fin dal 1964 la Giunta Provinciale avesse avviato una sua “riforma psichiatrica”, con la consulenza di psichiatri austriaci, giungendo alla

risoluzione di costruire un ospedale psichiatrico in Provincia di Bolzano, con pochi posti letto (120). La realizzazione del progetto però fu interrotta a causa dell'aspro dibattito in corso a livello nazionale tra gli ambienti anti-manicomialisti e le posizioni più moderate. La Giunta Provinciale di Bolzano istituì quindi una commissione per riesaminare la situazione e si giunse alla deci-

sione di avviare un progetto basato sui “Centri di salute mentale”, dislocati sul territorio. Per “Centri di salute mentale” la commissione intendeva istituzioni sul territorio, promotrici di azioni coordinate preventive, dispensariali educative, riabilitative e residenziali. Rimaneva il grosso problema del reperimento del personale e della sua formazione. Bolzano richiese a Trento, data la lunga esperienza del manicomio di Pergine, di poter avere del personale già con esperienza nel campo della malattia psichica, da poter formare per le nuove istituzioni territoriali. Trento non acconsentì. Nello stesso periodo a livello nazionale fu approvata la Legge n. 431 del 1968, che consentiva il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza perdere i diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e l'Ospedale Psichiatrico a qualsiasi altro ospedale, istituiva i Centri di igiene mentale (primo nucleo dello sviluppo territoriale dei servizi psichiatrici) e aumentava i finanziamenti per l'assunzione di medici e di personale infermieristico.

La Provincia di Bolzano approvò in seguito la legge provinciale 25 agosto 1976 n. 37 che affidava la componente residenziale agli ospedali generali e potenziava gli aspetti sociali e assistenziali. La legge venne approvata nella convinzione che in cinque anni di lavoro e di formazione del personale si sarebbero acquisite esperienze tecniche tali da avviare un sistema in grado di far



1. Stefano M., acquarello, *Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns*, Bolzano 1993-94.

fronte alle esigenze dell'assistenza. *E, soprattutto* – prosegue Pantozzi – *si sarebbe condotta una campagna di informazione verso la popolazione, con lo scopo di accentuare la sua sensibilità verso i problemi psichiatrici, veramente scarse, quasi assente; era in questa carenza di ordine spirituale il motivo del deserto psichiatrico, ancor più che nell'immobilismo delle amministrazioni del passato* (“*Apis*”, n. 3, 1998, p. 31). La legge 180 del 13 maggio 1978 (la cosiddetta “legge Basaglia”) interruppe il processo in atto in Alto Adige e aprì nuove prospettive, anche se non mancarono accessi discussioni, situazioni problematiche e aperti conflitti.

Alla metà degli anni Settanta Franco Basaglia era giunto a Bolzano a tenere una conferenza sulla sua esperienza a Gorizia e a Trieste: la sala della Biblioteca dell'Alto Adige (all'ultimo piano della vecchia sede del quotidiano situata in Lungo Talvera San Quirino) era affollata non solo da specialisti della psichiatria, ma anche da giovani studenti (molti dei quali sono gli psichiatri di oggi), familiari e operatori socio-sanitari interessati a scoprire cosa stesse cambiando non solo nella psichiatria, ma anche e soprattutto nella mentalità, nella cultura dell'accoglienza della diversità. Nella visione “profetica” della caduta dei muri che separano, tradotta poi a Gorizia e Trieste con l'apertura dei cancelli dei manicomi, non c'era la negazione della malattia, ma l'idea che la sofferenza psichica fosse qualcosa di cui tutti dovevano “farsi carico” e che solo con la partecipazione attiva, il confronto, il dialogo, la scoperta della persona e non del “sintomo”, il rispetto della dignità di ognuno, si potevano aprire concrete “vie di guarigione e di integrazione”.

La strada è stata oltremodo complessa, contraddittoria, tortuosa, proprio perché si trattava di un radicale mutamento di mentalità, di sguardi e di prospettive i cui risultati spesso erano talmente piccoli da rendersi invisibili. La Provincia di Bolzano ha faticato molto a trovare consenso per investire nella “nuova psichiatria”, dovendo affrontare le paure e i pregiudizi del mondo contadino di montagna, della nascente industria turistica, della diffusa mentalità paternalistica e della specificità tutta “italiana” del nuovo modello di assistenza psichiatrica e di riforma sanitaria.

Il *Lab*doc storia/Geschichte* dell'Intendenza Scolastica Italiana, sollecitato dalle richieste delle diverse

scuole superiori che preparano alle professioni sociali, ad affrontare la storia dei servizi per la salute mentale, la loro genesi e il loro sviluppo, le trasformazioni sociali, culturali, organizzative che hanno segnato il Novecento (data anche la complessità e specificità dello sviluppo locale di questo settore) ha quindi elaborato un



progetto di ricerca e di studio, durato dal 2008 al 2010, date emblematiche: a trent'anni dalla Legge 180 e a trent'anni dalla morte di Franco Basaglia (1980), sfociato in questo doppio *dossier* di “STORIA E”. Grazie alla preziosa collaborazione della dott.ssa Daniela Bolelli, psichiatra e psicanalista, con una ricca esperienza di formazione dei docenti e di lavoro nelle scuole della Toscana nell'ambito dell'educazione sanitaria sul tema della follia e di Emanuela Diodà, assistente sociale coordinatrice presso il Centro di Salute Mentale di Bolzano, con una lunga e ricca esperienza di lavoro nelle strutture del Servizio Psichiatrico locale e con una vasta attività in collaborazione con le associazioni di volontariato, la Caritas del Triveneto, i distretti sociali e sanitari e le istituzioni scolastiche in relazione alle problematiche psichiatriche, ideatrice e presidente dell'Associazione di volontariato per la salute mentale *Il Nostro Spazio-Ein Platz für uns* di Bolzano abbiamo realizzato questo materiale storico-didattico per le scuole secondarie con documenti e riflessioni sul contesto culturale in cui è maturata la riforma dell'assistenza psichiatrica in Italia, una breve storia delle terapie psichiatriche, una storia della psichiatria nell'Ottocento e nel Novecento in Titolo, Alto Adige e Provincia di Bolzano, e una articolata descrizione dei servizi e delle strutture per la sofferenza psichica che offre oggi la Provincia di Bolzano. Il secondo dossier, invece, raccoglie la descrizione dell'esperienza di educazione sanitaria nelle scuole elementari sul tema della follia realizzata in Toscana, i testi e i materiali proposti e prodotti dai bambini ed alcune storie illustrate utilizzate come base per l'animazione teatrale con i bambini (*Le sette storie di Marione Senzabuccia* e *C'era una volta il manicomio*) ideate dalla stessa dottoressa Daniela Bolelli ed illustrati da Maria Torrigiani. Questa esperienza rappresenta una tappa fondamentale della “rivoluzione Copernicana” che negli ultimi trent'anni ha rovesciato il modo di pensare e di agire rispetto al disagio psichico e alla promozione della salute mentale per tutti.

2. Lorenzo Viani, *La vergine pazza*, olio su cartone, 1929 circa.

3. Margit Oberrauch, *Gesichte (volti)*, olio su tela, Bolzano 2004, collezione privata.

4. Lo psichiatra Franco Basaglia.

La riforma psichiatrica del 1978

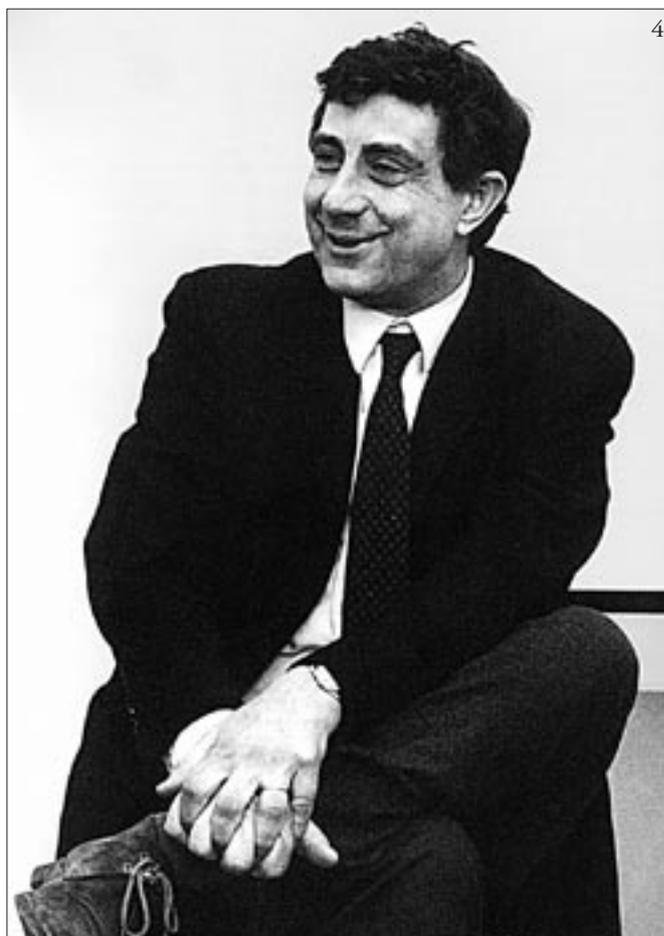
Daniela Bolelli

Il contesto culturale nel quale maturò la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica

La legge n.180 del 1978 alla quale comunemente ci si riferisce come alla “legge che ha chiuso i manicomi” viene di solito chiamata legge Basaglia perché fu ispirata dal pensiero di questo psichiatra che acquistò grande notorietà attraverso importanti pubblicazioni, ma soprattutto a causa di una pratica clinica tesa a restituire ai malati mentali, anche i più gravi, la dignità di persone, esercitata prevalentemente nell'ospedale di Gorizia e Trieste.

Tra le sue pubblicazioni la più nota è senza dubbio quel rapporto da un ospedale psichiatrico, uscito a sua cura nel 1968 con il titolo “L'istituzione negata”. Il pensiero e la pratica di Basaglia dettero vita a un movimento antiistituzionale e antipsichiatrico che aveva molti punti in comune con analoghi movimenti sorti in altri paesi, ma che se ne differenziò per l'incisività della critica politica che riuscì a promuovere e per la maggior coerenza operativa (scheda 1).

Basaglia conosceva bene le esperienze di gestione alternativa dell'assistenza manicomiale condotte nelle comunità terapeutiche inglesi a partire dagli anni 50 e i pensatori dell'antipsichiatria (Laing,



Franco Basaglia: cenni biografici

Franco Basaglia, libero docente in psichiatria, nel 1961 inizia a dirigere l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia dove inaugura quel radicale cambiamento del lavoro istituzionale che lo ha caratterizzato agli occhi del mondo. Si ispira al modello della Comunità Terapeutica di Maxwell Jones istituendo assemblee di reparto e plenarie e rivoluzionando la vita ospedaliera organizzando feste, laboratori artistici, gite al di fuori delle mura ospedaliere. Bandisce l'elettrochoc e la contenzione considerandoli metodi repressivi e non terapeutici. Per un breve periodo dirige l'ospedale psichiatrico di Colorno ed approda nel 1971 a quello di Trieste dove opera un drastico ridimensionamento dei reparti per lavorare in maniera incisiva sul territorio circostante. Ritiene infatti che l'esperienza di umanizzazione e ristrutturazione interna della Comunità Terapeutica non sia sufficiente, ma si debba mettere in discussione l'esistenza stessa dell'istituzione per arrivare a chiuderla e, soprattutto lavorare sul territorio attraverso la creazione di una rete di servizi esterni che contrastino la richiesta di nuovi ricoveri e provvedano alle necessità di cura ed assistenza dei dimessi. Negli anni immediatamente successivi mette in piedi la prima esperienza lavorativa riconosciuta giuridicamente che coinvolge prima i degenti dell'ospedale psichiatrico e poi gli utenti dei servizi territoriali. Nel 1973 fonda insieme ad altri il movimento di Psichiatria Democratica che raccoglie tutti coloro che, in varie parti di Italia, si impegnano a promuovere esperienze di psichiatria alternativa. È da queste esperienze e dall'impegno indefesso anche politico di Basaglia che nel 1978 viene approvata dal Parlamento, quasi all'unanimità, la legge quadro n. 180. Nello stesso anno Basaglia lascia la direzione delle strutture triestine a un suo collaboratore e va a Roma con l'incarico di coordinatore dei servizi psichiatrici del Lazio, ma nell'estate del 1980 muore improvvisamente. Sarà la moglie Franca Ongaro che da sempre ha collaborato alle sue iniziative che curerà la pubblicazione di molti suoi scritti.



Cooper, Esterson (scheda 2) come anche il movimento francese di Psicoterapia Istituzionale e il rinnovamento assistenziale determinato dalla cosiddetta psichiatria di settore.

L'organizzazione comunitaria inglese fondava la vita istituzionale sulla responsabilizzazione reciproca dei degenti e del personale con l'intento di instaurare rapporti paritari e ispirandosi alla tolleranza e a principi umanitari. È da notare che la tolleranza, l'umanità fino ad ispirare l'apertura delle porte degli ospedali, erano già stati sperimentati un secolo prima da studiosi illuminati (Vincenzo Chiarugi in Italia, Pinel in Francia e Conolly in Inghilterra tanto per citare le personalità maggiormente significative) che avevano sviluppato nuovi e alternativi metodi di cura basati sul rispetto della persona del malato come il cosiddetto "trattamento morale" (scheda 3). Ma nelle comunità terapeutiche si fece qualcosa in più in quanto fu tentata un'organizzazione dell'intero ospedale in chiave democratica. In pratica l'intera vita comunitaria veniva organizzata sulla base di riunioni assembleari.

In Francia con la denominazione di psichiatria di settore veniva indicato un particolare modello di organizzazione della relazione tra l'assistenza psichiatrica manicomiale e quella decentrata sul territorio. Esso comportava che l'ospedale

Scheda 2

Sotto il nome di antipsichiatria venivano raggruppate una serie di tendenze che si opponevano ai dogmi della scienza psichiatrica tradizionale. In Inghilterra R.D. Laing aveva scritto nel '59 "L'io diviso" e "L'io e gli altri" due studi nei quali analizzava la lacerazione interiore dello schizofrenico e le relazioni interpersonali in situazioni spinte all'estremo in quella che è considerata la vita quotidiana "normale". Essi costituirono le fondamenta che lo portarono poi, nel 1967, a quella denuncia delle coercizioni che la società borghese impone agli individui che è il suo scritto "La politica dell'esperienza". In questo libro arrivò a sostenere che "l'esperienza ed il comportamento etichettati come schizofrenici costituiscono la strategia speciale che una persona inventa allo scopo di vivere in una situazione in cui non può vivere". David Cooper nella "Morte della famiglia" (1971) denunciò l'influenza alienante della famiglia della società capitalista. Essa rappresenterebbe un potente mezzo di condizionamento ideologico: "La famiglia, nella sua funzione di socializzazione primaria del bambino, gli instilla più controlli sociali di quanti evidentemente egli non abbia bisogno per farsi strada nella corsa ad ostacoli disposta dagli agenti extrafamiliari dello stato borghese... In effetti la prima cosa che insegna al bambino non è come sopravvivere alla società, ma come sottomettersi ad essa".

psichiatrico venisse diviso in unità di cura che erano disponibili all'osservazione e alla terapia in regime di degenza di malati provenienti da una particolare zona geografica, al contempo nelle varie zone venivano costruite strutture psichiatriche ambulatoriali servite dallo stesso personale che lavorava nel "settore", allo scopo di seguire i pazienti dimessi abbinati a controlli del loro stato di salute e delle terapie somministrate.

Ma secondo Basaglia era necessaria alla psichiatria più che una riorganizzazione una vera e propria rivoluzione concettuale. Infatti si trattava innanzitutto di demistificare la sua falsa neutralità in quanto scienza e denunciare la pratica di segregazione svolta dagli psichiatri che non mettevano in discussione il ruolo a loro assegnato di custodi dell'ordine sociale, ma, al contrario, lo svolgevano supinamente all'insegna della cura (scheda 4). Egli riteneva che gli operatori psichiatrici dovessero impegnarsi a far venire alla

Scheda 1

Scriva Basaglia nella presentazione a *L'Istituzione negata* (1968):

"Il rovesciamento di una realtà drammatica ed oppressiva (il manicomio), non può dunque attuarsi senza una violenza polemica nei confronti di ciò che si vuole negare, coinvolgendo nella critica i valori che consentono e perpetuano l'esistenza di una tale realtà. Per questo il nostro discorso antiistituzionale, antipsichiatrico (cioè antispecialistico) non può mantenersi ristretto al terreno specifico del nostro campo di azione. La polemica al sistema istituzionale esce dalla sfera psichiatrica, per trasferirsi alle strutture sociali che lo sostengono, costringendoci ad una critica della neutralità scientifica, che agisce a sostegno dei valori dominanti, per diventare critica ed azione politica." (pag. 7).

luce le contraddizioni del sistema individuate come elemento aggravante e/o concausa dell'insorgenza della malattia mentale. È qui opportuno precisare che, contrariamente a quanto comunemente si ritiene, non fu mai sostenuto da Basaglia e dai suoi collaboratori che la malattia mentale non esiste. Una tale asserzione ha rappresentato verosimilmente una estremizzazione funzionale alla lotta all'istituzione manicomiale che non si ritenne necessario e forse nemmeno utile smentire dal momento che accendeva il dibattito, ma che ha finito poi per rappresentare un ostacolo alla pratica terapeutica una volta varata la legge di riforma. Infatti soprattutto alcuni operatori meno culturalmente preparati si arroccarono su posizioni ideologiche trascurando di coltivare gli

aspetti più strettamente tecnici per operare unicamente a livello socioambientale. La negazione della malattia psichica prese lo spunto dalla critica alla concezione della malattia mentale intesa come malattia dell'organo cervello. Attribuire la malattia a un'anomalia cerebrale portava a non considerare gli aspetti relazionali del soggetto che ne era affetto e quindi l'influenza che poteva avere sul suo sviluppo e la sua evoluzione il contesto socioambientale; la diagnosi psichiatrica diveniva nella sua essenza fondamentale un giudizio sia di devianza, in quanto prendeva in esame unicamente il comportamento di violazione delle regole sociali operato dal malato, sia di valore della persona.

Dalla critica del ruolo dello psichiatra promossa

Scheda 3

All'inizio dell'Ottocento la cura delle malattie mentali affiancava ai trattamenti medici tradizionali, peraltro assai scarsi: purghe salassi diete, anche misure educative e rieducative in conformità con i modelli di educazione in vigore dopo la rivoluzione illuministica che miravano a una severa disciplina della mente. Lo scopo perseguito con i malati di mente era quello di sottomettere la volontà del malato e piegarne le inclinazioni sbagliate. Isolamento e restrizioni fisiche, lavoro forzato e minacce vennero utilizzate fino a che non vennero proposti metodi meno repressivi e più umanitari che si proponevano analoghi scopi rieducativi, ma attraverso la persuasione e un trattamento che invitasse all'autodisciplina e all'autorepressione. Questi nuovi metodi andarono sotto il nome di "trattamento morale" perseguito in Italia da Vincenzo Chiarugi e in Francia da Philippe Pinel che, in nome di esso, iniziò a togliere le catene ai malati di mente. Nella seconda metà dell'Ottocento il trattamento morale venne accantonato in quanto la concezione della malattia mentale come deviazione della volontà e della morale e quindi rieducabile, venne soppiantata da una concezione di processo morboso che rientrava nel grande sviluppo del metodo anatomo clinico e della medicina che si ebbe in quell'epoca. Lo sviluppo del pensiero positivista in medicina indusse a considerare anche la malattia mentale come affezione di un organo. Il metodo di osservare e classificare portò alla distinzione delle diverse forme morbose, ma con essa a uno spostamento dell'attenzione dal paziente alla forma morbosa stessa che portò a trascurare l'aspetto umano e la storia del malato e, sul piano gestionale, a una nuova chiusura dei manicomi in nome della scienza medica che definiva certe malattie come progressive e incurabili (pag. 8).



Scheda 4

A questo proposito sono molto chiare le parole di Basaglia ne *L'Istituzione negata* (pag. 117):

"Non ci resta che rifiutare l'atto terapeutico qualora tenda solo a mitigare le reazioni dell'escluso nei confronti del suo escludente. Ma per far questo bisogna che noi stessi - gli appaltatori del potere e della violenza - prendiamo coscienza di essere a nostra volta esclusi, nel momento stesso in cui siamo oggettivati nel nostro ruolo di escludenti."

5. Un corridoio dell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia.

6. Emilio Poli (ex guardarobiere del San Lazzaro). *Ritratti di donne degenti*, 1892 circa.

da Basaglia e dal suo gruppo derivava che il lavoro terapeutico assistenziale doveva essere subordinato a un lavoro preventivo teso a rivalutare i diritti delle persone, quindi di natura politica cosicché venivano considerati indispensabili gli interventi tecnico politici sia nelle scuole, che però non dovevano avvenire su domanda e agli ordini delle autorità scolastiche, sia nelle fabbriche a seguito di una richiesta degli operai che venivano sensibilizzati a questo scopo.

Di conseguenza, successivamente, la cura doveva coinvolgere la famiglia e il contesto sociale di riferimento del paziente. Veniva inoltre giudicato necessario che gli interventi di cura dovessero essere dissociati da quelli della forza pubblica nel caso dei ricoveri obbligatori.

Il lavoro terapeutico doveva mirare a collegare il processo di guarigione alla presa di coscienza da parte tanto del paziente quanto del suo gruppo di riferimento, negli eventuali conflitti di cui soffrivano sia sul piano personale sia su quello sociale.

Sulla base di questi principi era inevitabile pensare alla necessità di svuotare i manicomi dei quali era già stata sottolineata da molti l'incapacità di curare e come al contrario, favorisse la sofferenza psichica. Già Goffman nel 1961 nel suo libro *Asylums* aveva descritto quella che definì sindrome da istituzionalizzazione (scheda 5). Basaglia va oltre e parla della necessità di distruggerli: "il contatto diretto con la vistosa condizione di violenze, sopraffazioni e soprusi richiede la violenza al sistema che li produce e li



Scheda 5

Il lungo soggiorno in una istituzione totale, un'istituzione che regola l'intera vita del paziente che non può decidere di allontanarsene come tipicamente avviene nelle prigioni e nei manicomi, provoca degli effetti nocivi. Lo studio di E. Goffman "Asylums" descrive i meccanismi dell'esclusione e della violenza delle istituzioni totali e segnala la sindrome da istituzionalizzazione che colpisce le persone che sono costrette a vivere in queste condizioni e che prescinde dalla malattia che ha portato al ricovero. Tra questi meccanismi sono da segnalare la progressiva perdita dell'individualità determinata dalla riduzione degli oggetti personali a disposizione, dal non poter decidere del proprio abbigliamento sostituito da una divisa che impedisce distinzioni, dall'adeguamento a un ritmo di vita predeterminato, sempre uguale, e oltretutto deciso da altri e dalla costrizione a ridurre la molteplicità dei ruoli che ogni persona ordinariamente assume in successione nel tempo e anche contemporaneamente. Soggiornare a lungo in una istituzione induce nel tempo all'identificazione immutabile negli anni con un unico ruolo, rigido e obbligato con il quale si è riconosciuti; nel nostro caso con quello di malato di mente oltretutto connotato in maniera assai negativa. Le conseguenze sono quelle di rafforzare e sclerotizzare le anomalie del comportamento che giustificano l'unico ruolo ormai possibile e di far perdere la possibilità di esprimere la ricchezza ed unicità della personalità del singolo. Progressiva chiusura in sé stessi, riduzione dell'iniziativa fino ad una totale apatia, dipendenza, regressione a comportamenti infantili sono le principali caratteristiche di questa sindrome alle quali si possono aggiungere sintomi particolari quali comportamenti stereotipati, cioè che si ripetono meccanicamente sempre uguali, e veri e propri deliri di tipo consolatorio, cioè dei convincimenti errati, ma irriducibili, che si sovrappongono alla patologia iniziale e sono indipendenti da essa.

permette: o si è complici, o si agisce e si distrugge." Cosicché oltre al lavoro interno all'ospedale si dà il via ad un'attiva politica di dimissioni che, da esperienza pilota di alcuni manicomi come a Gorizia e Reggio Emilia, dopo la promulgazione della legge, diventerà obiettivo istituzionale di molte regioni.

Quindi la legge viene promulgata dopo che per circa venti anni in Italia, in ambito psichiatrico, si è aperto un dibattito sull'emarginazione del paziente affetto da malattia mentale e sull'utilità o meno della sua segregazione per farne oggetto di cure spersonalizzanti che non si riferiscono alle sofferenze relazionali di persone inserite in un contesto sociale quasi sempre implicato, se non direttamente responsabile, di tali sofferenze. In molte regioni si erano tentate alcune esperienze di cura ispirate a queste nuove idee utilizzando quegli ambulatori extraospedalieri che erano stati creati come dispensari farmacologici decentrati



degli ospedali psichiatrici in funzione del controllo dei pazienti dimessi, ma che cominciavano anche a diventare riferimento ambulatoriale per la nuova utenza, i cosiddetti *Centri di Igiene mentale*, istituiti dalla legge Mariotti nel 1968, successivamente chiamati *Centri di salute mentale* spostando l'accento sulle finalità preventive. Ma nella maggior parte delle regioni, soprattutto del sud, il mondo della psichiatria non veniva toccato altro che marginalmente da queste idee innovative.

La legge 180: tre punti fondamentali

Tre sono i punti fondamentali sanciti dalla legge di riforma psichiatrica del 1978:

Il primo recita precisamente che “gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri”.

Da qui nascono i nomi di “*Psichiatria di territorio* e di “*servizi psichiatrici territoriali*” validi ancora oggi. La legge 180 in realtà non dispone in maniera esplicita la chiusura dei manicomi che però diventerà una diretta conseguenza delle sue prescrizioni, bensì impone che la cura psichiatrica debba avvenire abitualmente in servizi diversi da quello ospedaliero, intendendo con questo limita-

re al massimo la pratica di allontanare il malato dal suo contesto ambientale, partendo dal principio che i problemi debbano essere affrontati preferibilmente là dove sorgono. Questa indicazione sottende l'accettazione della teoria che all'origine della sofferenza psichica vi è un'insieme di cause di varia natura che rimandano a fattori biologici, costituzionali e ereditari, ma anche psicologici e sociali, cioè quella che viene detta eziologia biopsicosociale della malattia mentale. Con la prescrizione di curare il malato nell'ambiente di appartenenza si riconosce che questi ultimi due fattori sono così importanti da obbligare a tenerne conto per poter mettere a punto qualsiasi intervento sia esso curativo che di prevenzione e di riabilitazione.

Quindi la cura “di norma”, cioè nella maggior parte dei casi, dovrà essere effettuata fuori dagli ospedali. In questo primo punto non si fa distinzione tra ospedali generali e ospedali psichiatrici o manicomi, ciò che preme sottolineare è che la cura in regime di ricovero può essere soltanto evento straordinario. Se ci pensiamo bene non si fa che considerare la malattia mentale alla stregua di qualsiasi altra malattia che prima, potremmo dire “di norma”, viene affrontata nell'ambulatorio del medico di base ed eseguita a domicilio e, soltanto in particolari situazioni, con l'ospedalizzazione. Cessa pertanto il regime speciale adottato in precedenza per i malati psichici che fruivano di un circuito particolare di cure diverso da quello previsto per tutte le altre malattie.

Con questo stesso spirito va letto il secondo punto che tratta le condizioni di ricovero.

Esso prescrive che “non si possono istituire negli Ospedali Generali divisioni o sezioni neurolo-

7. Foto appartenente al servizio fotografico di M. Strobl realizzato nel 1910 nel Frenocomio triestino San Giovanni, sorto da pochi anni.

8. Roberto Solbitani – “Lettera dall'ex ospedale psichiatrico San Giovanni”, Trieste, 1985. Sequenza di dieci fotografie in parte pubblicate in *Trouver Trieste. Visages, paysages*, testo di Italo Zannier, Electa, Milano, 1985.



giche o neuropsichiatriche” e il ricovero a prescindere dal consenso ad esso del paziente detto *trattamento sanitario obbligatorio*, è attuato su proposta di un medico, convalidato da un medico di struttura pubblica e per ordine del Sindaco. La degenza avviene in appositi *servizi chiamati di diagnosi e cura, SPDC*, che non devono superare i 15 posti letto e devono essere funzionalmente collegati in forma dipartimentale con gli altri servizi psichiatrici territoriali.

Questo secondo punto sarà il più controverso e di difficile attuazione. Analizziamolo in tutte le sue parti. Innanzitutto il divieto di istituire divisioni neuropsichiatriche negli Ospedali Generali. È evidente il timore che la malattia mentale divenga nuovamente oggetto di un trattamento “speciale” nel senso di diverso rispetto a quello di ogni altra malattia e quindi fonte di emarginazione per chi ne è portatore. Per evitare l'emarginazione si vieta la costituzione di luoghi separati di cura per i malati psichici che fanno richiesta spontanea di ricovero. Essi dovranno essere accettati nei reparti di medicina generale così come gli altri malati.

Ma in alcuni casi la malattia psichica non è riconosciuta da chi ne è portatore che non si riconosce malato. In questi casi talora la situazione si presenta tale da necessitare di cure da effettuare sen-

za il consenso del malato, in regime ospedaliero, ed allora, anche se si tratta di un numero limitato di casi, è necessario allestire degli spazi di cura negli Ospedali Generali che vengono chiamati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPAC). Di essi viene definita la limitatezza, non più di 15 posti letto, proprio per evitare che vengano utilizzati non soltanto nei casi di stretta necessità e non diventino possibili contenitori da usare indiscriminatamente nei confronti di tutti coloro che soffrono di una malattia mentale, preservando i reparti medici dall'obbligo di ospitare coloro che ne sono affetti in forma più lieve.

Succede però che per lungo tempo e in molte regioni di Italia non sarà così.

Se per quella parte di utenza che, come dicevamo, non ha coscienza di malattia e pertanto rifiuta le cure pur soffrendo di una grave forma di malattia mentale, è previsto un trattamento in regime di obbligatorietà come anche in precedenza avveniva, le modalità adesso sono assai diverse e tali da farne un provvedimento ispirato maggiormente all'interesse del malato che alla difesa della società.

A questo punto è importante ricordare cosa succedeva in precedenza nel caso di crisi acuta dei pazienti senza consapevolezza di malattia per valutare la portata innovativa della legge 180. La precedente normativa prevedeva che un paziente psichico potesse essere dichiarato con una certificazione medica, “*pericoloso per sé e/o per gli altri e di pubblico scandalo*” e sulla base di questa dichiarazione ricoverato obbligatoriamente con l'aiuto, se il paziente si opponeva, delle forze dell'ordine. La nuova legge invece dispone che per il ricovero obbligatorio siano necessarie tre condizioni concomitanti. Che non sia possibile effettuare la cura in altro modo, che il paziente rifiuti di curarsi e che il non curarsi gli sia di nocumento. È evidente che in questo modo ciò a cui si mira è la tutela della salute del cittadino e che la pericolosità non può più essere invocata come causa del ricovero obbligatorio. È la salute ad essere in primo piano e non l'ordine sociale e la sicurezza. Questo non vuol dire che si nega che vi sia mai pericolosità, ma che essa non è tale da necessitare, di norma, di particolari precauzioni. La legge riconosce dunque che essa è spesso ipotizzata sulla base della difficoltà di comprensione del comportamento di alcuni pazienti e sopravvalutata quanto a frequenza e entità del danno rispetto ad altri fenomeni sociali caratterizzati da violenza, complice la risonanza che ad essa viene data dai mass media che la enfatizzano sottolineandone l'imprevedibilità. (scheda 6). In realtà la pericolosità sociale legata specificamente alla malattia mentale è bassa. Essa riguarda soltanto alcune patologie, mentre la maggior parte delle malattie mentali comportano alterazioni del comportamento non violente. Inoltre in molti casi la violenza è reattiva ai comportamenti di discriminazione e ai tentativi di controllo messi in atto dall'ambiente circostante (scheda 7).

9. Nei viali del San Giovanni Ugo Guarino espone i suoi disegni sulla condizione del malato di mente e li pone in fregio ai padiglioni dismessi.

10. Il laboratorio di pittura e scultura al S. Giovanni di Trieste.

Scheda 6

Quando si guarda al malato mentale come ad un organismo che funziona male e quindi produce come sintomi dei comportamenti alterati, così come un'infezione produce la febbre, non si cerca più di dare un significato a ciò che il malato fa e dice in relazione al contesto che lo circonda. Allora i comportamenti che non possono essere immediatamente riferibili al senso comune condiviso e non appaiono conformi alle regole vengono considerati come semplici deviazioni avulse di significato che quindi non possono essere previste. Questa imprevedibilità, che è strettamente legata alla "incomprensibilità", che è un altro elemento che viene dato per caratterizzante la patologia mentale grave, è generatrice di paure incontrollate. La paura induce atteggiamenti escludenti che, aumentando l'ansia, stimolano l'insorgenza dei comportamenti abnormi che rispondono allo stato ansioso più che a motivazioni comprensibili e quindi di nuovo non possono essere previsti in un circolo vizioso inarrestabile. Quanto all'incomprensibilità è da notare che il più delle volte è legata ad un atteggiamento osservativo ristretto che guarda all'evento strano come se fosse fine a sé stesso, avulso dal contesto, atteggiamento che inibisce automaticamente la ricerca che potrebbe renderlo comprensibile. Quando si definisce un comportamento incomprensibile, si è detto tutto di esso e non c'è più nulla da cercare.

Scheda 7

Soltanto in alcune malattie psichiche e in questi casi soltanto in alcuni momenti le persone possono avere reazioni violente in particolare nella schizofrenia e negli stati di eccitamento. Esse sono legate alla alterata capacità di valutare la realtà, ad uno stato di coscienza alterato e alla ridotta capacità di governare gli impulsi. All'indomani della legge molte voci si levarono sul rischio a cui la società sarebbe stata esposta applicando il dettato della nuova normativa. È necessario premettere che gli studi sulla pericolosità sono molto difficili per molte ragioni. Intanto i pazienti psichiatrici, come le persone non malate, possono avere una struttura di personalità che li espone a reazioni aggressive in condizione di frustrazione e di paura, inoltre essi risentono come tutti gli altri delle condizioni ambientali che facilitano l'insorgere degli atti delittuosi. Un ulteriore elemento è dato dalle condizioni di solitudine ed abbandono che sempre accompagnano lo stato di malattia così che spesso, sottoposti a dileggio e a emarginazione, si sentono provocati con la conseguenza di essere più irritabili e quindi più facilmente preda di impulsi aggressivi e possibili reazioni violente. Ciononostante sono stati fatti degli studi dopo l'entrata in vigore della legge che hanno dimostrato che non vi fu un incremento significativo né dei suicidi né degli atti delittuosi compiuti dai pazienti psichici rispetto all'epoca precedente (Girolamo Digilio "Vadetro del pregiudizio"). Nel libro di M. Sanza

"Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria" sono riportati i risultati di molti studi europei ed americani soprattutto riguardanti malati dimessi dagli ospedali psichiatrici giudiziari che concordano nel ritenere che i crimini violenti commessi dagli ammalati mentali sono quantitativamente proporzionali al numero di crimini commessi in generale dalla popolazione complessiva. Inoltre molti studi sottolineano che nella maggioranza dei casi i crimini sembrano collegati più con i fattori di rischio generici che con il disturbo psichiatrico. Per quanto riguarda le ricerche sulla popolazione naturale Sanza riporta che una ricerca americana ha accertato che vi è un'incidenza di comportamento aggressivo violento significativamente più elevata nelle persone affette da schizofrenia (8,36%) rispetto alla popolazione con psicopatologia negativa (2,05%), ma essa risulta inferiore a quella delle persone che fanno abuso di sostanze (21,30%). Nelle conclusioni gli Autori dello studio sottolineano che, sebbene sia accertata una correlazione tra le psicosi, soprattutto gravi, e i comportamenti violenti il loro contributo generale al tasso complessivo di criminalità è modesto. È quindi evidente che la paura nei confronti della pericolosità dei malati mentali è ancora oggi frutto di pregiudizi piuttosto che di valutazioni razionali.



Quanto al ricovero obbligatorio vi sono altre precisazioni nella legge che dimostrano quanto essa sia ispirata alla tutela del cittadino ammalato. Intanto la legge impone di ricercare il consenso al ricovero del malato, e poi prescrive che chi può disporlo non sia più il Questore in quanto garante dell'ordine pubblico, ma il Sindaco che ha tra i suoi compiti quello di salvaguardare il diritto dei cittadini alla salute. La proposta, anche in questo caso, viene effettuata da un medico che richiede il ricovero, ma oltre a questa richiesta è necessaria anche la convalida di un altro medico che sia dipendente da una struttura pubblica perché il Sindaco possa prenderla in considerazione. Si comprende facilmente che la convalida da parte di un medico della struttura pubblica rappresenta un freno a possibili abusi da parte di medici che esercitano privatamente.

Anche dopo il ricovero il cittadino è tutelato in quanto la legge sancisce il suo diritto a comunicare con chi vuole e a ricorrere contro il provvedimento.

È evidente che si trattò di una vera e propria rivoluzione tesa a ridare dignità di persona ai malati psichici che spesso erano oggetto di provvedimenti che ne sancivano l'esclusione dal contesto dei normali diritti civili.

Il terzo punto prescrive: "È vietato costruire nuovi Ospedali Psichiatrici e utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche degli ospedali generali".

Questa disposizione, raccogliendo le istanze di denuncia della mancata terapeuticità dei ma-

nicomi, ne sancisce indirettamente la chiusura disponendo che non possano più accogliere al loro interno nuova utenza. Il grande problema diventerà la gestione dei degenti ancora ricoverati per i quali le Regioni più sensibili cercheranno di organizzare programmi di dimissione.

Come è noto la legge non fu seguita dai finanziamenti necessari per applicarla e questo ha determinato che in molte regioni vi furono pochi cambiamenti nell'organizzazione del nuovo tipo di assistenza che essa prescriveva, mentre divenne da subito obbligo di legge non ricoverare più negli ospedali psichiatrici con conseguenze talora negative. Infatti là dove, come in alcune zone del Nord e Centro Italia, già da tempo venivano effettuati pionieristici tentativi di gestione alternativa alla manicomializzazione dei malati gravi l'impossibilità di ricoverare in Ospedale Psichiatrico non fece che potenziare ciò che già veniva praticato. Ma là dove non era penetrata altro che scarsamente la nuova cultura psichiatrica non si potevano improvvisare misure alternative all'ospedalizzazione con il risultato che aumentò il ricorso al ricovero nelle strutture private e, per i meno abbienti, il carico alle famiglie dei pazienti dimessi. Queste ultime infatti si videro costrette ad una gestione in casa del congiunto malato nonostante che in precedenza già l'avessero giudicata come impossibile nel momento in cui si erano decisi per la manicomializzazione. Adesso essa diveniva condizione obbligata per il fatto che, in caso di ricaduta, il paziente non poteva essere riammesso in ospedale. Oltretutto in queste stesse regioni non erano stati potenziati, e talora mancavano del tutto, i servizi territoriali che potessero aiutare e/o sollevare almeno in parte le famiglie attraverso iniziative di assistenza e riabilitazione diurne.

Si venne dunque a creare una situazione di forte disomogeneità sul territorio nazionale, in base alla differente politica regionale rispetto alla nuova normativa; ma anche nella stessa regione si determinarono profonde differenze nell'assistenza psichiatrica tra zone territoriali confinanti, una configurazione "a macchia di leopardo", in quanto dipendente dalla diversa sensibilità sia degli amministratori locali sia degli operatori. I tecnici che avevano auspicato e lavorato per la riforma si sono subito prodigati per renderla funzionante anche facendo pressioni sulle amministrazioni locali. Pertanto la realizzazione di programmi in linea con la normativa per lungo tempo è dipesa dalla maggiore o minore determinazione degli stessi tecnici a operare secondo le nuove direttive. E in questo senso fu fondamentale l'orientamento teorico dei direttori di servizio



11. Marco Cavallo viene riassembleto su un trabiccolo dotato di ruote ed è pronto al viaggio che lo porterà attraverso la città di Trieste. Al suo fianco si vede il suo conduttore Vittorio Basaglia scultore veneziano che ne suggerisce il colore ispirandosi alla poesia di Bertold Brecht sui cavalli azzurri.

12. Vignetta di Marco Cavallo (Il laboratorio di pittura e scultura).



in quanto da loro dipendeva la direttiva a mettere maggiore o minore impegno nell'escogitare tutte le possibili misure per affrontare il disagio psichico sul territorio. Quanto alla maggior parte delle cliniche universitarie, in assenza dei nuovi servizi di diagnosi e cura che attendevano i finanziamenti per essere costruiti, continuarono a gestire ogni emergenza attraverso la ospedalizzazione nei loro reparti anche in nome delle esigenze della ricerca. E in molti casi fu scelta dagli amministratori la soluzione più economica per non contravvenire alla legge assegnando proprio a loro la funzione che avrebbe dovuta essere svolta dai SPDC di là da venire, cosicché non vi fu di fatto alcuna diminuzione dei posti letto esistenti, in genere in numero ben superiore a quei 15 che finirono per esservi inclusi. È impossibile descrivere l'andamento della realizzazione dei servizi per la molteplicità e

Scheda 8

In medicina con il termine di vulnerabilità viene indicato lo stato individuale di maggiore facilità a contrarre una certa malattia. Nelle malattie mentali non è accertata l'ereditarietà, il fattore ereditario è considerato unicamente come un substrato organico predisponente che facilita, quando si verifica una esposizione a fattori ambientali negativi, l'insorgenza di alterazioni psicopatologiche. Pertanto non si parla di ereditarietà ma di vulnerabilità.

la varietà delle situazioni che si crearono, ma forse ciò che interessa maggiormente è descrivere le conseguenze operative dei principi sanciti dalla legge per capirne le ricadute in termini di utilità, infatti non ha tanto importanza capire dove e quanto vennero applicate le misure innovative, ma quali furono perché il nostro modo di vedere i problemi posti dalla sofferenza mentale è cambiato da allora e molti dei presidi che oggi diamo per scontati hanno trovato origine in quelle iniziali esperienze.

Conseguenze operative della nuova normativa

Per realizzare concretamente la priorità dell'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera, ad esempio, era necessario potenziare gli interventi di cura a domicilio e nell'ambiente di vita del paziente, il che voleva dire farsi carico dei suoi problemi esistenziali cioè del suo particolare inserimento sociale inteso come riuscita lavorativa e come relazio-

ni sociali e seguire la loro evoluzione nel tempo. Vennero pertanto formulati i concetti di *presa in carico globale e continuità terapeutica* che oggi giorno ci sembrano noti e scontati, ma che allora rappresentarono una profonda innovazione nel modo di concepire ed attuare l'assistenza psichiatrica.

Con presa in carico globale si intese indicare l'obiettivo da parte dei servizi per la salute mentale di farsi carico della complessità dei bisogni del paziente, necessità che derivava dalla concezione della malattia mentale non più come frutto di una patologia dell'organo cervello, ma come derivato da difficoltà relazionali complesse che investono sia la sfera affettiva, sia quella intellettuale, anche se favorite da una vulnerabilità (scheda 8) riconducibile ad una predisposizione dell'organismo. Questo nuovo modo di guardare alla malattia mentale comportò di conseguenza anche una modificazione del concetto di salute mentale che indusse a prendere in considerazione la possibilità di mettere in atto progetti di prevenzione primaria che vedremo meglio quando verrà descritto uno di questi progetti.

La presa in carico globale per essere attuata rese necessario il lavoro interdisciplinare giacché accanto agli operatori sanitari era indispensabile il contributo degli operatori sociali all'epoca prevalentemente psicologi, assistenti sociali e psicopedagogisti ai quali si sono aggiunti nel tempo altre figure professionali come tecnici della riabilitazione, OSA (*Operatori Socio Assistenziali*) e



OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza). Quindi nei servizi di salute mentale si cominciò a lavorare in équipe per mettere a punto progetti che miravano ad affrontare le problematiche del paziente sui vari versanti: dalla salute fisica a quella psichica, dai problemi socioeconomici a quelli affettivi intrafamiliari indissociabilmente intricati nell'origine e nel mantenimento della sofferenza psichica. Parallelamente emergeva la necessità per molti casi di lavorare con l'intera famiglia per facilitare la comprensione del malato e migliorare la comunicazione tra i vari membri. Queste esigenze stimolarono il diffondersi della pratica delle terapie familiari e delle terapie di gruppo.

Anche il concetto di continuità terapeutica e la pratica che ne conseguiva trova origine nella diversa concezione di malattia mentale e si riferisce alla necessità soprattutto nelle situazioni più gravi che ormai per legge devono essere affrontate "sul territorio", di mettere in atto provvedimenti di vario tipo: interventi di cura domiciliare, ma anche ospedaliera, periodi di riabilitazione, di reinserimento lavorativo eccetera. In questi casi è necessario che vi sia qualcuno che responsabilmente tira le fila di tutti gli interventi e, invece di delegare il paziente completamente, come avveniva in precedenza, ad altri operatori tornando caso mai ad occuparsi di lui in occasione di una ricaduta, l'équipe del Servizio di Igiene Mentale continua a farsi carico del malato anche quando viene affidato alle cure di altri per specifici interventi. È uno psichiatra del servizio territoriale che

si fa garante di questa continuità della cura e si interessa delle sorti del paziente informandosi di volta in volta dell'andamento del trattamento in regime di ricovero o di quello dei processi riabilitativi o degli esiti del reinserimento al lavoro. La sua conoscenza della situazione complessiva del malato lo renderà anche elemento indispensabile per fornire le informazioni necessarie e partecipare alla messa a punto dei programmi di cura che gli altri operatori intendono intraprendere.

La limitazione dei posti letto negli S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) e la scomparsa delle divisioni neuropsichiatriche, fatta eccezione per le cliniche universitarie insieme alla sancita eccezionalità del ricovero obbligatorio hanno determinato una forte spinta a mettere in funzione servizi di tipo day hospital e centri diurni inesistenti prima della legge se non in quelle situazioni sperimentali prima ricordate. Vennero così create ex novo una serie di esperienze che si sono andate progressivamente strutturando in pratiche operative codificate con forte valenza psicoterapica pur non essendo vere e proprie psicoterapie; ad esempio gruppi formalizzati di lettura di racconti o di novelle, gruppi di discussione nei servizi o nelle strutture residenziali e non, sull'andamento delle attività, gruppi di familiari di pazienti che si confrontavano sulle difficoltà legate all'assistenza dei congiunti malati. Tutti questi gruppi erano guidati da psicologi o psichiatri, ma vennero poi anche costituiti gruppi di autoaiuto. Di queste esperienze parleremo maggiormente nel capitolo strategie per la gestione sul territorio del

disagio psichico. La disposizione di non separatezza del paziente psichiatrico rispetto al paziente internistico nel ricovero volontario è stata molto difficile da attuare perché nei casi più gravi chi soffre di malattia mentale può essere fastidioso e disturbante, molte volte contesta la terapia farmacologica e dà molto da fare al personale di assistenza sempre sovraccarico di lavoro. Ma, anche se vi sono state in molti casi grandi opposizioni, si sono avute conseguenze positive in quanto il dibattito creatosi intorno alle situazioni difficili ha permesso di diffondere le nuove concezioni intorno alla malattia mentale e di sensibilizzare molte persone

come i ricoverati e i loro familiari e i tecnici delle altre specialità che niente sapevano di psichiatria, esonerati da qualsiasi conoscenza su di essa dalla politica di esclusione realizzata dalla precedente normativa.

La chiusura progressiva degli ospedali psichiatrici finalmente riconosciuti come non terapeutici, ma soltanto segreganti ha dato il via a programmi cosiddetti di *deistituzionalizzazione* che fecero grande scalpore.

Infatti il mancato finanziamento rese impossibile l'istituzione dei nuovi servizi ospedalieri e dei nuovi presidi territoriali residenziali che sono stati creati molto tardivamente negli anni successivi e sono tuttora carenti in molte zone soprattutto per quanto riguarda questi ultimi. Ma se per ciò che si doveva costruire ci volevano tempo e soldi, ciò che si proibiva aveva effetto immediato: l'accesso nell'ospedale psichiatrico diventò subito illegale cosicché, come già accennato, accadde che in alcune situazioni le famiglie si trovarono in difficoltà nell'assistenza al congiunto malato e non si sapeva dove collocare i pazienti se venivano rifiutati dai familiari. È vero dunque che si crearono a volte situazioni di disagio, ma molte meno di quello che si può pensare.

Con il termine di *deistituzionalizzazione* si intende quel processo di dimissione che toglieva i pazienti dall'istituzione manicomiale per farli rientrare nei luoghi di origine. Ai manicomi affluivano pazienti anche da luoghi lontani basti pensare che il manicomio di Volterra (Pisa) era arrivato ad avere al suo interno più di quattromila ricoverati. Era costruito come un piccolo stato a parte, in tutto autonomo anche economicamente, tanto che aveva anche coniato una moneta interna! Questo processo di progressiva dimissione dei ricoverati comportava da parte dei Comuni di origine dei pazienti di approntare interventi di aiuto per quelli rientrati a domicilio e la gestione

14



completa per quelli che non potevano rientrare in famiglia. Per questi ultimi furono cercate, non senza difficoltà, abitazioni nei comuni di residenza per organizzare Case Famiglie con livelli più o meno alti di presenza di personale sociosanitario. Il servizio psichiatrico provvedeva a gestire le problematiche del rientro oltre che alla cura dei singoli pazienti, con tutti i problemi di rifiuto e paura che tale cambiamento comportava.

Mano a mano che le residenze territoriali aperte e chiuse a tempo pieno o parziale dette "*strutture intermedie*" venivano costruite per i pazienti provenienti dagli ospedali psichiatrici era necessario fronteggiare le preoccupazioni e talora l'ostilità della cittadinanza per cui furono organizzati programmi di sensibilizzazione e informazione che facilitassero il reinserimento.

Il diverso orientamento dei tecnici

A questo punto è necessario ricordare che tra quelli che hanno cercato di applicare la legge vi sono stati servizi che hanno lavorato prevalentemente in senso politico cioè per ridare dignità di persona ai pazienti emarginati dal contesto sociale e restituire loro i diritti di normali cittadini. Si fortificò il movimento di *psichiatria democratica* nel quale vi furono anche frange estreme, che però purtroppo hanno avuto molta risonanza sui media, che propagavano idee discu-

13. "Andiamo a vedere il cielo".

14. Nella primavera del 1974 Basaglia sale sul volo Alitalia. Il comandante ed i membri dell'equipaggio, nonché il personale dell'aeroporto di Ronchi dei Legionari si meravigliano della disciplinata compostezza con cui i matti effettuano il check-in, salgono a bordo dell'aeromobile, si allacciano le cinture e compiuto un breve volo - sbarcano dell'aereo molto contenti dell'esperienza che hanno potuto effettuare.



tibili quali: la malattia mentale non esiste essendo unicamente un artefatto sociale, la necessità della partecipazione di operatori non tecnici nei servizi, l'intercambiabilità degli operatori sociosanitari, il rifiuto delle tecniche e pertanto l'inutilità delle psicoterapie di qualsiasi indirizzo. Accanto a questi altri operatori hanno cercato di applicare la legge fondando però i nuovi programmi terapeutici sulle tecniche a disposizione, anche le più sofisticate. L'impegno politico veniva coniugato con la professionalità anche nella scelta di mettere a disposizione dell'utenza non abbiente tecniche costose come quella psicoanalitica. Però veniva privilegiato il benessere del singolo paziente alle modificazioni dell'ambiente intese come impegno prioritario per costruire condizioni migliori di vita tali da indurre minor sofferenza psicologica. Le modificazioni nell'ambiente non mancavano di essere tentate, ma venivano perseguite sui singoli casi più che in relazione alla collettività come obiettivo politico del servizio. In questo caso l'obiettivo era di riuscire a realizzare gli imperativi della legge attraverso nuove pratiche di terapia e di assistenza. Ho aderito a questa impostazione e ho condotto la mia esperienza di direzione di un servizio di igiene mentale ispirandomi a questi principi.

15. Un disegno di Ugo Guarino.

16-17. Il comprensorio triestino di San Giovanni ed il suo parco costituiscono un ambiente in cui la gioventù triestina assieme ai ricoverati – coatti e volontari – ed agli ospiti si reca per incontri e svaghi che la città di Trieste, pur ricca di offerte culturali per un pubblico adulto, non è in grado di offrire. Senza distinzioni di orientamento politico i giovani triestini trovano occasioni anche straordinarie di fare ed ascoltare musica (dal pop al rock, dal jazz alla musica etnica), di incontrarsi, di ballare al primo "Posto delle fragole" (oggi il nome è attribuito al bar ristorante gestito da una cooperativa sociale e si trova nella parte alta del comprensorio, nel villaggio Braidotti).

18. Copertina del catalogo della mostra *Le Mura di Carta. Opere dei ricoverati dell'ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia 1895-1985*, 2005.

Un servizio psichiatrico territoriale: descrizione di un'esperienza

Quella qui descritta per sommi capi è la mia esperienza di direzione di un servizio psichiatrico territoriale. Riguarda soprattutto gli aspetti tecnici relativi all'organizzazione del personale e dell'assistenza affrontati a partire dalla mia formazione psicoanalitica perché essi, più degli aspetti amministrativi e sociopolitici, possono rendere conto di come è potuto avvenire un concreto cambiamento nel modo di curare la malattia mentale rispetto a quanto avveniva in precedenza.

Il gruppo operativo

Per rispondere al mandato di presa in carico globale e di terapia prevalentemente territoriale come prescritto dalla legge, il primo provvedimento fu quello di organizzare l'operatività in senso interdisciplinare istituendo la modalità di lavoro in équipe sia per quanto riguardava l'organizzazione dei piani di assistenza, quindi l'équipe medico infermieristica, sia per il lavoro da svolgere in collaborazione con altre figure professionali come psicologi, assistenti sociali, educatori ecc. secondo il modello del "gruppo operativo", un gruppo di discussione centrato sul compito nel quale non vengono analizzati gli scambi comunicativi dei membri costituenti se non quando interferiscono con l'espletamento del compito stesso. Istituire questa procedura di organizzazione del lavoro fu un passo non facile perché innovativo rispetto alla cultura dei singoli operatori basata sull'intervento individuale; infatti ogni operatore tendeva a continuare a lavorare cercando di trovare una propria individuale soluzione al problema che si trovava davanti senza parlarne con i colleghi. La modalità di lavoro del gruppo operativo interdisciplinare fu anche utilizzata allo scopo di realizzare la presa in carico globale nei collegamenti con gli altri servizi e istituzioni come il servizio sociale, la scuola ecc. nel senso che in ogni ambiente nel quale era sorta una sofferenza psicologica venivano proposti incontri sistematici con le persone interessate per trovare possibili soluzioni con il contributo di tutti. Vennero dunque istituiti incontri periodici finalizzati alla creazione e verifica sistematica di progetti terapeutici complessi e integrati tra servizi diversi: ad esempio un programma terapeutico poteva comprendere la terapia farmacologica, una eventuale psicoterapia, ma anche un intervento sociale che poteva riguardare l'inserimento lavorativo quando possibile, o il reinserimento nel contesto sociale dopo il ricovero, o un eventuale programma di riabilitazione e di sostegno alla famiglia se necessario.

L'orientamento psicoterapico del servizio

Il secondo provvedimento fu di organizzare il servizio in senso psicoterapico introducendo nell'ambito del gruppo una sistematica lettura delle



Infine che è compito di tutti gli operatori esplorare questo collegamento che deve essere oggetto di ricerca continua ed è quello che ci consente l'attribuzione di un significato che va al di là del senso che appare evidente sul momento.

Man a mano che questi concetti venivano assimilati il servizio si orientava a costruire un ambiente complessivamente psicoterapeutico attraverso sia la modificazione degli interventi dei singoli e delle relazioni tra operatori, sia la costruzione di un particolare clima emotivo dell'intera équipe. Infatti tutto diventava oggetto di ascolto e si tendeva a costruire contesti di riferimento all'interno dei

situazioni cliniche che mettesse in luce le motivazioni dei soggetti interessati e i significati profondi dei loro comportamenti. Questa lettura psicodinamica portò ad uno spostamento della cultura degli operatori per quanto riguardava la concezione della malattia mentale: da una cultura medico organicistica patrimonio di tutti in quanto derivata dagli insegnamenti universitari e della scuola infermieri, che concepiva la sofferenza psichica come malattia di organo a una che considerava il disagio mentale come conseguenza di vicende relazionali complesse a prescindere che il soggetto che ne soffriva presentasse anche una alterazione organica. Sono queste difficili ed alterate relazioni che in soggetti fragili arrivano nel tempo a produrre una compromissione soprattutto della sfera affettiva, ma anche delle capacità cognitive (percettive, intellettive, creative). In pratica con l'aiuto di pochi altri operatori che avevano una formazione psicoanalitica è stato possibile che penetrassero nel gruppo alcuni fondamentali concetti del sapere psicoanalitico in modo che diventassero patrimonio comune dell'intero gruppo.

Innanzitutto che esistono nel comportamento e nel dire del paziente significati latenti che sono al di là di quelli manifesti e che li arricchiscono.

Quindi che c'è un collegamento diretto tra mondo interno del paziente e ciò che egli esprime nella relazione con gli altri e una correlazione anche tra rapporti interpersonali attuali e passati.





cambiamento culturale era necessaria affiancare alla continua riflessione sull'operatività anche la creazione di spazi di riflessione e approfondimento su problemi teorico clinici che furono approntati senza alcun finanziamento giacché l'importanza dell'aggiornamento sistematico della cosiddetta formazione permanente era di là da venire.

La formazione degli operatori

Il primo livello formativo per gli operatori era senz'altro rappresentato dalla discussione nel gruppo interdisciplinare che veniva a rappresentare il luogo nel quale si avviava uno scambio di saperi dei quali tutti si arricchivano. Infatti gli operatori che vi partecipavano soprattutto medici e psicologi prevenivano da formazioni teoriche diverse oltre che dalle più varie esperienze lavorative cosicché i vari modelli venivano di necessità messi a confronto. La presenza di infermieri e operatori sociali rendeva necessaria una semplificazione del linguaggio che rendesse possibile a tutti la comprensione dei concetti esposti. Accanto a questo lavoro formativo costante in

quali diventava possibile osservare le vicende relazionali che si svolgevano tra operatori e pazienti, ma talora anche tra operatore e operatore, ed elaborarle.

In questa modificazione della cultura del servizio in senso psicoterapeutico furono importanti anche due concetti derivati dagli studi sistemico relazionali: quello di allargamento del contesto di osservazione e di causalità circolare indispensabili per affrontare le comprensioni delle situazioni complesse. L'allargamento del contesto di osservazione applicato alla famiglia e all'ambiente di lavoro consentiva in molti casi di capire comportamenti altrimenti liquidati come bizzarri o incomprensibili. Il concetto di causalità circolare si riferisce alla valutazione dell'intreccio tra cause ed effetti nell'ambiente per cui, ad esempio, una comunicazione ha un effetto sull'altro che può agire sulla stessa comunicazione nel senso di rafforzarla o inibirla in un continuo reciproco influenzamento.

Si creò pertanto una cultura, "allargata" più che eclettica, che ha dato luogo a pratiche originali caratterizzate dall'integrazione e dalla interdisciplinarietà. Per sostenere e rinforzare questo

quanto indissociabile dalla prassi lavorativa, riuscimmo a realizzare dei veri e propri seminari invitando illustri psicoanalisti che accettarono di dare la loro partecipazione gratuita perché solidali con questo tentativo sperimentale di creare un servizio a orientamento psicodinamico. Vennero pertanto resi accessibili a tutti i fondamenti psicoanalitici delle principali patologie psichiche. Questi metodi di aggiornamento al di fuori dagli schemi delle scuole ufficiali universitarie e parauniversitarie non devono sorprendere, sorgevano dalla necessità di affrontare la complessità di un nuovo compito in maniera innovativa. Poche furono le università che si allinearono nell'insegnamento ai nuovi bisogni ricordo ad esempio che a Bologna furono organizzati da Alberto Merini nel suo Corso di Psicoterapia iniziative come i gruppi Balint (scheda 9) e la rappresentazione

19. Dipinto di Maria F., Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, 1975-1985.

20. Opera tratta dalla mostra *Le Mura di Carta. Opere dei ricoverati dell'ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia 1895-1985*, 2005.

teatrale dei casi clinici di Freud effettuata dagli specializzandi.

Quando riuscimmo ad avere i primi finanziamenti, alcuni anni dopo, istituimmo due tipi di supervisioni periodiche. Una destinata all'analisi del lavoro clinico interdisciplinare alla quale partecipavano tutti gli operatori: medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori e animatori, e un'altra destinata alla discussione in gruppo degli interventi psicoterapici individuali e gruppalì che era rivolta a medici e psicologi.

Le conseguenze sull'operatività dell'organizzazione in senso psicoterapeutico del servizio

Questa cultura psicoterapeutica del servizio ha avuto delle conseguenze sia sull'impostazione complessiva del servizio che sull'impostazione dei singoli interventi in quanto gli operatori incominciarono a considerare la loro relazione con il paziente il loro primo e fondamentale strumento terapeutico. Il lavoro individuale veniva orientato all'ascolto e alla creazione di contesti di riferimento all'interno dei quali poter osservare e elaborare gli eventi relazionali dei pazienti tra loro e con gli operatori, perché in questo modo era possibile arrivare a dare un senso ai comportamenti patologici.

Quanto all'impostazione complessiva del servizio l'organizzazione psicoterapeutica ha determinato una riduzione della tendenza degli operatori ad agire trovando rapide soluzioni. È infatti da tenere presente che nei servizi psichiatrici territoriali quando arrivava una domanda la tendenza a fare subito qualcosa a prescindere da ciò che era veramente rispondente ai bisogni del paziente in quel momento, era fortissima. Basti pensare ad esempio ai sentimenti di debolezza provati dagli infermieri tenuti ad eseguire gli interventi domiciliari, cardine dell'assistenza



in assenza di ricovero. Infatti mancava loro la protezione offerta dalla visibile appartenenza ad una istituzione forte come quella alla quale erano abituati nel loro lavoro ospedaliero dove anche il solo fatto di portare una divisa era sufficiente per esibire un'attribuzione di status e quindi di potere. In questa nuova condizione dove soltanto l'atto professionale poteva diversificare dall'utenza, gli operatori si sentivano spinti a dare rapidi consigli ai pazienti e ai familiari che risultavano sempre disattesi perché non corrispondenti alle loro reali esigenze, ma si fondavano su un sapere valido in altri contesti. Un altro tipico esempio di spinta ad agire è quello dato dalla pressione indotta dal lavoro interdisciplinare, infatti le necessità di ordine sociale portate dagli operatori non sanitari nei gruppi operativi sollecitavano continuamente a prendere decisioni in merito a sussidi, all'erogazione di assistenze domiciliari, all'istituzione di interventi di controllo ecc. che risultavano errate a una più attenta riflessione.

Questa impostazione tesa alla comprensione il più possibile approfondita ed allargata al contesto del paziente e dei suoi bisogni consentiva di mettere a punto provvedimenti che in molti casi risultavano particolarmente efficaci, ma suscitavano anche conflitti, non piccoli, rispetto al mandato e al desiderio, non soltanto l'obbligo, di assolverlo perché profondamente condiviso come giusto e necessario cambiamento. Ad esempio è successo che lavorando secondo il giusto orientamento a svuotare i manicomi che imponeva di riprendere sul territorio di origine pazienti a lungo manicomializzati, ci siamo trovati di fronte al dilemma di poter trasferire persone che di fatto non avevano più legami nel paese da cui erano stati brutalmente allontanati tanti anni prima, mentre avevano creati nuovi legami affettivi con compagni di degenza e pertanto rischiavamo di ripetere l'operazione già compiuta a loro danno nel passato separandoli. O, al contrario la lettura attenta delle motivazioni a riprendersi in casa il congiunto un tempo abbandonato, che consentiva di ottemperare alla legge senza spese né fatica, portava a volte a scoprire che vi erano motivazioni che avrebbero reso da lì a poco molto problematica la permanenza nel domicilio di origine

Scheda 9

Michael Balint, psicoanalista di origine ungherese rifugiatosi in Inghilterra prima dell'ultima guerra, mise a punto una metodica formativa per i medici di base che mirava ad ampliare le loro conoscenze psicologiche per aiutarli nella cura di quei pazienti nei quali la conflittualità intrapsichica è particolarmente importante nell'insorgenza o nel mantenimento della patologia somatica. Mediante la discussione in gruppo, a turno, di un caso in carico a ciascun medico di base uno psicoanalista delucida sia le dinamiche intrapsichiche del paziente sia quelle relazionali che si instaurano tra curante e malato. Lo scopo è quello di favorire una migliore comprensione della situazione clinica, ma soprattutto quello di orientare la relazione medico paziente in senso terapeutico partendo dal presupposto che il più importante strumento terapeutico di cui il medico dispone è proprio sé stesso e pertanto deve imparare a "soministrarsi" nella maniera più efficace.

del paziente rendendo necessario rinunciare a perseguire la deospedalizzazione. Motivazioni che potevano essere di natura socioeconomica, sussidi in denaro o privilegi rispetto all'erogazione delle case popolari e così via., o anche puramente psicologiche. Fu questo il caso di una giovane ragazza che si era data disponibile a farsi carico del nonno abbandonato in manicomio per molti anni e che aveva convinto a questa impresa i genitori. In luogo di "approfittare dell'occasione" accettando di eseguire senza indagare questa insperata dimissione furono eseguiti ripetuti colloqui dai quali divenne evidente che la inaspettata disponibilità della ragazza traeva origine dallo sgomento prodotto in lei dalla scoperta di essere portatrice di un grave tumore maligno che le induceva il bisogno di "salvare" almeno la vita del nonno, anche facendo leva sui sensi di colpa dei genitori che non sentivano un analogo bisogno verso l'anziano. Possiamo così capire che una attenzione sistematica ai bisogni delle persone in molti casi metteva gli operatori in conflitto con il mandato istituzionale.

Il conflitto principale fu quello relativo al rifiuto del mandato di controllo sociale. Infatti la nuova impostazione tesa a ridare al paziente psichico ogni suo diritto di libero cittadino induceva un ripensamento sul bisogno della società di delegare al servizio psichiatrico ogni comportamento che rappresentasse un turbamento dell'abituale ordine sociale per rifiutare tale delega e rimandare il reperimento delle soluzioni al contesto nel quale i problemi erano sorti. Anche in questo caso si trattava di trovare un delicato equilibrio tra i bisogni del paziente e quelli della famiglia e del gruppo sociale di appartenenza.

Mandato di controllo

L'obbligo di curare sul territorio portò immediatamente alla ribalta il problema della pericolosità che la legge non considerava più motivo di ricovero obbligatorio come succedeva in passato quando si poteva ricoverare ogni volta che il paziente era giudicato pericoloso a sé e agli altri. Molti servizi si orientarono decisamente verso il rifiuto dell'obiettivo di controllo sociale, che non era stato dichiaratamente esplicitato neppure in quelle epoche in cui rappresentava l'aspetto preponderante dell'intervento psichiatrico, ma che sottintendeva l'operare psichiatrico. Tale mandato di controllo era venuto alla ribalta come oggetto di rifiuto con il movimento antipsichiatrico che lo aveva denunciato a chiare lettere, quasi rappresentasse la cattiva coscienza degli operatori del settore.

Il movimento antipsichiatrico infatti, riportando alla luce la predefinizione politica dell'oggetto del sapere dello psichiatra come pericolosità sociale, consentì il ripensamento e la riflessione critica sul mandato di controllo fino ad allora inespresso, ma insito nel ruolo dello psichiatra, in modo da orientarne diversamente la prassi fino alla estremizzazione di codificarla nel suo rove-

sciamento: il rifiuto assoluto di tale mandato. Così l'attività degli operatori simpatizzanti e aderenti al movimento antipsichiatrico veniva orientata essenzialmente a contrastare l'esclusione e l'istituzionalizzazione, e il rifiuto del mandato di controllo diveniva il fulcro intorno al quale riorganizzare l'assistenza, mentre l'obiettivo terapeutico passava in seconda linea fino ad essere francamente trascurato. Spesso infatti la terapia veniva identificata con quegli interventi che tendevano a dare alla malattia mentale una risposta che evitasse la segregazione e l'annullamento del desiderio del paziente quando contrastava con l'ordine costituito.

E se la posizione estrema di negazione della patologia fu sostenuta soltanto da pochi tecnici particolarmente sprovveduti, dilagò in molti la confusione nel definire terapia il nuovo modo di gestire la malattia mentale e di fare assistenza (ad esempio il tentativo di reinserire al lavoro in confronto all'uso delle pratiche per il riconoscimento dell'invalidità civile e di erogazione di sussidi) rispetto a ciò che è realmente terapia, cioè un intervento curativo diretto sul singolo o sul gruppo sia esso farmacologico o psicoterapeutico di qualsiasi indirizzo.

In sintesi dunque in molti servizi fu come se si fosse persa la distinzione tra quella che potremmo definire una corretta gestione sociale della malattia mentale e del malato e la sua cura.

Pur riconoscendo l'importanza che ha avuto storicamente nelle lotte antiistituzionali il rifiuto di un mandato in cui prevaleva l'istanza di controllo affidato agli psichiatri come punto cardine della rivoluzione dell'assistenza psichiatrica, a me e ad altri sembrò necessario riconsiderare tale momento alla luce del cambiamento dei modi di fare assistenza in psichiatria introdotto dalla nuova normativa, cercando di disfarsi della repulsione pregiudiziale che il solo nominare il controllo sembrava suscitare, dopo il tanto parlare che era stato fatto degli abusi perpetrati a suo nome.

Infatti, al di là degli eccessi repressivi di ogni devianza di cui la psichiatria si era resa responsabile in passato, era indubitabile il bisogno sociale e





psicologico di contenimento, di controllo della psicosi che aveva necessità di avere risposta e, a nostro parere, il servizio pubblico doveva farsi carico di fornire questa risposta senza riproporre una dimensione repressiva e custodialistica dell'assistenza, ma affrontando il disagio psichico oltre che in se stesso anche nelle sue ripercussioni sull'ambiente. Si trattava di evitare che il rifiuto di fare della pericolosità il punto centrale del disturbo psichico, intorno al quale organizzare l'assistenza, equivalesse a negare che essa vi fosse. Bisognava accettare la realtà che l'etero e l'autoaggressività, cioè l'aggressività verso gli altri o verso sé stessi, agita in maniera più o meno impulsiva, sono possibili reazioni dello psicotico e assumersi la responsabilità di fare in modo da limitarne il più possibile l'espressione.

Fu quanto mai difficile porsi di fronte a questa realtà con quella serenità di giudizio che consentisse di lavorare su di essa evitando la paura di tornare indietro verso posizioni repressive. Infatti riconoscere la pericolosità ci costringe a confrontarci con le nostre paure e a porci il problema di essa nei suoi termini non solo fisici.

Riconoscere che nostro compito era anche il controllo delle ripercussioni nel sociale della presenza dello psicotico, suscitava negli operatori tutta una serie di angosce legate a fantasie di controllo sadico che erano state assai ben rafforzate dall'immagine dello psichiatra servo del sistema forniteci dal dibattito anti psichiatrico. Pertanto a volte gli infermieri svolgevano di malavoglia il loro compito di garanti della assunzione dei farmaci che i malati cercavano di non prendere, lamentando che la somministrazione di farmaci sedativi rappresentava uno schierarsi dalla parte della famiglia o della società contro il malato.

Così fu difficile ridare legittimità, all'interno degli obiettivi del servizio psichiatrico, alla funzione di controllo relativa all'emergenza della psicosi, pur continuando a operare sistematicamente il rifiuto della delega alla gestione di ogni tipo di devianza che continuava a essere richiesta in maniera pressante dalle altre istituzioni. Basti pensare alle ripetute chiamate nelle corsie ospedaliere per lo stato di disorientamento dell'anziano arteriosclerotico da poco ricoverato, a quelle dal territorio per la clamorosità di uno stato di ebbrezza acuta, alle rimostranze della scuola che rifiutava un intervento specialistico di sola consulenza per le situazioni di caratterialità per le quali pretendeva invece una completa gestione specialistica. In tutti questi casi l'intervento era quello di fornire una sistematica presenza partecipe che aiutava mediante le proprie competenze specialistiche nella gestione della situazione difficile al posto di sollevare completamente il personale dell'istituzione che aveva richiesto l'intervento dalla responsabilità di risolvere il problema anche se chiedeva con forza una delega completa.

Quindi lavorammo molto per aiutare a capire quanto il mandato terapeutico e quello di controllo fossero in realtà strettamente intrecciati, andando contro un sentire diffuso degli operatori che, di fronte alla situazione di crisi psicotica, la tranquillità dell'ambiente e quella del paziente erano contrapposte e che era impossibile promuovere l'una senza sacrificare l'altra. Questo modo di sentire portava a considerare molti interventi di

21. Gianni Berengo Gardin, *Donna con camicia di forza*, fotografia, 1969.

22. Dipinto di Maria F., Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, 1975-1985.



sedazione come un annullamento del paziente in contrasto con gli obiettivi terapeutici e a viverli con sentimenti di colpa.

Le soluzioni che venivano più frequentemente proposte nella pratica quotidiana del servizio a tale contraddizione erano quelle di fornire interventi separati anche con operatori diversi, quando possibile, per agire su ambedue le dimensioni, quella terapeutica-individuale e quella del contenimento delle ansie e del favorire la tolleranza nei confronti del paziente nell'ambiente a lui circostante, come se di fronte all'angoscia suscitata dalla crisi psicotica e dalla complessità dei problemi che essa esprime, il servizio non potesse rispondere che attuando al suo interno una divisione dei compiti.

Questa organizzazione aveva senz'altro un valido significato operativo, ma necessitava di una continua riflessione complessiva che tenesse attentamente conto dell'indispensabilità di operare una successiva sistematica ricomposizione degli interventi nell'ambito dell'èquipe. Infatti se fosse mancata questa ricomposizione avremmo corso il rischio di riproporre con questa modalità la frammentazione che caratterizza la psicosi.

Ma al di là di soluzioni operative ciò che era necessario era mantenere sempre aperto il dibattito e la riflessione sulle possibilità di articolazione fra mandato terapeutico e di controllo.

Era necessario assumere il dato di realtà che di fatto le possibilità da parte dei servizi pubblici di produrre guarigione delle psicosi sono scarse, se per guarigione si intende la realizzazione nell'ambito di un processo terapeutico di cam-

biamenti tali nell'organizzazione della personalità da determinare la completa scomparsa della sintomatologia e il pieno reinserimento sociale. Ma questo non voleva dire che non ci si potesse proporre obiettivi significativi per quanto riguarda la psicosi che determinassero un netto cambiamento in senso migliorativo della qualità della vita del paziente e dei suoi familiari. Ad esempio era possibile ottenere che il paziente sviluppasse un rapporto con i tecnici che avesse potenzialità curative e che questo rapporto rappresentasse quindi per lui un'alleanza significativa ai fini di maturare una maggiore capacità di gestione della malattia al di là di una mitica guarigione.

Capitava spesso infatti di osservare che la ripetuta esperienza di ottenere un ascolto attento dei propri bisogni consentisse allo psicotico di entrare in una relazione che aveva valenze terapeutiche, nell'ambito della quale egli poteva arrivare a sviluppare la capacità di formulare una richiesta di aiuto in situazione di crisi, a prescindere dall'acquisizione di una vera e propria coscienza di malattia, che spesso è assente nella psicosi. Mi ricordo vivissima l'emozione provata all'arrivo inaspettato, in ambulatorio, di un paziente che per lungo tempo aveva rifiutato di essere aiutato in qualsiasi modo e sempre curato in maniera obbligatoria. Era arrabbiato e sconvolto e mi insultava, ma, tra una recriminazione e l'altra, chiedeva di essere aiutato e che facessimo qualcosa per risolvere la sua situazione!

È nell'ambito di una relazione fiduciaria costruita attraverso la continuità di una presenza partecipe anche quando si era rifiutati che il paziente

poteva arrivare a sviluppare una accettazione critica dell'aiuto che può rappresentare la terapia farmacologica nella gestione della malattia. Aiuto che veniva riconosciuto come sintomatico e che doveva essere oggetto di continua interpretazione e discussione per il significato che poteva assumere nella vita del paziente e nella relazione medico-paziente, ma che poteva finalmente essere accettato.

Nell'obiettivo che il paziente psicotico arrivi ad instaurare una relazione fiduciaria con gli operatori e ad accettare una terapia farmacologica è particolarmente evidente l'articolazione tra obiettivo terapeutico e di controllo sociale in quanto l'intervento curativo nel momento in cui produce un risultato diminuisce la necessità di un controllo dall'esterno, giacché lo realizza dall'interno, favorendo nella dinamica intrapsichica il prevalere delle parti sane e dei processi di integrazione. Infatti, passando dal campo del controllo sociale a quello del controllo nel mondo interno, sappiamo che non vi è una reale possibilità di cura e di guarigione senza esercitare contenimento delle ansie, e che, nel momento in cui questo è efficacemente attuato, produce un effetto benefico sul comportamento tanto che se ne rende meno necessario il controllo dall'esterno.

Per quanto riguarda la funzione di controllo della psicosi nel sociale fu esercitata in maniera diversa da quella tradizionale indirizzando gli sforzi nell'attivare nell'ambiente le capacità di tollerare l'angoscia psicotica e di esercitare un controllo su di essa quando rischiava di diventare invasiva. E sperimentammo che in molte occasioni questo è possibile.

Per farlo era necessario fare un'attenta valutazione delle capacità dell'ambiente, all'atto della crisi, di far fronte alla situazione e sapere svolgere una valida funzione di contenimento delle ansie allo scopo di far sentire il servizio come alleato e punto di riferimento nella gestione dell'emergenza.

Lo stabilire una relazione allo stesso tempo di sostegno e di collaborazione con i familiari o con chi ha cura del paziente psicotico è indispensabile per una corretta gestione dell'obiettivo di controllo della esplosione della crisi psicotica. Infatti se l'équipe curante consente all'entourage di fare una esperienza, ripetuta nel tempo, di essere ascoltato e di sentire le proprie ansie contenute dagli operatori, ottiene non solo di realizzare un intervento curativo sull'ambiente, ma anche di aumentare le possibilità di controllo nei confronti dell'emergenza della crisi psicotica. Tali possibilità di controllo aumentano per vari motivi. Perché è resa più tempestiva la richiesta di aiuto in quanto i familiari diventano più sensibili ai primi segnali di sofferenza del

congiunto e, avendo più fiducia negli operatori sono più solleciti nel chiamarli, ma soprattutto perché più facilmente possono essere interrotte quelle dinamiche patologiche circolari tipiche delle famiglie psicotiche, attraverso l'attenuazione della pressione di quei comportamenti ripetitivi di non comprensione che spesso costituiscono il fattore precipitante di una nuova crisi. I punti cardine di questo intervento erano rappresentati dall'ostacolare il rifugio in un atteggiamento di chiusura alla comprensione di fronte all'angoscia psicotica e dallo sviluppo di processi di identificazione con l'operatore assai utili nella futura gestione della malattia. Naturalmente anche, e soprattutto nelle situazioni di scompensamento acuto, era necessaria la flessibilità nell'applicazione della normativa nel senso che il ricorso al ricovero che avrebbe dovuto essere eccezionale per la legge, venne fatto anche quando il disagio delle persone a contatto con lo psicotico fu tale da non potere essere ulteriormente sopportato anche se il malato avrebbe potuto essere di fatto seguito farmacologicamente a domicilio. Infatti l'allontanamento del paziente che non sarebbe stato proposto se si fossero considerate unicamente le condizioni psicopatologiche, poteva divenire indispensabile per promuovere un'alleanza che aveva come obiettivo la maturazione nel tempo di maggiori capacità di contenimento da parte dell'ambiente stesso. Ovviamente per dar corso a tale proposta doveva essere ottenuto il consenso del paziente come richiesto dalla legge.



23. Karl Gustav, 1900 circa.

24. Disegno di Dino C., Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia.

Abbiamo quindi sperimentato nel tempo che una adeguata risposta ai bisogni di sostegno e di accudimento dell'entourage riusciva spesso a determinare un controllo della situazione pari per efficacia a quello ottenibile attraverso l'allontanamento del malato, ma che questa modalità risultava senz'altro assai più maturante rispetto alle capacità complessive di far fronte alle angosce determinate dalla presenza di uno psicotico in crisi con la conseguenza che veniva frenato il ripetersi dei ricoveri. Facciamo un esempio attraverso una storia clinica.

B., una signora di 39 anni, si presenta da noi per accompagnare la figlia che uno specialista ha indirizzato al servizio di zona. La figlia ha avuto mesi prima una crisi psicotica che sembra attualmente superata, ma anche B. è gravemente disturbata. Presenta infatti un delirio cronico assai florido che, sempre presente sullo sfondo, in genere non influisce molto sul suo comportamento, ma periodicamente sembra divenire l'unica modalità possibile per lei di avere contatti con il mondo che la circonda cosicché ogni parola o gesto suo e degli altri viene interpretato e iscritto nel disegno delirante ed il comportamento viene ad esserne profondamente disturbato.

Pertanto verranno prese in carico ambedue da due diversi medici del Servizio.

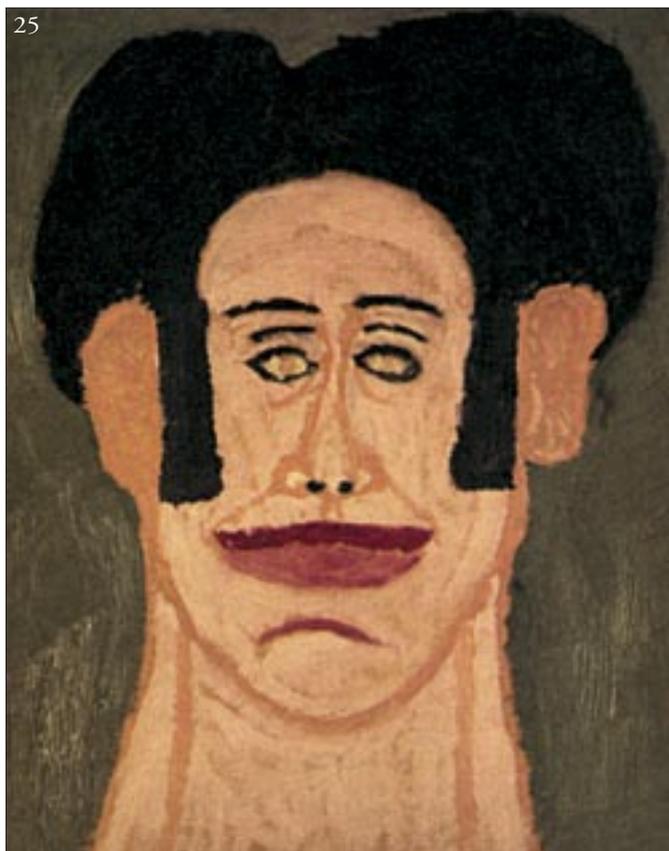
B. vive col marito e con la figlia in una casa a due piani, nell'appartamento che sta immediatamente sopra a quello dove abitano la madre sordomuta e la nonna, con una autonomia solo apparente perché in genere queste ultime preparano i cibi anche per lei e la sua famiglia e tra le due case è impossibile mantenere una separazione netta. La

madre che presta credito ai contenuti del delirio di B., per la sua menomazione sente la necessità di controllare visivamente la figlia, sempre timorosa che qualcosa possa sfuggirle. La nonna, assai autoritaria, ha in pugno la situazione economica della famiglia e nelle situazioni di crisi propone continuamente il ricovero.

B. mostra una marcata reattività agli avvenimenti: soffre molto per il comportamento della figlia che continuamente la svalorza e la tratta da pazza e per l'indifferenza del marito che compare in casa solo per mangiare e dormire, ma per il resto sta sempre fuori ed ha un'altra donna. Uno dei convincimenti deliranti della paziente che riguarda il fatto che essi siano stati rapiti e sostituiti da sosia, sembra sia funzionale a negare proprio queste frustrazioni.

Nella situazione di crisi che voglio descrivere venimmo chiamati perché la paziente era entrata in uno stato di estrema agitazione per il timore che vi fosse in atto un complotto per rapire la figlia che era a più riprese entrata in aperto contrasto con lei perché intenzionata ad abbandonare la scuola. In concomitanza con gli scontri tra B. e la figlia, accompagnati dall'espressione da parte di B. di paure di rocambolesche intrusioni notturne in casa, la madre di B ebbe un malore cosicché tutti i familiari richiesero il ricovero obbligatorio mentre la p. si dichiarava disponibile ad assumere la terapia farmacologica. Rifiutammo il ricovero e prescrivemmo una terapia della cui assunzione il marito si rendeva garante, prescrivendo che B. non avesse contatti con la madre e la nonna, come lei desiderava. B. si fece carico di preparare i cibi perché non avrebbe dovuto vedere né madre né nonna. Nel frattempo due infermiere si sarebbero date il turno nel fare due visite domiciliari quotidiane proprio alla madre e alla nonna per parlare e verificare con loro lo sviluppo degli eventi. Uno psichiatra ebbe alcuni colloqui ravvicinati con i due medici di base coinvolti nella vicenda. Alcuni incontri furono fatti anche con i baristi e i gestori di un altro locale in cui la paziente si era spesso recata nei giorni precedenti a esternare le sue paure deliranti, nel senso che esse, anche se rimanevano, costituivano un gruppo di pensieri a parte che non influivano sul comportamento.

Per circa una settimana B. restò prevalentemente in casa sua uscendo soltanto per fare le spese necessarie al ménage. Per la prima volta provvide ai pasti della famiglia che preparò in maniera accettabile se non del tutto soddisfacente. Non si recò più nei locali pubblici a esternare le tematiche deliranti seminando panico e confusione come in precedenza. Madre e nonna ebbero la possibilità di riversare le loro preoccupazioni e le loro lamentele sul personale infermieristico.



25. Dipinto su legno o compensato di Lamberto F., Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, 1970-1980.

26. Gianni Berengo Gardin, Istituto psichiatrico, Parma 1968.

L'intervento del servizio si configurò per loro come una deresponsabilizzazione e un contenimento che si esercitava attraverso un assiduo interessamento.

Molto verosimilmente questo ha consentito, da un lato di far vivere a loro una esperienza di accettazione che ha fugato timori di alleanze persecutorie degli operatori del servizio con la paziente, e dall'altro di liberare B. dalla continua presenza contestataria e repressiva rispetto ai contenuti angosciosi che ella esternava nelle sue tematiche deliranti, provocando una diminuzione dell'angoscia stessa che le ha consentito di operare nuovamente una sorta di incistamento delle idee deliranti.

Potremmo dire che in questo caso il controllo sulla situazione è stato realizzato attraverso le capacità espresse dal servizio di contenere le angosce dei familiari della paziente e dell'ambiente circostante.



Se cambia il modo di assistenza cambia l'aspetto della malattia

Nel mettere in atto queste nuove modalità di cura fu ben presto evidente che con il trascorrere del tempo i malati cronici presentavano ricadute assai diverse da quelle avute in precedenza. Il cambiamento nelle modalità di assistenza introdotte dalla psichiatria cosiddetta di «territorio» determinò nel tempo un effetto "patoplastico", cioè di modificazione dell'aspetto formale della malattia.

In effetti l'assistenza psichiatrica decentrata, che raggiungeva l'utente al domicilio e incideva nel suo ambiente, comportava lo stabilirsi di un rapporto meno medicalizzato che andava al di là del momento dello scompenso patologico. Essa non si configurava più come episodica risposta ad un bisogno sanitario per divenire presa in carico anche di altri bisogni, ma pretendendo di essere "globale" e continua nel tempo, a lungo andare, esercitava un effetto assai incisivo nel modificare gli aspetti formali del disagio psichico con la conseguenza di rendere meno necessari interventi di controllo del comportamento e di restrizione della libertà individuale.

Tale effetto fu particolarmente evidente in quelle situazioni in cui la persona malata veniva assistita in questo nuovo modo dopo essere stata oggetto di interventi psichiatrici di tipo tradizionale come ad esempio nel caso di un signore di 42 anni, C., che si presentava ogni tanto al Servizio con richieste di tipo assistenziale (richiesta di sussidi

o per ottenere gratuitamente alcuni farmaci cui era particolarmente affezionato, mentre rifiutava qualsiasi altro tipo di terapia. Con un rapporto superficiale apparentemente buono, improntato alla cordialità scherzosa, in realtà si mostrava particolarmente chiuso. Si era sempre rifiutato di dare notizie sulla sua storia personale, ironizzando il più delle volte sulle offerte di disponibilità da parte del medico. In pratica non era possibile stabilire un qualsivoglia contratto terapeutico nonostante C. avesse avuto gravi crisi di eccitamento con idee deliranti di persecuzione che gli erano costate numerosi ricoveri in Ospedale Psichiatrico: praticamente un ricovero all'anno negli ultimi dodici anni. C. è omosessuale e tutti in paese lo sanno, non ha familiari, abita da solo e, quando non sta bene, a chiamare sono i vicini di casa o i vigili urbani. Ben presto venimmo chiamati per un episodio di eccitamento che venne gestito a domicilio da due medici del servizio che riuscirono a superare i rifiuti di curarsi di C. e a somministrargli una terapia a base di farmaci a lento rilascio. Alla fine della crisi C. non volle accettare rapporti sistematici con nessuno dei due curanti nonostante dimostrasse di esser loro riconoscente, così venimmo chiamati in occasione di un'altra situazione di scompenso: C. era già francamente eccitato con timori persecutori assai pronunciati che lo portavano ad assumere atteggiamenti minacciosi nei confronti dei vicini. La situazione era talmente tesa che le autorità comunali arrivarono a minacciarci di denuncia se non avessimo proceduto al trattamento sanitario obbligatorio che ci rifiutammo di convalidare dal momento che C. accettava di assumere la terapia farmacologica.

Il servizio nel suo complesso fu però messo a dura prova: dovette infatti per vari giorni sopportare un elevato livello di angoscia giacché C., iperattivo nel suo eccitamento, si spostava da un comune all'altro e dava luogo a situazioni di difficile gestione per il suo atteggiamento particolarmente provocatorio e disturbante soprattutto nei confronti degli operatori, quasi volesse metterli alla prova, indirizzando proprio nei loro confronti tutta la sua aggressività. Finalmente dopo alcuni giorni prese a farsi progressivamente meno eccitato quindi di umore sempre più depresso fino a chiedere un ricovero volontario nel reparto medico di zona.

Da allora C., pur rifiutando un rapporto sistematico di tipo psicoterapeutico, prese ad avere un rapporto stabile con il medico che lo seguì in quell'occasione. Il servizio ha inoltre cercato di dare una risposta, anche se parziale, ai suoi bisogni di contatto sociale inserendolo in un gruppo per il tempo libero a finalità riabilitative condotto da operatori psichiatrici ed animatori. Al di là degli incontri prestabiliti C. ricorre al medico, di cui accetta le prescrizioni farmacologiche, quando comincia a non stare bene, anche dimostrando atteggiamenti aggressivi verbalmente, cosicché non è più successo, negli ultimi tre anni, che abbia presentato uno stato di eccitamento conclamato. Al di là di questi episodi sono emersi anche sentimenti di inadeguatezza e solitudine che lo hanno portato a frequenti richieste di ricovero che hanno per lui il senso di una ricerca di accudimento e contenimento che il

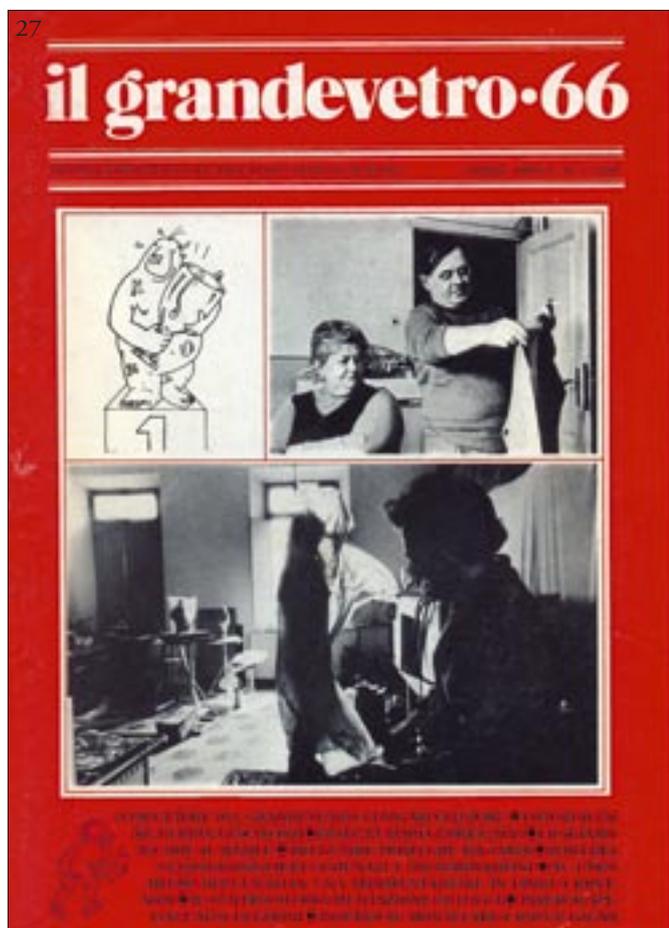
servizio, in mancanza di strutture alternative, ha favorito prendendo contatti con i colleghi delle divisioni mediche.

Questo caso è esemplare per riflettere su quanto i cambiamenti nelle modalità di assistenza introdotte dalla nuova normativa psichiatrica abbiano comportato modificazioni delle modalità di manifestazione del disagio psichico che sono diventate, oltre che socialmente più accettabili, anche più facilmente gestibili da parte sia degli operatori sia del paziente. L'incidenza che questa nuova assistenza ha avuto nel ridurre le forme di patologia più esplosiva a favore di altre che avevano una minore risonanza nell'ambiente circostante, ha avuto come conseguenza anche che sono potute diminuire le richieste di controllo da parte dell'ambiente.

Deistituzionalizzazione, strategie per la gestione sul territorio del disagio psichico

Quanto alla deistituzionalizzazione, come già accennato, ci sforzammo di attuarla cercando di rispettare al massimo i bisogni dei pazienti. Essa fu attuata non come un imperativo, ma in funzione dei reali bisogni dei malati: chi aveva creato nuove radici nell'ambiente manicomiale non poteva essere deportato nella zona di origine dove non sussistevano più legami affettivi. In alcuni casi facemmo rientrare anche persone non della zona perchè legate affettivamente. Anche se tutto questo può suonare banale, non fu facile, ad esempio riuscimmo a trovare un alloggio per una "coppia di fatto" sorta in manicomio. A causa della residenza avrebbe dovuto essere accolto solo uno dei due, ma non sembrava opportuno separarli. Da anni si erano messi insieme senza problemi, ma il processo di "normalizzazione" determinato dal rientro nel paese fece sì che volessero sposarsi! Ebbene trovammo ostacoli a dare risposta a questa domanda: il parroco non volle assumersi una tale responsabilità e dovemmo prendere accordi con il vescovo!

Come abbiamo già detto la deistituzionalizzazione non fu procedura indolore per la popolazione che, nel sapere del rientro dei pazienti manicomiali nei luoghi di origine, si dimostrava quanto meno perplessa se non francamente spaventata. Fu dunque necessario partecipare alle iniziative politicoculturali della zona e far precedere le dimissioni e l'apertura delle Case famiglia da interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione dei quartieri interessati. Sono esempi di questi interventi la stretta collaborazione con un bimestrale di politica e cultura edito nella zona Il "grande vetro" che ci consentiva di rendere note le nostre attività e con il quale partecipammo a



27. Copertina di "Il grande vetro", a. 9, n. 66, marzo-aprile 1985, collezione privata.

28. Dipinto di Gabriele A., Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, 1970-1985.

un'iniziativa culturale che raccoglieva l'impegno di molti artisti, scultori, pittori, persone di teatro ed ebbe una grande risonanza intitolata Aillof (Follia letto "in lingua rovescia") (scheda 10). In alcuni Comuni allestimo anche un programma di educazione sanitaria nelle scuole elementari con la partecipazione volontaria di insegnanti particolarmente sensibili dei quali parlerò in dettaglio nel... Alcuni di questi programmi possono essere qualificati come veri e propri interventi di prevenzione primaria (scheda 11).

Le attività riabilitative

L'aver a che fare con una serie di persone abituate a una vita improntata all'assistenzialismo dove per lo più non era richiesto loro di fare nulla comportò molti sforzi organizzativi da parte degli operatori che espressero il massimo della creatività di cui erano capaci.

In assenza di mezzi regolarmente deliberati allo scopo, i servizi cercarono di farsi consegnare dalle amministrazioni locali ogni spazio in disuso per attrezzarlo e organizzare le più disparate attività in modo da dare una forma al quotidiano dei pazienti cronici. Erano le prime esperienze di riabilitazione nelle quali gli infermieri si impegnavano a partire da personali competenze in settori

che niente avevano a che fare con la loro professione per stimolare i pazienti a riprendere ad essere attivi. Chi sapeva di cucito cercava di coinvolgere le donne, chi di falegnameria gli uomini lasciando libero accesso ai membri dell'altro sesso. Furono organizzate piccole attività di orticoltura e giardinag-



Scheda 10

Per far capire in che cosa è consistita questa esperienza riporto un brano dall'introduzione di Andrea Mancini, uomo di teatro, sul primo di una serie di volumetti editi nel 1985 a cura del circolo del Festival per le stampe della Bandecchi e Vivaldi di Pontedera dal titolo Aillof in lingua rovescia: "In lingua rovescia farà dunque un discorso sui matti e con i matti, con psichiatri e operatori, ma naturalmente non solo con loro, ci saranno decine di pittori e scultori a reinventare l'arredo urbano dei nostri paesi (Quelli del cosiddetto comprensorio del cuoio: S. Miniato, Castelfranco, S. Maria a Monte, Montopoli della Provincia di Pisa e Fucecchio della Provincia di Firenze, Nota della scrivente), ci saranno teatranti, musicisti, poeti, scrittori, riuniti molto liberamente, intorno al tema del rovesciamento, rovesciamento del mondo e della mente. Ci saranno mostre fotografiche sui matti o meglio sul loro "vivere fuori"...dibattiti con famosi psichiatri (si legga l'articolo di A. Pirella), ma anche lo spettacolo teatrale o la "comMASSmedia musicale"...e il lavoro drammaturgico che porterà, attraverso le tappe di una sorta di viaggio teatrale, da "The hunting of the snark" di Lewis Carroll alla "Caccia allo squalo" che Gianni Toti, sulla musica di Margot Galante Garrone, ha scritto per "In lingua rovescia", con la sua lingua rovesciatissima. Ma com'è nata questa strana manifestazione, e perché nella nostra zona....la nostra Associazione intercomunale, l'Unità Sanitaria Locale, e per loro il Centro di igiene mentale (si legga l'articolo della Dott. Bolelli) non si sono dimenticati del problema, non si sono dimenticati dei matti. Non è che l'abbiano risolto, tutt'altro, hanno però cercato di impostare una serie di attività più o meno sperimentali per toglierli dal loro assurdo, incredibile isolamento. Attività che vanno dall'inserimento lavorativo a momenti ben più complessi, realizzati con l'apporto decisivo dei Comuni-quello di Fucecchio per esempio-, di Biblioteche- quella di Castelfranco, con il suo gruppo fotografico La Fototeca- o di organizzazioni- l'Arci della zona del cuoio in particolare."

Scheda 11

Per prevenzione primaria si intendono tutti quegli interventi tesi a rimuovere le condizioni di rischio per la salute. È evidente che nel caso della psichiatria si identificano con tutto ciò che promuove una migliore qualità della vita. Essa comprende quindi sia tutti i programmi informativi ed educativi che tendono a far conoscere i fattori di rischio ed a formare abitudini ed assetti mentali che promuovono la salute psicofisica, sia gli interventi che preparano ad affrontare un evento traumatico ad esempio il parto o un intervento chirurgico particolarmente impegnativo come un trapianto di organo e un'amputazione. A questi possiamo aggiungere le iniziative di sostegno ai familiari dei pazienti psichici gravi che, oltre a prevenire le ricadute, tendono anche a evitare scompensi nei membri della famiglia sottoposti allo stress di una difficile convivenza. Essa è da distinguere da una prevenzione secondaria e terziaria che riguardano rispettivamente la diagnosi e cura precoce la prima e l'impegno per evitare ricadute la seconda. La prevenzione secondaria dunque riguarda gli interventi che riducono i fattori responsabili dello scatenamento della sintomatologia e il controllo precoce dei sintomi. Tipicamente si occupa di questa forma di prevenzione la psichiatria di consulenza agli altri reparti in ambito ospedaliero. La prevenzione terziaria è rappresentata dall'impegno a modificare le conseguenze psicologiche delle affezioni psichiatriche limitandone gli effetti negativi e aiutando il paziente ad adattarsi alle sue nuove condizioni. Si propone in questo modo di evitare riaccensioni della sintomatologia acuta e il ripetersi dello scompenso psicopatologico.

EDIZIONI DEL CIRCOLO DEL FESTIVAL



AILLOF
IN LINGUA ROVESCIA
 CACCIA ALLO SNUALO

4

gio. Le attività di cucina venivano sistematicamente svolte insieme da operatori ed utenti negli improvvisati centri diurni. Molte le attività espressive come la pittura e la ceramica. Spesso il servizio cercava finanziamenti improvvisati attraverso donazioni di enti e di privati per poter avere la materia prima per queste attività ancora non ufficialmente riconosciute e finanziate dal servizio sanitario. Alcune attività come quella teatrale racchiudevano in sé i prodotti di molte altre in quanto richiedevano l'allestimento di costumi e di piccole scenografie che necessitavano di un impegno nel cucito e nella falegnameria. Man a mano che le attività si consolidavano e che acquistavano visibilità nei Comuni dove venivano allestite se ne capiva l'importanza e si riusciva ad avere qualche sostegno economico, e si cominciò ad avere la possibilità di ricorrere all'aiuto di qualche professionista: animatori, attori. Successivamente il riconoscimento dell'utilità di queste iniziative ha portato alla ricerca di personale esperto in riabilitazione che veniva arruolato per incarico o attraverso servizi di cooperative. Oggigiorno non sorprendono questi interventi, ma è bene non dimenticare che la loro origine è stata per lo più spontaneistica, fondata sull'impegno degli operatori che "ci credevano" e volevano a tutti i costi far marciare una legge che enunciava buoni principi, ma che di fatto non fu sostenuta con adeguati finanziamenti e procedure attuative.

I gruppi a valenza terapeutica

Da un punto di vista tecnico furono messi a punto tanti interventi gruppalmente di natura risocializzante e riabilitativa anche in sedi improvvisate. Fu l'impossibilità del paziente grave di accedere spontaneamente ad una relazione terapeutica, che ci portò a "inventare" strategie istituzionali per avvicinare questi pazienti ed arrivare a istituire condizioni stabili per la cura.

Approntammo una serie di interventi a valenza psicoterapica improntati all'ottica psicoanalitica, che tendevano a condurre il paziente verso un riconoscimento anche parziale di una possibile mentalizzazione del disagio che viveva in altri modi: come malattia del corpo o proiettandolo nell'ambiente circostante in una forma che investiva i familiari o il contesto sociale allargato con la conseguenza di sentirsi perseguitato. Essi facevano crescere nel paziente la consapevolezza dell'utilità e quindi l'accettazione di uno spazio privato, rappresentato dalla relazione con l'operatore, nel quale avviare una riflessione sulla situazione, anche clamorosa, che aveva portato al contatto con il servizio e dove, successivamente, la follia da comportamento anomalo potesse divenire una narrazione, oggetto di un dialogo e quindi aprirsi a una possibile analisi che la riconducesse alle sue origini nell'ambito di un vero e proprio contratto psicoterapico.

Si trattava di gruppi di lettura di racconti o di novelle che venivano organizzati nell'ambito dei servizi per i pazienti cronici o per i ricoverati.

Erano gruppi aperti che potevano ospitare sem-



30



pre nuovi pazienti, ma l'incontro era fissato nella periodicità e nella durata. Si consentiva la libera espressione di ciascuno nei commenti, ma anche si stabilivano dei limiti attraverso orari e procedure. L'uso del racconto come strumento di intermediazione dava spazio al mondo degli affetti dei pazienti e permetteva la stimolazione di ricordi e associazioni attraverso l'identificazione con i personaggi.

Il riconoscimento che altri membri del gruppo parlano di sé con l'aiuto di chi dirige, ma che viene anche posto un limite a questo loro esprimersi perché non dilaghi in maniera da impedire la partecipazione di tutti, crea una dimensione rassicurante che il paziente poteva utilizzare come una occasione protetta nella quale, forse per la prima volta, porre attenzione al fatto che vi sono dei sentimenti vissuti in relazione con gli eventi. Questo può favorire un iniziale processo di riflessione su di sé e, soprattutto, può anche indurre il desiderio di entrare in relazione con un operatore in persone che abitualmente lo evitano. Un esempio di questi effetti che i gruppi possono produrre ci renderà ragione della loro utilità.

M. era stato ricoverato con trattamento sanitario obbligatorio per un episodio di eccitamento maniacale. Anche in precedenza egli aveva sempre costretto il servizio ad intervenire quando era in crisi, rifiutando, una volta cessato l'episodio acuto, ogni possibilità di cura e di relazione con gli operatori. Durante il ricovero partecipò alla lettura di un racconto, il cui soggetto riguardava una crisi coniugale insorta in seguito ad una perdita traumatica. Il marito aveva reagito chiudendosi in camera per anni, sordo ad ogni sollecitazione, mentre la moglie si era progressivamente dedicata agli altri con opere di bene ed intessendo validi rapporti; questa storia presentava elementi in comune con la relazione coniugale del paziente alla quale egli attribuiva ogni suo malessere. Di fronte a questo tema il

gruppo dei partecipanti alla lettura si schierò in maniera compatta dalla parte della moglie del racconto, mettendo in difficoltà il paziente, tanto che questi, dopo aver difeso animosamente e collicemente l'atteggiamento del marito protagonista del brano, abbandonava irritato la sala di lettura. Trascorso un giorno dall'episodio, il paziente si rivolse al medico di turno chiedendo per la prima volta un colloquio, durante il quale emersero spontaneamente le difficoltà e la sofferenza patite negli ultimi anni nella sua relazione di coppia a cui egli aveva sempre reagito con un atteggiamento di negazione e di chiusura in un irrealistico convincimento di non avere bisogno di nessuno.

Altri interventi gruppalmente a forte valenza psicoterapica erano i vari interventi messi a punto per sostenere le famiglie. Incontri non occasionali, bensì formalizzati che si tenevano in occasione della crisi del congiunto o quelli finalizzati all'istituzione di un progetto riabilitativo per il paziente malato, ma anche quegli incontri centrati sulla riunione di più famiglie di pazienti gravi.

Il figlio ventenne di un paziente che soffre di episodi ricorrenti di eccitamento maniacale e di depressione accetta di presenziare ad un gruppo di familiari di pazienti gravi. Afferma di non essere sicuro di partecipare con continuità perché "sta male soltanto a parlare o vedere persone che soffrono" e non vuole altri contatti con la malattia oltre a quelli cui è costretto dal periodico ammalarsi del padre. Infatti è sempre stata la madre a gestire la malattia di quest'ultimo preservando i figli da ogni responsabilità, ma ella è deceduta improvvisamente da pochi mesi ed egli si trova per la prima volta a dover far fronte in prima persona, insieme alla sorella e ad un vecchio nonno, ai comportamenti devianti del padre. Terrà una frequenza discontinua, soprattutto all'inizio, ma sufficiente a renderlo maggiormente capace di stare vicino al padre cui, dopo alcuni mesi, si sentirà di proporre una vacanza insieme per lasciare la sorella libera di fare un viaggio con le amiche e a temere meno la malattia mentale, tanto che racconterà al gruppo

29. Gianni Toti, *Aillof in lingua rovescia. Caccia allo snualo* (a cura di Andrea Mancini), copertina, Edizioni del Circolo del Festival, Santa Croce Sull'Arno, 1985, collezione privata.

30. *Pierina*, Centro "XXV aprile", S. Giovanni in Persiceto, Bologna 1990.

31. Gruppo di riabilitazione, in Gianni Toti, *Aillof in lingua rovescia. Caccia allo snualo* (a cura di Andrea Mancini), Edizioni del Circolo del Festival, Santa Croce Sull'Arno, 1985, p. 37, collezione privata.



32

di avere fatto amicizia con un coetaneo che ha problemi analoghi ai suoi con il quale, in precedenza, non aveva voluto avere contatti.

Considerazioni conclusive

È molto difficile trarre un bilancio conclusivo, ma è indubbio che la legge 180 è riuscita a dare concretezza a molti degli obiettivi proposti dai sostenitori del movimento antiistituzionale antipsichiatrico tra i quali emerge in primo piano la figura di Basaglia, nonostante il mancato finanziamento responsabile della parzialità dei risultati e della loro disomogeneità sul territorio nazionale.

Anche se da più parti si affacciano proposte di modifica della legge è stato ormai realizzato un mutamento culturale irreversibile in quanto si è determinato un profondo cambiamento nel senso comune della gente nel modo di concepire la malattia mentale e la sua cura. Ormai è diffuso il convincimento sia dell'inutilità/dannosità degli ospedali psichiatrici, sia dell'utilità di un intervento terapeutico che tenga conto anche degli aspetti psicologici e l'inserimento della psicoterapia nel servizio pubblico, da sola o in

associazione con la terapia farmacologica, comincia ad essere considerato una possibilità che ottiene nel tempo risultati più efficaci e maggiormente economici in quanto in grado di ridurre le ricadute e le ospedalizzazioni con indubbi vantaggi economici. Molti principi del movimento antiistituzionale sembrano dunque ormai patrimonio comune dei cittadini anche se continuano a essere perpetuati dai mass media molti pregiudizi sulla malattia mentale soprattutto legati alla imprevedibilità e alla pericolosità. Infatti giornali e tv non mancano di dare estremo rilievo agli atti di violenza compiuti da pazienti psichici e propongono sempre situazioni di "normalità" familiare precedenti al comportamento auto o etero aggressivo e sono gli unici a continuare a parlare di persone "in preda ad un raptus improvviso". È quindi necessario continuare a lavorare intensamente per diminuire la paura della follia e i pregiudizi nei suoi confronti.

Quanto alla valutazione che posso fare della mia esperienza lavorativa posso dire che essa fu estremamente faticosa, ma entusiasmante. Mi sentivo

molto coinvolta in un progetto di rinnovamento che rivoluzionava acquisizioni e modelli impartiti in sede accademica, tutta tesa a sperimentare e "inventare" nuove procedure che tenessero conto, oltre che delle mie scelte politiche, anche della mia formazione psicoanalitica maturata in contesti extrauniversitari. Appena laureata dopo aver letto il famoso libro di Paul-Claude Racamier *"Lo psicoanalista senza divano"*, mi ero recata in Francia per informarmi sulla psichiatria di settore e fare conoscenza dell'uso rivoluzionario della psicoanalisi in contesti non privati. Poter verificare direttamente che un atteggiamento psichiatrico diverso "pagava" dando risultati insperati, fu veramente l'aspetto più

32. Marco Cavallo esce dal manicomio di San Giovanni a Trieste.

33. Locandina pubblicitaria del Concorso nazionale di fotografia "La follia" organizzato dal Gruppo fotografico "La fototeca" di Castelfranco di Sotto (Pisa) e tenuto tra il 24 novembre e il 31 dicembre 1984 presso la Biblioteca comunale di Castelfranco di Sotto. L'immagine è tratta da *Storia e cultura dell'immagine 1978-1984*, Gruppo fotografico "La fototeca". Ciclostilato di proprietà dell'autrice.

34. Graffiti, collezione privata.



“La Follia”

Concorso Nazionale
di Fotografia



Biblioteca Comunale

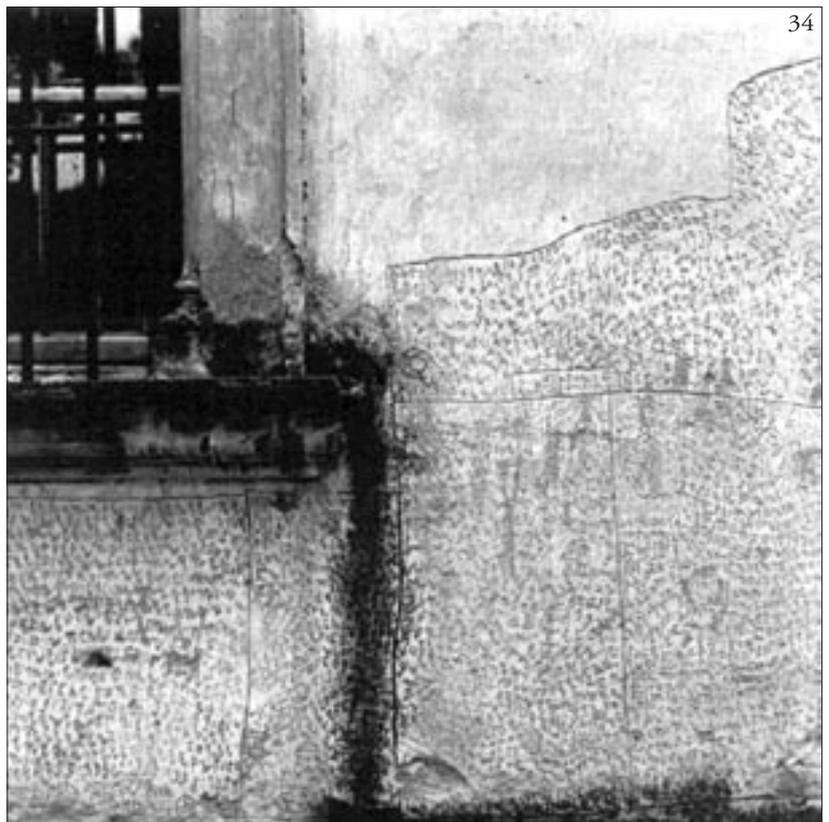
bello ed esaltante del mio sforzo professionale che andava ben al di là dell’impegno richiesto ad un operatore del settore pubblico. Credo oggi, in tempi che certamente non invitano all’entusiasmo, ma alla resistenza quanto alla difesa dei diritti civili, di avere contribuito, sia pure con una piccola goccia, a quella cascata che ha travolto una modalità psichiatrica repressiva ai limiti della violenza, fortemente emarginante anche quando animata da buone intenzioni, per effettuare un cambiamento apprezzato e invidiato dagli operatori del settore di molti paesi del mondo occidentale. A testimonianza degli intenti benevoli di molti di coloro che lavoravano nel manicomio riporto alcune frasi di un editoriale di una rivista titolata “*Manicomio moderno*” del 1888 citate da A. Lippi e G. Sansoni in un loro recente libro. “Noi vorremmo che i manicomi diventassero tanti villaggi, dove nulla facesse difetto per rialzare le individualità dei suoi abitanti...dove i neghittosi si spoltrissero, dove gli analfabeti imparassero a leggere, dove fiorissero l’agricoltura, i mestieri, le arti belle: noi in una parola vogliamo

nei Manicomi una società di pazzi che non avesse nulla da richiedere o da invidiare a quella dei sani di mente...”

Come non capire da queste parole ispirate a un benevolo paternalismo quanto l’esclusione fosse considerata naturale e giusta per proteggere la società da chi non ne rispettava le regole? Come non cogliere allora che le parole di Basaglia che “L’unico atto possibile da parte dello psichiatra è quindi quello di non tendere a soluzioni fittizie, ma di far prendere coscienza della situazione globale in cui si vive, contemporaneamente esclusi ed escludenti...” e “non ci resta che rifiutare l’atto terapeutico qualora tenda solo a mitigare le reazioni dell’escluso nei confronti del suo escludente...” erano finalizzate a superare quell’atteggiamento umanitario che accettava come un dato giusto e naturale l’esclusione dei malati mentali senza metterla minimamente in discussione? Il passo successivo era quello di tentare di conciliare l’atto terapeutico con il reinserimento a pieno titolo nel contesto sociale del malato, cosa che la legge ha prescritto e che, in molti, abbiamo cercato di fare.

Due testimonianze di vita in manicomio

Oreste Nannetti, nato nel 1927 da padre ignoto, fu accolto a sei anni in un Ospizio di carità e dopo di allora ha fatto numerosi ricoveri in ospedale civile, in ospedale psichiatrico giudiziario per resistenza a pubblico ufficiale, in ospedale psichiatrico a Roma e di qui trasferito nel manicomio di Volterra da cui uscirà per vivere in una residenza protetta a seguito delle iniziative di deistituzio-



nalizzazione che precedettero la formulazione della legge 180.

Giorno dopo giorno, in tredici anni di reclusione, è riuscito ad incidere il muro di uno dei padiglioni del manicomio di Volterra con la punta di una fibbia. Il testo, che a un primo sguardo sembra scritto in cuneiforme, è per lunghi tratti leggibile ed è firmato N.O.F.4. In esso, tra disegni di simboli e numeri, compaiono frammenti di una biografia immaginaria nella quale si descrive come “alto moro spinaceo bocca stretta naso a y”, e di una cosmogonia alchemica: “Stelle fusione lune metalli” cui seguono le diciture “nichelio ottone idrogeno solforico ecc.” accompagnate da vari conti. Appunti su lanci spaziali si mescolano a echi degli eventi che scuotono il mondo: “Il passo chiodato avanza su tutta Europa senza contrasti territoriali”. Non mancano accenni poetici:

Budda è vivente

Stella perduta stella morente...

Andando su una strada-mi imbatto su una via-con un grosso cartellone-con questa diceria...

Molte le cartoline postali inviate a parenti ine-

sistenti con richieste di “qualche migliaia di lire per sbarcarci il lunario” che promette di restituire prontamente quando uscirà e lavorerà.

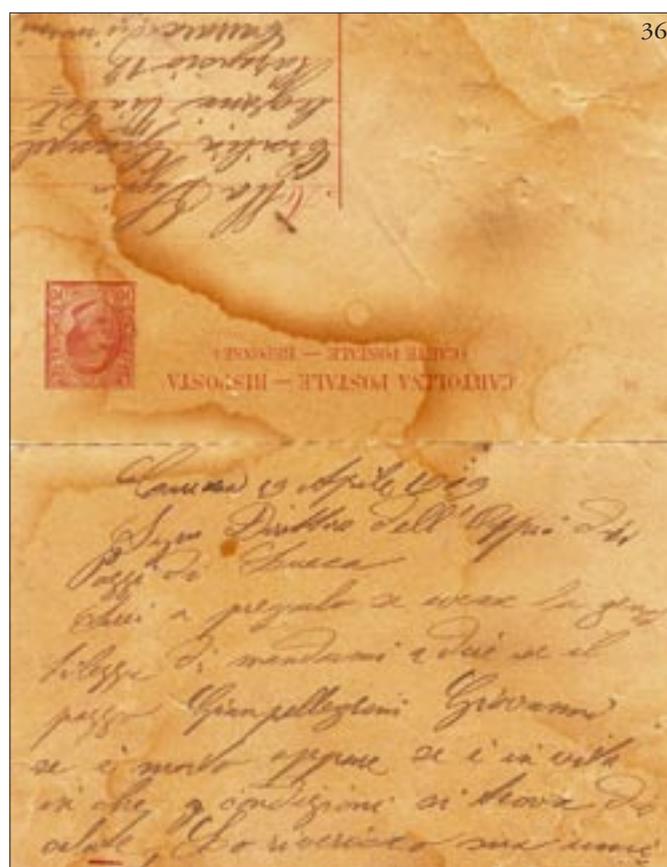
La posta immaginaria ci fa immaginare la solitudine totale di queste persone che nessuno andava a trovare tanto che negli archivi dei manicomi compaiono cartoline come quella qui riprodotta di cui trascrivo il testo troppo sbiadito perché dell'Aprile 1909. È provvista di un'altra cartolina, già pagata, per la risposta che, si noti, non è mai stata utilizzata.¹

Il testo:

*Al Signor Direttore dell'Ospizio dei pazzi di Lucca
Lucca*

Carrara 19 Aprile 1909

*Signor Direttore dell'Ospizio dei pazzi di Lucca
Sarei a pregarla se avesse la gentilezza di mandarmi a dire se il pazzo G.... Giovanni se è morto oppure se è in vita in che condizioni si trova di salute, Lo riverisco sua umilissima serva Ersilia G.... lo ringrazia anticipatamente*



¹ Nel 1983 operatori impegnati nella deistituzionalizzazione hanno pubblicato un libro che raccoglie le lettere non spedite scritte dai “matti” del Manicomio di Volterra per documentarne l’esclusione. Ha per titolo “La corrispondenza negata”. Esso dimostra in maniera inoppugnabile che la corrispondenza veniva considerata un documento funzionale a rilevare lo stato di malattia e che il personale di assistenza, ignorando gli appelli accorati e la solitudine degli scriventi, la utilizzava soltanto come prova di un linguaggio deformato o incomprensibile, espressione della malattia quindi funzionale alla diagnosi e da censurare.

35-36. Cartolina postale indirizzata al direttore del manicomio di Lucca, proprietà dell’autrice.

37. Goya, *La casa dei pazzi*, Accademia San Fernando, Madrid 1803-1806.

Breve storia delle terapie psichiatriche

Daniela Bolelli



Le terapie per le malattie mentali fino al Settecento consistevano in cure fisiche del tipo salassi, purghe, digiuni, bagni caldi e gelati. Alla fine del Settecento si associarono a questi trattamenti educativi e rieducativi sulla base della concezione illuministica della necessità di perseguire una disciplina della mente nell'educazione dell'infanzia. Nel caso dei malati di mente questo orientamento pedagogico era particolarmente rigoroso, tanto da rasantare in non pochi casi il sadismo. Tra la fine del '700 e i primi dell'800 furono introdotti da Ph. Pinel in Francia e da V. Chiarugi in Italia orientamenti più umanitari tesi a convincere ed a educare che andarono sotto il

Scheda 1

“Non vi può essere dubbio sul fatto che il principio della *paura* nella mente umana, quando sia suscitato moderatamente e giudiziosamente, come avviene mediante l'applicazione di leggi giuste e egualitarie, ha un effetto salutare sulla società. E' questo un principio grandemente usato nell'educazione dei bambini...Ma quando la paura viene suscitata in modo eccessivo, o quando diviene il principale motivo per agire, essa certamente tende a impedire la comprensione, a indebolire le disposizioni benigne, ad avvilire la mente.” Così scrive nel 1813 Samuel Tuke, direttore del manicomio di York, in “Description of the retreat”, nel capitolo “Sui mezzi per assistere il paziente nel controllo di sé stesso”.

nome di “trattamento morale” che possiamo considerare una prima forma di psicoterapia (Scheda 1). Fu sempre Pinel che introdusse nel manicomio di Bicetre un nuovo trattamento basato sul lavoro, l'ergoterapia, partendo dal principio che il lavoro manuale, eseguito in modo rigoroso, rappresenti il metodo migliore per “migliorare il morale e la disciplina” (Scheda 2).

Scheda 2

L'ergoterapia, letteralmente terapia del lavoro, detta anche terapia occupazionale, fu molto utilizzata negli ospedali psichiatrici spesso coniugando l'interesse a curare con i vantaggi nella gestione della vita istituzionale. In molti casi la sua valorizzazione in quanto antidoto alla passività dei degenti si basava su assunti terapeutici che nascondevano un sottinteso moralistico, talora inconsapevole, in quanto “l'ozio è il padre dei vizi”. Per questo suonò veramente rivoluzionaria l'iniziativa basagliana di costituire cooperative di lavoro costituite da degenti e operatori, o solo degenti, che si ponevano nel mondo del lavoro in un'ottica sociale di parità rifiutando il lavoro parziale e mal fatto, fine a sé stesso che in precedenza veniva chiesto ai degenti manicomiali, che talora si configurava come uno sfruttamento di mano d'opera scalcinata, ma gratuita.

Oggi però pensiamo all'ergoterapia come a una forma specialistica di rieducazione psicomotoria tesa a promuovere attività finalizzate a uno scopo e la classifichiamo più un'attività riabilitativa, consapevole che è difficile distinguere nettamente la terapia dalla riabilitazione. Le attività promosse dalla terapia occupazionale possono essere collettive o individuali, di lavoro sia di tipo manuale ripetitivo o creativo, come nel caso del lavoro artigianale, sia anche intellettuale come nel caso dell'esecuzione di programmi informatici. Lo scopo dell'ergoterapia va dalla rieducazione delle insufficienze motorie e gestuali a quella delle competenze emotive e mentali che riguardano attività necessarie alla vita quotidiana e attinenti alla socializzazione, infatti viene perseguito non soltanto il miglioramento delle abilità di esecuzione attraverso una gradualità nella richiesta di prestazione, ma anche delle capacità di adattamento e partecipazione all'ambiente lavorativo fino alla completa autonomia.

E' un intervento delicato che deve tener conto sia della realtà soggettiva interna del paziente, sia della relazione che egli ha con il mondo esterno.

In questo stesso periodo furono scoperti il magnetismo animale (F. A. Mésmer) e l'ipnosi che, siamo a metà '800, J. Braid propose di usare a scopi terapeutici.

Alla fine dell'800 S. Freud creò una teoria della mente e un nuovo metodo di cura, la psicoanalisi, dalla quale si sono sviluppati molti altri modelli di psicoterapia (Scheda 3).

Nella prima metà del novecento si aggiunsero nuove terapie, del tutto empiriche, dette di shock: lo shock insulinico ed elettrico (ECT). Il primo ottenuto con mezzi chimici e il secondo fisici.

A questa stessa epoca risale anche la messa a punto di interventi di psicotomia per la cura di quelle forme di malattia mentale considerate intrattabili con gli altri metodi di cura. Lobotomia o leucotomia è il nome dato a interventi di

Scheda 3

La psicoterapia può essere definita come un trattamento della mente attraverso la mente che si svolge nell'ambito di una relazione interpersonale utilizzando il linguaggio e che si avvale di una teoria scientifica della personalità.

Fu con la creazione della psicoanalisi da parte di S. Freud che la psicoterapia diventò un metodo organico di cura. A partenza dagli studi di Freud si sono sviluppati poi tanti modelli diversi di trattamento psicoanalitico e anche altri orientamenti teorici che produssero tecniche diverse. Tra questi i più importanti sono l'indirizzo cognitivo, quello comportamentale e quello sistemico relazionale.

L'obiettivo della psicoterapia, pur curativo, si differenzia da quello delle cure mediche in quanto si propone non tanto di ripristinare il funzionamento sano preesistente come fa la medicina che cura il corpo, ma di avviare un processo trasformativo della personalità del malato che ne favorisca la crescita e promuova la creazione di un nuovo e più soddisfacente equilibrio psicofisico. In questa ottica la psicoterapia guarda al sintomo non come qualcosa da eliminare ad ogni costo, ma come la soluzione provvisoria migliore che il paziente ha potuto trovare di fronte a conflitti impossibili da sostenere e, pertanto, come un fenomeno da comprendere per poterlo modificare.

Nel corso del '900 le tecniche psicoterapeutiche si sono estese al di là del trattamento individuale con la messa a punto di interventi curativi per la coppia e la famiglia ed anche per i gruppi.

rimozione chirurgica di un pezzo di corteccia cerebrale oggi caduti in disuso sulla base della considerazione che non sia accettabile il vantaggio di rendere gestibili pazienti che sembrano intrattabili e di arrecare sollievo a chi mostra una sofferenza intollerabile se il prezzo è la perdita definitiva dell'individualità personale. Infatti gli esiti di questo tipo di cura sono che il paziente diventa indifferente a tutto, ha una riduzione drastica dell'iniziativa e perde ogni sua capacità creativa (Scheda 4).

All'inizio degli anni '50 del secolo scorso fu sco-



Scheda 4

Lo shock insulinico, oggi in disuso, consiste nell'indurre, mediante la somministrazione di insulina, un coma ipoglicemico da cui il paziente viene risvegliato con somministrazione di zucchero. Nel 1938 due psichiatri italiani Bini e Cerletti introdussero l'elettroshockterapia (ECT). Essa consiste nell'indurre una crisi epilettica mediante il passaggio di corrente elettrica alternata attraverso le tempie del paziente per pochi istanti. Poiché ne consegue uno stato di torpore, se ripetuta in giorni successivi, produce uno stato di passività e confusione che riesce a calmare qualsiasi stato di agitazione e, per questo, fu spesso utilizzata in manicomio per annullare la reattività del paziente ed anche in maniera punitiva visto le caratteristiche drammatiche del suo svolgimento agli inizi della sua applicazione. Pertanto divenne uno dei bersagli favoriti da parte dei contestatori della psichiatria manicomiale. Con il perfezionamento della tecnica di esecuzione e con l'uso dei più moderni interventi anestesiológicos l'ECT è tornato ad essere un trattamento praticato, anche se non meno inquietante, perché si dimostra efficace in situazioni nelle quali altre forme di terapia non abbiano dato risultati soddisfacenti nonostante il meccanismo di azione sia ancora sconosciuto. Tutto ciò che sappiamo è che, dopo le convulsioni, si determina un riassetto dei recettori dei neurotrasmettitori che intervengono nelle connessioni tra le cellule nervose e delle modificazioni nel rilascio di ormoni e di endorfine. Gli effetti collaterali sono importanti:

alterazioni della sfera cognitiva, stati confusionali transitori e disturbi della memoria più o meno lunghi e non del tutto reversibili. Questo fa sì che chi lo usa raccomandi il suo impiego limitatamente a quelle situazioni nelle quali la terapia farmacologica non ha dato risultati e che molti, tra i quali mi includo, si rifiutino di usarlo considerando che nessun beneficio possa valere l'utilizzo di una cura che si configura come una modalità di annullamento della persona che la priva della volontà e dei suoi ricordi determinando effetti irreversibili.



D.W.Winnicott un pediatra inglese psicoanalista ha condotto a lungo una battaglia di opposizione all'uso di tale

pratica scrivendo articoli su prestigiose riviste scientifiche inglesi e organizzando un convegno sull'ECT presso la società psicoanalitica inglese già nel 1944. Egli scrisse una lucida analisi sulle motivazioni psicologiche che possono muovere i pazienti ad accettare una terapia così lesiva e i medici a proporla formulando ipotesi anche sul motivo di perché può risultarne un temporaneo vantaggio. Ad esempio la richiesta di ECT potrebbe rispondere a un bisogno di tipo suicidario che catalizza i sentimenti di odio e di punizione del paziente che spesso fantastica che venga distrutta la sua parte cattiva e che pertanto può ricavare un sollievo da tale pratica. Per quanto riguarda il personale sanitario egli sottolinea che "esiste l'inconscio antagonismo del medico verso i malati che non rispondono alla sua terapia" e che questo insieme alla paura e al conseguente odio inconscio verso la follia può spiegare anche la diffusa crudeltà riscontrata nei manicomi. Winnicott si esprime così in merito alle nuove terapie fisiche e chirurgiche: sono "l'esempio estremo di una psichiatria che ignora lo studio della natura umana e della salute mentale come fatto di maturità dello sviluppo emozionale dell'individuo...che divide dalla psichiatria come complessa, ma affascinante preoccupazione per l'essere umano che trova difficile vivere, e i cui problemi possiamo ritrovare anche in noi stessi".

Quanto alla leucotomia la sua argomentazione più forte è riassunta in queste parole:

"o sono matto io o lo è lo psichiatra in questione. In questo caso, il dottor X...mi prescriverà una leucotomia e a questo punto non ci sarà più un dottor Donald Winnicott. L'obbediente automa che ne risulterà sarà un Donald Winnicott a metà, senza dubbio più felice e libero da zelo missionario e sentimenti sociali, libero di godersi il piacere della mancanza di un vero scopo. Nel secondo caso, il matto è lo psichiatra e io lo psicoanalizzo. Naturalmente non desidera essere psicoanalizzato, quindi rimarrà non analizzato e io rimarrò un analista frustrato, ma lui si terrà la sua psiche intatta. Ecco la differenza tra queste due tremende alternative...mentre io lotto per l'esistenza stessa della mia psiche, il mio avversario sa che la sua psiche verrà lasciata intatta e che, se resisterà al trattamento psicoanalitico, sarà almeno lui stesso a resistere. Lo invidia."



40

38. Hieronymus Bosch, *La cura della follia*, olio su tavola, 1475-1480, Museo del Prado, Madrid.

39. Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, *Morire di classe*, manicomi di Gorizia, Parma e Firenze, 1968.

40. Ospedale psichiatrico di San Lazzaro a Reggio Emilia, lavanderia a vapore.

perto il primo psicofarmaco, la clorpromazina da J. Delay e P. Deniker. L'utilizzo di questo farmaco, che ha un'azione sedativa negli stati psicotici, determinò un profondo cambiamento, oltre che nella cura, nella gestione dei malati gravi. Infatti rese possibile la comunicazione con pazienti prima considerati inaccessibili facilitandone la comprensione. Questo rese possibile ridurre la contenzione fisica, cioè la prassi di immobilizzare il paziente mediante legacci e camicie di forza, e sviluppare un'approccio più umano (Scheda 5). Oggigiorno le diverse misure terapeutiche ven-

Scheda 5

La terapia farmacologica consiste nella somministrazione di sostanze dette psicotrope che sono sostanze chimiche che modificano le condizioni psichiche in chi le assume. Esse agiscono modificando l'azione dei neurotrasmettitori cerebrali, facilitando o ostacolando il passaggio delle sostanze chimiche a livello

delle connessioni tra le cellule. Il loro effetto consiste nell'attenuare sintomi intollerabili e di conseguenze nel facilitare la ripresa della capacità di comunicare con gli altri inibita o del tutto interrotta.

Gli psicofarmaci consistono fondamentalmente in sedativi più forti e più leggeri, induttori del sonno e antidepressivi.

Il trattamento farmacologico dei disturbi psichiatrici è empirico. La pratica clinica ha messo in evidenza che uno stesso farmaco può essere utilizzato per curare disturbi diversi e che farmaci differenti possono incidere positivamente sullo stesso disturbo.

La terapia va sempre personalizzata e per ogni persona va ricercato un delicato equilibrio tra vantaggi e effetti collaterali negativi che è sempre diverso da soggetto a soggetto.

Non dobbiamo dimenticare che lo psico farmaco possiede oltre al suo specifico effetto farmacologico anche effetti psicologici che si intrecciano ad esso. Sono effetti molto complessi e riguardano non solo i desideri, le aspettative, le paure dei pazienti ma anche quelle dei familiari e del curante. Oggi si pensa che l'insieme dei processi attraverso i quali il farmaco viene assimilato, il cosiddetto metabolismo biologico del farmaco, e i processi psicologici che caratterizzano la sua assunzione e assimilazione, il "metabolismo psichico", siano in un collegamento interattivo e che vi sia tra loro un reciproco influenzamento. Poiché le emozioni e i pensieri si sostanziano tramite processi neurochimici è comprensibile che possano influenzare il metabolismo del farmaco assunto. E' quindi da tenere presente che una terapia farmacologica è sempre qualcosa di più complesso dell'assunzione di una sostanza che ha un particolare effetto sull'organismo.

41



42

gono utilizzate in maniera combinata nell'ambito di progetti terapeutici integrati che prevedono il ricorso a trattamenti terapeutici diversi, eventualmente anche in associazione con interventi educativi e riabilitativi, da praticarsi in contemporanea o in sequenza, ed è accertato da studi sull'efficacia che i migliori risultati nella patologia grave vengono ottenuti in questo modo piuttosto che con singoli interventi terapeutici (Scheda 6).

Scheda 6

La teoria più accreditata sulle cause della malattia mentale è multifattoriale si parla infatti di un'eziologia bio-psico-sociale. Non si pensa dunque a un'unica causa, ma a una serie di cause che investono il substrato biologico (il corpo e in particolare quindi l'organo cervello), ma riguardano anche sia i precoci disturbi della comunicazione interpersonale e, in parallelo, di quella all'interno di sé, intrapsichica, sia anche le sofferenze indotte da circostanze ambientali, familiari, socioculturali particolarmente sfavorevoli.

Da questa impostazione sulle cause della malattia mentale deriva una concezione della cura che prevede interventi sui tre diversi livelli, bio-psico-sociale, che devono essere integrati tra loro in modo da non diventare contraddittori, ma potenziarsi quanto all'efficacia. Pertanto nella patologia grave si tratta di combinare in maniera strategica e coerente una terapia farmacologica con una psicoterapia (che può essere individuale, di gruppo, di coppia, familiare) e con interventi psicoeducazionali o riabilitativi.

41. Antonio Ligabue, *Autoritratto con torre*, 1948, olio su faesite.

42. Un disegno di Ugo Guarino.

43. Popoli e lingue nell'Impero d'Austria nel primo Novecento, collezione privata.

Breve storia dell'assistenza psichiatrica in Tirolo nel XIX e XX secolo

Milena Cossetto

43



La storiografia

In Italia la ricerca storica si è occupata delle istituzioni e delle storie dei folli, dei malati psichici, della pazzia, solo negli ultimi anni del XX secolo. Fu proprio il lavoro di Franco Basaglia, la svolta culturale degli anni Sessanta e Settanta, a spingere storici e storiche ad attingere agli archivi delle istituzioni psichiatriche per studiare non solo le istituzioni, “gli spazi della follia”, ma anche le storie dei ricoverati, “dei vinti”. In particolare la relazione tra l’immagine della malattia psichica e la cultura scientifica dell’epoca, la psichiatria, la medicina, la scienza viene letta storicamente utilizzando fonti dirette, testi scritti dai pazienti, disegni o pitture dei ricoverati, relazioni dei me-

dici, carteggi tra le autorità competenti nel territorio, fotografie, articoli di giornali, per scavare negli intrecci tra ritualità della vita quotidiana nei reparti, vissuti individuali di malati, personale infermieristico, medici e il mondo esterno, la società che aveva espulso e recluso la sofferenza psichica. Per quanto riguarda la situazione specifica dell’Alto Adige-Südtirol va ricordata la composizione plurilinguistica e multiculturale della sua popolazione fin da quando era parte del Land Tirol asburgico e i suoi confini si estendevano da Kufstein a Borghetto. In questo quadro non va dimenticato che l’attuale Provincia di Bolzano non aveva nel suo territorio strutture o servizi per i malati psichici fino alla applicazione della



guerra mondiale fu diviso e la parte meridionale (dal Brennero a Boghetto) fu annessa al Regno d'Italia. Tra il 1943 e il 1945, durante l'occupazione nazista, fece parte della *Zona di Operazioni Prealpi*, di fatto provincia del Terzo Reich di Hitler. Nel 1946, con l'accordo Degasperi-Gruber, parte integrante del trattato di pace che manteneva il confine al Brennero, vennero poste le basi per l'autonomia del territorio. Nonostante gli interventi dell'Onu, che richiama l'Italia al rispetto dell'accordo internazionale, fino al 1972 fu un'autonomia regionale; nel 1992 la questione altoatesina venne riconosciuta conclusa

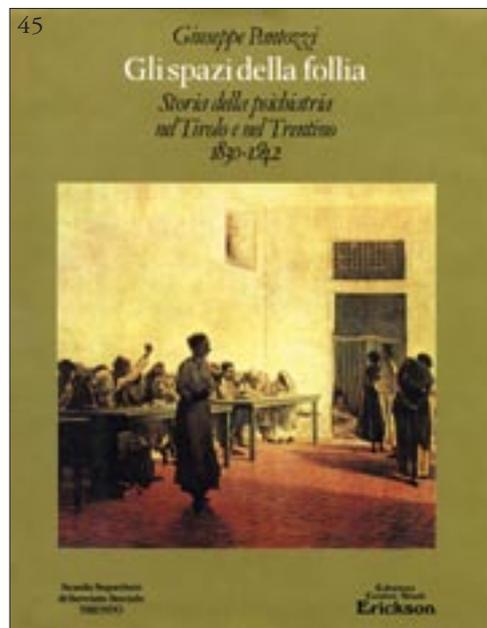
cosiddetta "legge Basaglia", la Legge 180 del 1978: i malati (compresi quelli di lingua italiana) erano, infatti, ricoverati nel manicomio di Hall, (sorto vicino a Innsbruck nel 1830), fino al 1882, data di inaugurazione del Manicomio di Pergine (Trento). Dopo la prima guerra mondiale, con l'annessione al Regno d'Italia dei territori tirolesi a sud del Brennero, quasi tutti i "folli" vennero ricoverati a Pergine, nel Trentino; pochi rimasero a Hall. Nel 1938 nacque la colonia agricola a "Stadio" ("Stadelhof"), nella zona di Vadena a pochi chilometri da Bolzano, in funzione fino al 27 dicembre 1999.

La ricerca storiografica quindi si è mossa nella diaspora degli archivi tra Austria e Italia e ha dovuto affrontare le complesse vicende che hanno caratterizzato la storia di questo territorio nel XX secolo: le guerre mondiali, le dittature, le "opzioni", le persecuzioni e le deportazioni, il lungo e travagliato cammino dell'autonomia prima regionale e poi delle due province di Trento e Bolzano. Pioniere e "apripista" in questa ricerca è Giuseppe Pantozzi, studioso e funzionario della Provincia di Bolzano nel settore della assistenza, protagonista della riforma psichiatrica a livello altoatesino. Tra gli studi fondamentali per la conoscenza della storia della psichiatria in Alto Adige vi è, dunque, l'opera di Giuseppe Pantozzi, *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino 1830-1942* (Trento 1989), un'ampia ricerca sulla assistenza psichiatrica in Tirolo tra il 1830 e il 1942. Nel 1830 il Land Tirol faceva parte dell'Impero asburgico; a partire dal 1919, dopo la prima

a livello internazionale con il rilascio, da parte dell'Austria, della cosiddetta "quietanza liberatoria".

Nel 1998 escono per il Centro di Documentazione di Pistoia gli atti del convegno *Follia a pulizia etnica in Alto Adige* tenutosi a Bolzano il 10 marzo 1995, dedicato alla deportazione dei malati mentali del Sudtirolo verso il Reich di Hitler e verso un non probabile ritorno a casa. Al convegno erano intervenuti lo studioso Klaus Dörner (*Le ricerche sulle deportazioni psichiatriche negli ospedali psichiatrici tedeschi dagli anni Ottanta. Il significato rispetto alla revisione critica della coscienza di un popolo*), autore delle prime ricerche sul rapporto tra psichiatria e nazismo; Johannes Mayr, autore di uno studio sui pazienti sudtirolesi e sul loro rimpatrio (*Pazienti altoatesini nel Baden-Württemberg. Tentativi di rimpatrio*), Alice Ricciardi von Platen, autrice della prima pubblicazione sull'eutanasia dei malati psichici (*La creazione dell'uomo perfetto*);

Ermanno Arregghini (*Volenti, nolenti o incapaci di intendere?*), autore della ricerca nell'archivio dell'Ospedale Psichiatrico di Pergine (Trento), il filosofo Bruno Norcio



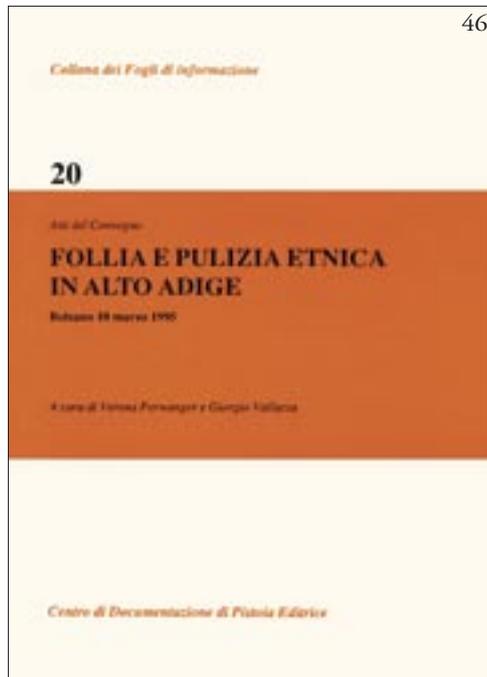
44. Edificio principale del manicomio di Pergine, primi del Novecento.

45-52. Alle pagine 38, 39, 40 copertine delle pubblicazioni più recenti sulla storia della psichiatria nel territorio tra le valli dell'Inn e dell'Adige.

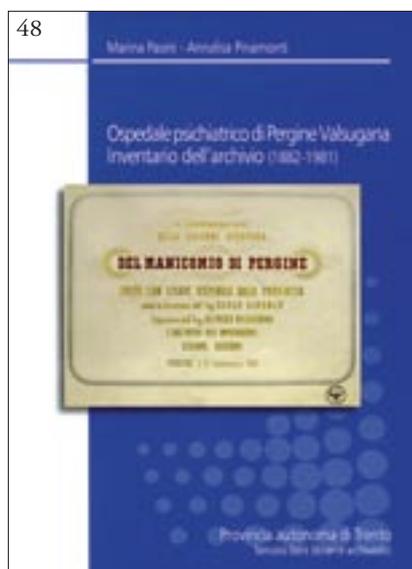
53. Margit Oberrauch, olio su tela, anni Ottanta, collezione privata.

(*Psichiatria e Nazifascismo. Rapporti logici, storici e culturali*), lo storico sudtirolese Leopold Steurer (*Alto Adige 1939-1945. Opzione, trasferimento ed eutanasia*), Giuseppe Pantozzi, pioniere della ricerca storica sulla psichiatria in Tirolo (*Il trasferimento dei malati di Pergine a Zwiefalten*); Hartmann Hinterhuber, autore della ricerca svolta all'Università di Innsbruck (*Il destino dei sopravvissuti*); Michael von Cranach (*Deportati e uccisi. Il destino dei sudtirolesi dell'ospedale Kaufbeuren-Irsee negli anni 1939-1945*); Ottilia Ploner (*Una testimonianza della deportazione*).

Il Museo Storico in Trento, in collaborazione con l'Università degli studi di Trento, promuove per il triennio 1999-2003 il progetto "Alla ricerca delle menti perdute: viaggi nell'istituzione manicomiale": vengono così realizzati una mostra, dedicata anche all'ex manicomio di Pergine, il catalogo, curato da Rodolfo Taiani, la raccolta degli atti del seminario di studio *Alla ricerca delle menti perdute: progetti e realizzazioni per il riuso degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenenti all'Impero asburgico*, a cura di Casimira Grandi e Rodolfo Taiani del Museo storico in Trento (2002) e il libro di Hartmann Hinterhuber, *Uccisi e dimenticati* (2003), la ricostruzione storica dell'attuazione in Sudtirolo del "Programma eutanasia", ideato da Hitler per eliminare le cosiddette "vite inutili": malati psichici e disabili. Sempre nel 2003 esce per il Museo Storico in Trento il volume *Memorie di un internato* a cura di Quinto Antonelli e Felice Ficco. Il testo raccoglie i diari di Antonio, un paziente approdato al manicomio di Pergine, dopo essere stato in altri manicomi fin dal 1935 (aveva 15 anni). Ancora nel 2003 il Servizio beni librari e archivistici della Provincia autonoma di Trento pubblica, nell'ambito del piano culturale di conoscenza, tutela e



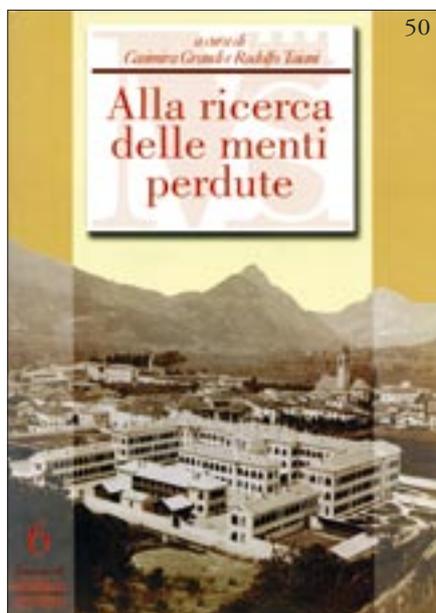
valorizzazione del patrimonio archivistico locale, *Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana: inventario dell'archivio (1882-1981)* a cura di Marina Pasini e Annalisa Pinamonti, una ricerca sulla *quotidianità sofferente e impegnativa vissuta da persone – pazienti, medici, infermieri – coinvolte a vario titolo nella lotta contro la follia ed altre forme di disagio*. Il numero 2 del 2003 della rivista "Archivio Trentino", rivista di studi sull'età moderna e contemporanea del Museo Storico in Trento raccoglie "Contributi per la storia della scienza e dell'assistenza psichiatrica nei secoli XIX e XX", con testi di Roberta Giovanna Arcaini, Ermanno Arregghini, Catia Civettini, Renata Russo Drago, Francesca Scarpato e Andrea Scartabelati, Leslie Topp. Nel 2008 il Museo Storico in Trento pubblica *Abitare la soglia. Scene di vita in un interno manicomiale 1949-1977*, a cura di Felice Ficco e Rodolfo Taiani, stralci dai diari di vita quotidiana nel manicomio di Pergine scritti in lingua italiana da un paziente sudtirolese di lingua tedesca, perché – come afferma l'autore «*Signor Dottore! Io scrivo diario più che altro per legittima difesa – indifeso e senza testimoni di me può venir affermato tutto. Io non ho passato una giornata in manicomio senza veritiera-mente riprodurla per*



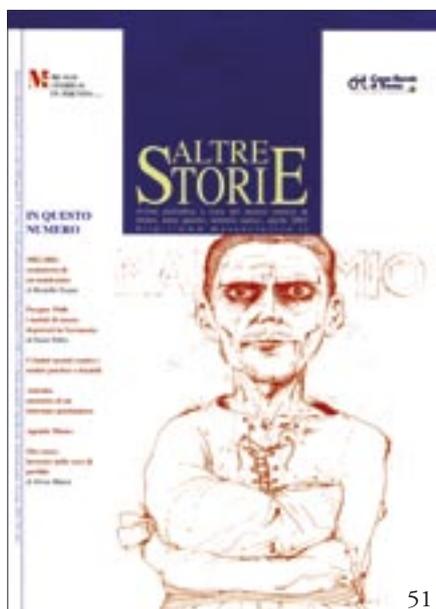
iscritto». Infine anche la rivista “Geschichte und Region/Storia e regione” *Psychiatrielandschaft/ Oltre il manicomio* dedica un numero monografico (n. 2 del 2008) al tema della psichiatria, pubblicando una ricca raccolta di saggi storici su aspetti e problemi della storia delle istituzioni manicomiali del Tirolo, del Sudtirolo e del Trentino. Il numero è curato da Elisabeth Dietrich-Daum e Rodolfo Taiani e contiene contributi di Maria Heidegger e Oliver Seifert, Gian Paolo Sciocchetti, Felice Ficco, Elisabeth Dietrich-Daum ed Elena Taddei, Carlos Watzka e Angela Griebenböck, Michaela Ralser, Lorenzo Toresini, Silvia Alba e Fabrizio Andreis.

L'assistenza psichiatrica nell'Impero d'Austria

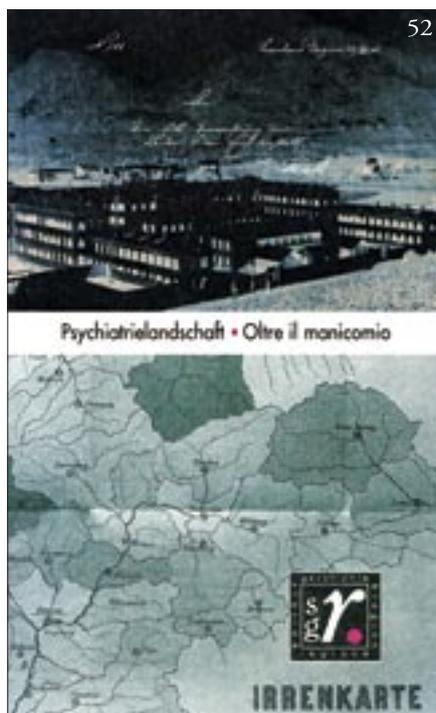
Nel 1824 Francesco I, imperatore d'Austria, inserì l'assistenza degli “infermi di mente” e la gestione dei manicomi pubblici tra i compiti diretti dello Stato, a cui si aggiunse un anno dopo anche l'eventuale coercizione del ricovero manicomiale, qualora il malato si fosse rifiutato di sottoporsi volontariamente alle cure ospedaliere. Il processo di restaurazione politica in Europa, all'indomani delle sconfitte napoleoniche, aveva tradotto le istanze antiliberali in provvedimenti di controllo e di ordine pubblico anche nel campo dell'assistenza e in modo particolare nei confronti dei “pazzi” e di tutti coloro che tentavano di affermare i diritti dei singoli. In questa fase si sviluppò la costruzione di nuovi manicomi che, diversamente a quanto previsto da Giuseppe II, non si limitavano ad un'idea carceraria di ospizio per i pazzi, ma si aprivano ad una concezione architettonica che favorisse una degenza dignitosa per il malato. In Tirolo, ad Hall vicino ad Innsbruck, nel 1830 da un preesistente convento si ricavò un manicomio destinato ai malati tirolesi e trentini. Si trattava di edifici situati all'interno di vasti spazi verdi, a parchi, senza collegamenti con gli ospedali generali; la pianta, simile ad una



50

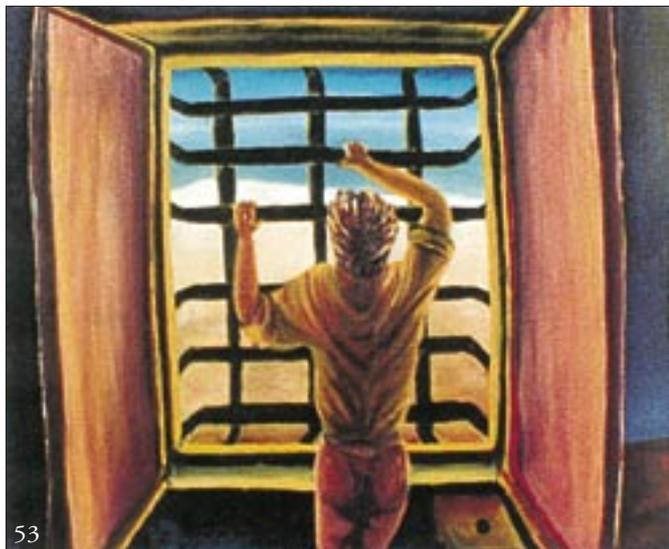


51



52

“E” maiuscola comprendeva un edificio rettangolare centrale, da cui si dipartivano tre ali parallele. La facciata era monumentale e decorata con motivi diversi. L'utenza vi affluiva dal territorio circostante: erano le prime strutture psichiatriche territoriali. Il manicomio di Hall fu il primo ospedale psichiatrico del Tirolo; nessuna struttura pubblica si era occupata precedentemente dei “matti”, che di fatto erano accuditi esclusivamente in famiglia. Giuseppe Pantozzi cita la testimonianza del dott. Francesco Saverio Proch, medico dell'ospedale Santa Chiara di Trento, il quale aveva curato un paziente psichiatrico, che era stato incatenato e aveva *solcate la gambe da una profonda gangrena a causa delle ruvide e pesanti catene, onde era barbaramente avvinto*¹. E ancora riporta la testimonianza del dott. Johann Tschalener, del Tirolo del nord: *Io stesso vidi con orrore e con stupore, in una cantina così oscura che a stento poteva vedercisi, una infelice donna, la quale era sdraiata sulla paglia, come una bestia nella stalla, seminuda coi capelli arruffati e passava lì l'inverno e l'estate; un soggiorno a cui doveva essere abituata già da tempo. Una cosa raccapricciante. Poi racconta che Il figlio di un ricco contadino si era ammalato mentalmente era divenuto cattivo e sudicio nel massimo grado; e lo era già da dieci anni, quando io lo vidi. Vidi questo disgraziato, quasi nudo, incatenato su una specie di telaio, avente la stessa forma di quelli che i macellai usano per uccidere i vitelli. Feci e urine passavano attraverso le assicelle parallele, un po' distanziate, del telaio. Le due testimonianze provengono dalle relazioni ufficiali dei due medici trentino-tirolesi che operavano rispettivamente a Trento e a Hall intorno al 1850. Queste situazioni erano molto diffuse: la malattia mentale era una sofferenza talmente forte che spegneva nelle famiglie ogni affetto, veniva percepita come una sventura; sopraggiungeva poi la stanchezza nelle*



case provate dal dolore. Non c'erano forme di aiuto né pubbliche, né private. Qualche volta le autorità aprivano le prigioni per "accogliere" gli ammalati mentali e per garantire così l'ordine pubblico. Qualche volta i malati che vagavano per le strade venivano raccolti in case, che il dott. Proch definisce *incresciose, malinconiche, povere d'aria, di luce, di pulitezza, di ogni altro più necessario elemento di vita.* In questi luoghi analoghi più presto al covile di brutto che alla stanza d'uomo, giacciono i miseri assai volte male riparati, peggio nutriti, succidi, negletti, legati, battuti, innocenti vittime di ogni più barbaro trattamento. Gli ospedali ospitavano i malati per un breve periodo, nella fase acuta della malattia; il governo tirolese già nel 1838 aveva disposto che gli ospedali riservassero alcune camere ai "mentecatti" (etimologicamente dal latino "mente-captus", colpito nella mente, infermo di mente, "pazzo"). A Trento nel 1865 il "reparto dei pazzi" dell'ospedale Santa Croce venne trasferito nella "Casa Santa Croce" e affidato alle cure delle suore. Le condizioni di vita dei pazienti, però, non migliorarono: il riscaldamento, i servizi igienici, il cibo erano carenti e le spese di ricovero erano alte. A questa situazione contribuiva anche il pregiudizio e la paura (frutto soprattutto dell'ignoranza) che la popolazione nutriva per i malati psichici a cui va aggiunta la scarsa conoscenza della malattia da parte dei medici. Scrive il dott. Proch ipotizzando le cause della malattia psichica: *l'amore di novità, il tumulto delle passioni, l'esaltazione dei sensi, le ire di parte, lo sprezzo negli uni delle massime di religione, lo sfrenato abbandonarsi degli altri alle astrazioni e alle sottigliezze, lo smodato lusso, la disperata miseria, la vita scioperata e molle, l'educazione mal diretta, l'onanismo, l'abuso di liquori fermentati, la frequente ubriachezza, la prescrizione inconsiderata di prescrizioni mercuriali capaci di indurre cambiamenti nell'organismo nervoso [...] la soverchia bramosia, divenuta ormai generale, di mutar condizione, il che è fornite alle pazzie orgogliose, ambiziose e chimeriche.*

Nel 1837 i ricoveri dei "pazzi" nelle varie istituzioni comunali in Tirolo erano 1550, quelli ricoverati negli ospedali erano 410. Alcuni venivano ricoverati negli ospedali del Veneto e della Lombardia.

L'assistenza psichiatrica nei Länder: il manicomio di Hall (1830)

Il manicomio di Hall ebbe sede in un vecchio convento di suore, chiuso nel 1728 e riadattato alle esigenze del manicomio, alla periferia dell'abitato. Venne aperto nel settembre 1830 e poteva contare su 75 posti letto (45 per uomini e 30 per donne) ed era riservato ai "pazzi" residenti in Tirolo (che allora comprendeva anche Trentino e Vorarlberg). Nel 1835 l'imperial-regia cancelleria aulica stabilì il divieto per i residenti in Tirolo di utilizzare i manicomi del Veneto e della Lombardia; ciò comportava, soprattutto per gli abitanti di lingua italiana del Trentino, una serie di gravi disagi: la distanza, l'uso della lingua tedesca all'interno del manicomio, un ambiente estraneo. Nacque ben presto nel Trentino l'esigenza di un manicomio per la zona sud del Tirolo. Utopico obiettivo del manicomio di Hall era "la guarigione dei mentecatti", come si leggeva nel regolamento dell'istituto, ma le cure mediche erano all'epoca ancora molto vaghe. Così nel regolamento si spiega che *l'esatta cura dei mentecatti non consiste solo nel porgergli gli opportuni medicamenti. Era necessario occuparsi del loro spirito e del loro animo.* Era compito del primario *colla cooperazione del cappellano [...] facendo sì che anche i [...] subalterni tendano con precedenza a questo scopo.* Erano previste preghiere comuni, occupazioni adatte alle capacità dei malati, come ricreazioni, attività nel giardino antistante l'ospedale, lettura, scrittura, pittura, disegno, musica. Ricovero e dimissione erano stabiliti dal primario del manicomio, talvolta su sollecitazione delle autorità locali. Alla morte dei pazienti il chirurgo del manicomio procedeva all'autopsia e alla asportazione degli organi interni malati che venivano poi trasferiti e conservati nel museo patologico di Innsbruck. L'organico del manicomio comprendeva il direttore, i medici, gli infermieri, l'economista, il cappellano. Nel 1839 la direzione di Hall chiese al governo la costruzione e l'apertura di un nuovo reparto destinato agli "irrecuperabili", per il quale tutti si erano prodigati a raccogliere fondi e offerte. Il clima generale dentro il manicomio migliorò e vennero ridotti drasticamente i trattamenti coercitivi meccanici. Nel 1864 l'organizzazione dell'assistenza manicomiale subì una profonda trasformazione: le competenze vennero decentrate e passarono dallo stato ai Länder. Il Land Tirol (nome ufficiale *Gefürstete Grafschaft Tirol – Contea principesca del Tirolo*) assunse la gestione diretta di Hall e di conseguenza il Vorarlberg non vi poté più inviare i suoi malati (nel 1866 vi fu il distacco del Vorarlberg dal Tirolo),

il carico finanziario divenne molto pesante per la dieta di Innsbruck, anche perché il territorio tirolese era molto vasto e comprendeva il Tirolo del nord, l'attuale Alto Adige, il Trentino e la zona di Cortina d'Ampezzo; nel 1910 la una popolazione aveva raggiunto le 947.000 unità tra abitanti di lingua tedesca, di lingua italiana e di lingua ladina. Si pose in breve tempo il problema dell'ampliamento di Hall da cui emersero diversi orientamenti: da un lato la necessità di un grande ed unico manicomio, per esigenze anche mediche e di cura; dall'altro la creazione di un secondo manicomio nella parte meridionale del Land. In un primo tempo venne ampliato Hall con l'aggiunta di un padiglione femminile (novembre 1868) e di un'ala centrale, per l'alloggio dei medici, dei funzionari, il convento delle suore e i servizi generali (1888). Secondo i dati riferiti dal dottor Stolz, direttore del manicomio di Hall e ripresi nello studio di Pantozzi, nel 1869 gli abitanti del Land Tirol erano così suddivisi: nella parte tedesca 443.000 abitanti, in quella italiana 332.000 per un totale di 775.000 abitanti. Tra il 1855 e il 1858 sono ricoverati a Hall 272 persone (87% tedeschi e 13% italiani); nel triennio 1858-1861, 302 persone (88% tedeschi e 12% italiani), nel triennio 1861-64 284 persone (79% tedeschi e 21% italiani), nel 1868 190 malati (69% tedeschi e 31% italiani). I trentini venivano trasportati ad Hall e ricoverati con tutti gli altri malati; solo ogni lunedì, dalle 10 alle 11, si teneva un'ora di insegnamento religioso in lingua italiana e una in lingua tedesca. Il manicomio aveva stipulato con un vetturino una convenzione per il trasporto dei malati trentini (la ferrovia del Brennero venne aperta nel 1859 da Trento a Bolzano e nel 1867 da Bolzano al Brennero), in cui si obbligava: *a levare qualunque siasi infermo di mente dal suo luogo di dimora [...] e trasportarlo a questo stabilimento unitamente al suo bagaglio, come pure ricondurre al loro paese individui dimessi da questo stabilimento, risanati o non risanati, con i loro bagagli [...] obbligato ad avere somma cura che gli individui consegnatigli da tradurre vengano trattati con dovuto riguardo e con dolcezza.* Molti erano i problemi legati alla distanza chilometrica e culturale di Hall dal Trentino: la mancanza di personale che conoscesse la lingua italiana e il dialetto trentino, l'estraneità con l'ambiente, il cibo, le tradizioni, la lontananza dai parenti rendevano ancor più dolorosa la permanenza in manicomio. Con un decreto nel maggio 1835 la cancelleria

aulica dell'imperatore d'Austria proibì ai malati del Tirolo di utilizzare i manicomi del Lombardo Veneto (rispettivamente fino al 1859 e al 1866 parte dell'Impero d'Austria) e impose il ricovero a Hall. Il direttore dell'ospedale "Santa Chiara" di Trento, dottor Francesco Saverio Proch, nel 1850 pubblicò un appello all'imperatore teso a migliorare la "condizione dei pazzi" nel Trentino attraverso la istituzione di un manicomio nel territorio di Trento, in quanto - distanziandosi da una visione organicistica della malattia mentale - riteneva fosse necessaria una "cura morale" in un ambiente vicino simile a quello di provenienza dei malati: [...] *io intendo parlare [...] di quella cura morale, che si appresta colà a' poveri mentecatti italiani, e la considero non già sotto l'aspetto dell'intenzione, che nobilissima è certo; ma sibbene sotto quello de' mezzi, che sì di leggieri non ponno condurre al santo, e desiderato suo scopo [...]. Diverse infatti n' diversi luoghi sono le simpatie, gli affetti, le passioni, i costumi; diversa la natura, l'abitudine, il sentimento, la tempra: diverse le inclinazioni, gl'interessi, i bisogni, le speranze, i desiderii; in una parola diverso tutto ciò, che informa, e determina il morale dell'uomo*². Nel 1866 monsignor Andrea Strosio, deputato trentino, arciprete e decano di Rovereto, pronunciò un discorso molto importante su questo tema alla dieta di Innsbruck, in cui affermava che *Il bisogno di un apposito istituto per pazzi delle nostre contrade è un bisogno profondamente, universalmente e longamente sentito* e riprende, a sostegno della necessità di un manicomio in Trentino, motivazioni analoghe a quelle di Proch. Nel Tirolo del nord, però, le argomentazioni di Proch e di Strosio vennero decisamente contraddette. Ma tra l'autunno del 1874 e l'aprile 1877, la dieta e una commissione di esperti nominata ad hoc, diedero il via alla costruzione del manicomio di Pergine Valsugana (Trento).





Il manicomio di Pergine Valsugana

Inaugurato il 19 settembre 1882, mentre il Trentino viveva momenti di grave emergenza a causa delle alluvioni, il nuovo istituto era stato costruito con duecento posti letto, che da subito risultarono insufficienti. Nel 1894 furono ricavati altri posti letto con nuove costruzioni che collegavano i diversi reparti, a cui seguì tra il 1903 e il 1905 l'edificazione di altri due padiglioni e cento nuovi posti letto. Inoltre venne acquistato un podere nel quale fu istituita una colonia agricola da destinare ai "malati tranquilli" ("alla Costa" di Vigalzano). Durante la prima guerra mondiale l'edificio centrale del manicomio di Pergine venne destinato ad ospedale militare. Tutti i ricoverati del manicomio vennero trasferiti in altri istituti dell'Impero austroungarico, tranne quelli che vivevano nella colonia agricola. Al termine della prima guerra mondiale, con l'annessione al Regno d'Italia, il manicomio di Pergine dal 1920 fu denominato "Ospedale provinciale della Venezia Tridentina" e nel 1929 fu decretata l'estensione della legge italiana sui manicomi del 1904 e del regolamento del 1909 alle province annesse al Regno d'Italia. In seguito all'annessione dell'attuale provincia di Bolzano, cominciarono ad affluire a Pergine anche i malati sudtirolesi di lingua tedesca e ladina, alcuni trasferiti da Hall tra il 1923 e il 1925. Come afferma lo storico Rodolfo Taiani: *La condizione di convivenza di individui di cultura e lingua fra loro diverse, di fatto contribuirà a connotare in termini di transculturalità ante litteram gran parte della storia della psichiatria perghinese, assegnandogli quei caratteri che, seppur parte di un'esperienza più subita che consapevolmente vissuta, l'hanno resa, ad eccezione probabilmente delle sole strutture di Gorizia e Trieste, pressoché unica nel panorama nazionale*³. Con l'aumento del numero dei ricoverati si riacutizzò il problema degli spazi e furono quindi trovate alcune soluzioni: cento pazienti "innocui e tranquilli" vennero ricoverati presso la fondazione "Attilio Romani" di Nomi, nel 1924 fu progettato l'ampliamento della struttura di Pergine con la costruzione di tre padiglioni. Intanto, nel 1926 vennero sopraelevati di un piano le propaggini estreme dell'edificio principale; poi nel 1927 fu inaugurato il primo nuovo padiglione, con una capienza di centoventi posti; nel 1934 venne aperto il padiglione destinato alle donne e ai laboratori; infine il terzo, destinato ad ospitare gli uomini, non venne mai

realizzato. Nel 1936 fu affidata alla direzione dell'ospedale psichiatrico di Pergine la sorveglianza sulla "Colonia agricola provinciale per infermi di mente tranquilli", istituita nel settembre del 1936 dalla Provincia di Bolzano a Stadio (Stadelhof), nel comune di Vadena. Nel complesso la struttura di Pergine alla fine degli anni Trenta gestiva settecentocinquanta posti letto.

Un capitolo dimenticato della storia sudtirolese

Lo storico Leopold Steurer già nel 1985 ricostruisce questo capitolo "rimosso" della storia del Sudtirolo tra il 1939 e il 1945: la deportazione e l'assassinio dei malati psichici, disabili e handicappati ricoverati nel manicomio di Pergine, nella comunità agricola di Stadio o che vivevano in famiglia, nell'ambito del "programma eutanasia" perpetrato dai nazisti, avviato già dal 1935 nel Terzo Reich e attuato in Alto Adige a partire dal 1940⁴. Hartmann Hinterhuber, direttore della Clinica universitaria di psichiatria, nonché Vice-decano della Facoltà di medicina dell'Università Leopold Franzens di Innsbruck, nell'ambito del progetto "Alla ricerca delle menti perdute" promosso dal Museo storico in Trento in collaborazione con l'Università degli studi di Trento, pubblica nel 2003 la traduzione italiana di *Uccisi e dimenticati: crimini nazisti contro malati psichici e disabili del Nordtirolo e dell'Alto Adige*⁵.

Fin dal giugno 1933 nei territori del Reich tedesco s'iniziò a praticare la sterilizzazione sistematica dei cosiddetti *Erbkranke*, ossia individui affetti da malattie di tipo ereditario: così venivano definite quelle che noi oggi chiamiamo le patologie che producono handicap o le diverse forme di sofferenza psichica e le malattie psichiche.

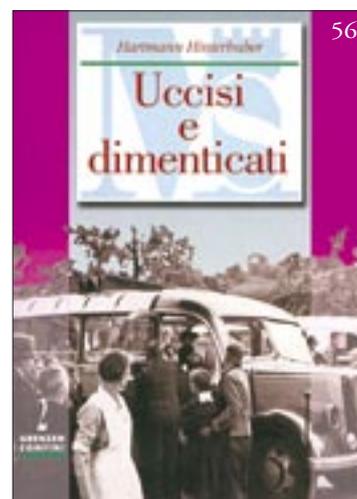
Il passo successivo fu nell'ottobre 1939 l'attivazione per ordine segreto del Führer del "Programma eutanasia", che prevedeva la eliminazione fisica dei malati psichici e dei disabili.

Più di 70.000 persone morirono così nelle camere a gas, in nome della *Säuberung des Volkserbgutes* (purificazione del patrimonio ereditario naziona-

54. Il manicomio di Pergine alla fine dell'Ottocento.

55. Copertina del Resoconto Medico-amministrativo del Manicomio Provinciale in Pergine, 1897.

56. Copertina del libro di Hartmann Hinterhuber, *Uccisi e dimenticati*, .2003.





una vergogna, ma entrambi - l'incommensurabile dolore e la sconfinata brutalità - debbono rimanere vivi in noi. Di tutti i luoghi dell'orrore che sorsero in Europa nel periodo nazionalsocialista, quelli sul suolo patrio sono i più opprimenti perché questa vicinanza ci confronta inesorabilmente con domande che ancora oggi preferiremmo non porci. E ci confronta anche con la certezza che la storia di quel tempo buio è la nostra storia, in cui non ci sono pagine non scritte e non ci sono scorciatoie. Dobbiamo imparare a vivere con questa verità. Ma

le). Solo un nuovo decreto del 24 agosto 1941, preso atto della crescente opposizione interna espressa da parte della popolazione tedesca, ordinò la sospensione di quel programma. La decisione, tuttavia, non comportò un reale cambio di indirizzo, ma solo di strategia.

I disabili e i malati psichici continuarono a cadere vittime della cosiddetta *Wilde Euthanasie* (eutanasia selvaggia), esercitata per mezzo di privazioni di ogni genere (negli ospedali o nelle cliniche in cui venivano ricoverati furono ridotti sistematicamente cibo e cure); a tutto ciò si affiancava la somministrazione di farmaci letali. Hartmann Hinterhuber descrive nei dettagli il quadro d'insieme in cui si collocano queste vicende e raccoglie dati e testimonianze fino ad ora inedite: tra il 1933 e il 1945 il regime nazista perpetrò strategie e azioni disumane ai danni di tante persone deboli e indifese, anche nel Tirolo del nord e in Alto Adige-Südtirol. Nella prefazione al libro di Hinterhuber, il Presidente della Repubblica Austriaca Thomas Klestil scrive:

Dove i muri parlano, noi dovremmo tacere, sarebbe meglio. I muri del castello di Hartheim gridano tanto forte che noi non possiamo non sentire. Ed è un grido che ci fa trattenere il respiro per ascoltare la voce del ricordo. «A salvare l'umanità sarà forse solo il ricordo» ha detto ad Auschwitz il premio Nobel per la pace Elie Wiesel. «Solo il ricordo del male potrà servire da scudo contro il male stesso». Ad Hartheim il male fu di casa per quasi cinque anni: un angolo d'inferno sulla terra. Il castello rinascimentale di Hartheim nell'Alta Austria era uno dei più grandi centri di eutanasia del nazionalsocialismo e un centro di sterminio dove furono uccisi i detenuti dei campi di concentramento Hartheim è il simbolo di un'inconcepibile disumanità. [...] Vi trovarono la morte decine di migliaia di individui, vittime di uno dei maggiori crimini che l'uomo abbia mai inflitto ad un altro uomo. La maggior parte di loro erano austriaci, come quelli stessi aguzzini che li maltrattarono, torturarono e infine uccisero. Dobbiamo vivere con un lutto che è anche

c'è qualcos'altro che va sottolineato e vorrei formularlo con una domanda. Perché di tutte le vittime di quella mostruosa carneficina, i malati psichici e i disabili sono stati gli ultimi ad essere sottratti all'ombra dell'oblio, riconsegnati al ricordo e alla nostra pietà? Come è stato possibile e quale insegnamento ne deriva per il futuro della nostra società e per noi stessi? Anche su questo dovremmo soffermarci a riflettere.

Fra il 10 dicembre 1940 e il 31 agosto 1942 a 448 famiglie del Nord-Tirolo fu comunicata l'improvvisa morte dei loro congiunti malati psichici. 239 dei 569 malati sudtirolesi deportati nel sud della Germania morirono di fame e di privazioni ancora prima della fine della guerra. Quelli che erano negli istituti di cura dell'alta valle dell'Inn furono portati ad Hall e trovarono la morte ad Hartheim. Molti parenti si lamentarono con la direzione della clinica, con i medici e i sindaci, con i rappresentanti della chiesa e con la direzione del partito.

Nella notte del 26 maggio 1940 un treno speciale con 299 sudtirolesi, uomini e donne lasciò la stazione di Pergine. Funzionari di partito rastrellarono ospizi per gli anziani e istituti per handicappati in città e in campagna. I medici prendevano e registravano i malati nei più remoti paesi di montagna e rilasciavano certificati di ricoveri e trasferimenti di pazienti in istituti psichiatrici e in case di cura. La propaganda che aveva condotto gran parte della popolazione ad accettare e a collaborare alla "eliminazione delle vite inutili", così venivano definiti i cosiddetti "malati incurabili", aveva attecchito anche in Sudtirolo. L'indifferenza e talvolta il consenso popolare avevano permesso l'assassinio sistematico di concittadini disabili e malati psichici. Per quasi cinquant'anni questo capitolo della storia del nord e del Sudtirolo, e insieme il destino dei malati deportati e uccisi, venne rimosso e dimenticato.

È necessario a questo punto chiarire i termini del problema. "eutanasia" significa letteralmente "aiutare a morire le persone morenti". Con il

termine “eutanasia”, però, i nazisti pianificarono e portarono a termine l’assassinio di malati e disabili. Anche la definizione di “vita senza valore”, fu usata come espressione dell’ideologia nazionalsocialista, pur sapendo che ogni vita ha il suo valore e non può esistere una “vita senza valore”. Anche dopo la revoca del “programma eutanasia” si continuò a uccidere fino all’8 maggio 1945, in primo luogo con i medicinali. *Caddero vittime degli assassini non solo malati e disabili, ma anche lavoratori coatti dell’est Europa, ammalati perciò improduttivi, come i figli di matrimoni misti fra ebrei e non ebrei. Il cibo nelle istituzioni di cura e di assistenza veniva sistematicamente peggiorato, non solo qualitativamente ma anche quantitativamente.* Dai documenti d’archivio emerge che i maiali delle aziende agricole di proprietà dell’istituto ricevevano cibo migliore di quello dei pazienti. Già dal 1937 il latte intero poteva essere somministrato ai malati psichici solo su fondato ordine medico. Dal 1936 si stabilì di vendere i materassi dei pazienti, perché in seguito avrebbero dovuto dormire su sacchi di paglia. Nelle diverse istituzioni (per esempio a Marburg) la mortalità salì dal 2,5 % nel 1935 al 16% del 1941: a Merxhausen al 30,6% nel 1944/45.

Nel suo libro Hinterhuber ricostruisce le tappe fondamentali della costruzione della teoria e della realizzazione del “programma eutanasia”, andando alla ricerca – come già aveva fatto Georg L. Mosse – delle origini culturali del Terzo Reich e della teoria della razza. Mosse infatti nel 1968 scriveva:

Mentre le concezioni antico-germaniche della storia, i fondamenti del cristianesimo germanico e il culto solare avevano tutti in comune un’esplicita base antirazionalistica, al concetto di razza, almeno all’inizio, essa era estranea dal momento che il concetto stesso fu elaborato dapprima secondo moduli essenzialmente e scrupolosamente scientifici. L’idea di razza servì all’origine, nel XVIII secolo, alla classificazione delle piante, animali e tribù, e tutt’oggi gli antropologi se ne servono a fini appunto classificatori. Naturalmente, il concetto ha subito modificazioni nel corso della propria storia ed è stato ed è tuttora pernicioso solo quando adibito a derivare qualità interne da differenze esterne; in altre parole, quando, da un livello scientifico, sia trasferito ad un livello metafisico.

Non può sorprendere il fatto che, all’epoca del romanticismo e del darwinismo sociale, tale trasposizione fosse compiuta, perché l’epoca in questione tendeva, dopo tutto, a enfatizzare le virtù interiori, inerenti e inalienabili, dell’uomo; l’aspetto esteriore era ritenuto mero riflesso di più profonde forze spirituali. L’organismo fisico era lo specchio dell’anima, ne era la sigla. [...] Paesaggio e biografia erano ritenuti indispensabili all’anima del Volk; a essi tuttavia s’aggiunse il concetto secondo il quale le caratteristiche

propriamente fisiche degli individui avevano a fondamento la natura del loro io intimo. Di conseguenza, teorici del Volk e pseudoscientziati presero a descrivere minuziosamente le varie parti costitutive rappresentanti i segni esteriori dell’effettiva anima razziale. [...] Furono però due scienze relativamente recenti ad attuare in misura ben più ampia l’oggettivazione dell’ideologia nazional-patriottica: antropologia e filologia. Il pensiero antropologico iniziale aveva tentato una classificazione razziale di tribù e nazioni che postulava una scala di valori contingenti di superiorità ed inferiorità; nel XIX secolo le concezioni antropologiche si imbevvero di principi e valori romantici, divergenti da criteri rigidamente scientifici. [...]

Al crescente corpus delle teorie razziali, s’aggiunse il contributo della filologia coi suoi tentativi di definire particolari caratteristiche ariane. [...] L’elaborazione di una teoria completa, praticamente utilizzabile, si ha per la prima volta negli scritti del diplomatico francese Arthur de Gobineau, il quale situò la storia umana sullo sfondo di uno specifico contesto razziale. Il teorico francese, vissuto a cavallo della metà del XIX secolo, negava che le istituzioni, le regole e le idee del cristianesimo – che egli chiamava “superstizioni” – fossero agenti e motori della storia, oppure cause del sorgere del declino della civiltà. La razza, ecco l’unico fattore decisivo; e, per Gobineau, la purezza razziale significava capacità di sopravvivere, di governare e dominare le razze inferiori, mentre la mescolanza degli elementi razziali avrebbe comportato un rapido declino della cultura e dei valori nazionali, culminante nell’estinzione della razza.⁶

Hartmann Hinterhuber così descrive l’assunzione delle idee socialdarwinistiche da parte del nazismo:

«Non intendiamo in alcun modo creare una nuova razza umana o un superuomo, bensì solo eliminare gradualmente gli individui inferiori e



57. Il castello di Hartheim, centro di sterminio.
58. Ebrei disabili psichici nel Lager di Buchenwald.



tarati tramite la sterilizzazione volontaria dei portatori di geni anomali per far sì che un numero crescente di uomini migliori, più sani, più felici e più sociali si moltiplichi sempre più (August Forel, 1913)». Tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo si diffusero a livello mondiale le teorie sull'igiene della razza»; la sterilizzazione e l'eutanasia furono considerati dei mezzi idonei a conseguire «la promozione del bene del popolo». Nel XIX secolo sulla scia di divulgazioni assai populistiche il patrimonio di idee socialdarwiniste si era esteso dalle cerchie di esperti a tutta la popolazione. Vi erano collegate le concezioni biologistiche della legge del più forte e della selezione naturale. Entrambi i concetti vennero trasposti tout court dal regno animale alla società umana. Infine, sulla base di un calcolo «costi-benefici» in un'ottica di totale disprezzo dell'uomo, si cominciò a definire i malati psichici e i disabili, nonché gli individui inabili al lavoro come «esistenza-zavorra» e «parassiti». Il nazismo era terrorizzato dalla possibilità che la razza degenerasse, la sterilizzazione e l'annientamento delle «vite senza valore» furono pertanto le due misure complementari adottate per la «salvezza del corpo popolare». Utopisti e igienisti della razza celebrarono il nazismo come il garante della «nobilitazione della specie». La sistematica classificazione sotto una stessa etichetta di «intrusi», «parassiti del popolo» e «nemici dello stato» fu il segno distintivo di uno stato che affermava la supremazia della «superiore razza ariana». L'ideologia dominante stabiliva le capacità necessarie per vivere nella comunità nazionale e il valore della vita del cittadino, indicando altresì i concittadini da escludere e da

«sopprimere». In questo contesto vanno intesi i numerosi trasferimenti, gli spostamenti e le evacuazioni coatte con la creazione dei campi di lavoro, di raccolta e di concentramento allo scopo di camuffare le vere intenzioni diaboliche.

La «legge di natura» che introduceva sconfinati diritti per i membri geneticamente sani e «ariani» implicava l'annientamento di certi individui, definiti degenerati e senza valore. Questo terrore panico della «degenerazione» della società condusse all'«eliminazione» di tutti gli individui reputati inferiori per motivi genetici o razziali fino a giungere allo sterminio di interi popoli. Soltanto la fine della guerra impedì al nazismo di realizzare appieno questo programma di sterminio di massa, che non ha alcun precedente nella storia dell'umanità.

Fin dal 1920 il giurista Karl Binding e lo psichiatra Alfred Hoche si erano occupati della questione riguardante il «permesso di sterminare le vite senza valore». Nella sua opera Binding poneva la questione: «Esistono vite umane che hanno perso a tal punto la facoltà di giudizio che la loro sopravvivenza non ha più alcun valore, né per loro né tantomeno per la società?» Binding rispose affermativamente al quesito riferendosi in particolare agli «idioti irrecuperabili». «Costoro non hanno né la volontà di vivere né quella di morire. Così da parte loro non vi è un forte consenso alla morte, d'altra parte ciò non si scontra neppure con una volontà di vivere che in tal modo dovrebbe essere spezzata. Né da un punto di vista giuridico, sociale o morale o anche religioso trovo alcun motivo per non acconsentire all'uccisione di questi esseri, che sono lo spaventevole contrario dell'immagine di uomini autentici e, al contrario, suscitano orrore in quasi tutti quelli che li incontrano. In tempi di più alta moralità - nei nostri, invece, ogni forma di eroismo è andata perduta - si sarebbero liberati d'ufficio questi poveri esseri dalla loro stessa vita».

Parlando delle «condizioni degli idioti definitivamente irrecuperabili» Hoche si serve anche della formula eufemistica: «condizioni di morte psichica». Il livello intellettuale di questi «morti psichici» è situato da Hoche agli ultimi gradini della gerarchia animale. Avere pietà di questi «gusci umani vuoti» si basa su un errore di ragionamento assai diffuso: «Compatire questi morti nella psiche, sia in vita che in morte, non è che un sentimentalismo del tutto fuori luogo».

I nazisti si appropriarono avidamente di queste idee. Nel promemoria «Nationalsozialistisches Strafrecht» (Diritto penale nazionalsocialista) del ministro prussiano Hanns Kerrl queste tesi trovarono ben presto un loro posto fisso: «Nel caso in cui lo Stato dovesse decretare per legge l'eliminazione dei malati psichici tramite organi d'ufficio, l'espletamento di questo dovere equivarrebbe semplicemente ad adempiere a un ordine dello stato».

All'opera di Binding e Hoche si opposero in maniera decisa solo gli psichiatri Johannes Lange e

59. La propaganda nazista per la «pulizia della razza».

60. Il cimitero della clinica di sterminio di Hadamar.

61. Il fumo del crematorio della clinica di Hadamar.



Oswald Bumke di Monaco. Nel 1932 quest'ultimo scrisse: «Se pensata fino alle estreme conseguenze, l'idea che per motivi finanziari si dovrebbero eliminare gli individui non indispensabili avrebbe degli esiti mostruosi». Nel giorno dell'ascesa al potere, nel 1934, Hitler affermò: «Fintanto che lo Stato sarà condannato a prelevare dai cittadini somme enormi che aumentano di anno in anno per il mantenimento di questi miserevoli malati ereditari, sarà altresì costretto a trovare misure adeguate atte a prevenire che in futuro una tale immeritata sofferenza venga trasmessa per via ereditaria e ad impedire che a milioni di individui sani venga tolto il necessario sostentamento per tenere invece in vita milioni di malati».

Dalla «soppressione» degli ammalati si passò direttamente allo sterminio di popoli e razze definiti inferiori. Per la «Soluzione finale della questione ebraica» si ricorse ai membri dell'Organizzazione «T4». [...] I programmi di «eutanasia» dei malati psichici e dei disabili sfociarono nei campi di concentramento in uno sterminio di massa su scala industriale.

Le idee dei fanatici della razza - come già accennato - trovarono nell'ideologia nazista un terreno assai fertile. Il 14 luglio 1933 i nazisti emanarono la «Legge sulla prevenzione di generazioni affette da malattie ereditarie» che consentiva la sterilizzazione coatta di malati psichici e disabili. Poiché contro questa legge non si sollevò alcuna resistenza ma, anzi, con una mirata propaganda si ottenne una vasta adesione popolare la misura venne estesa anche a tutti coloro che venivano definiti «asociali». Secondo Dorothea Buck, fra il 1934 e il 1945 circa 400.000 persone dovettero sottoporsi alla sterilizzazione coatta: 1.000 di loro, soprattutto donne, morirono in seguito all'intervento. [...] Il decreto del Reich per la prevenzione di generazioni affette da malattie ereditarie, che entrò in vigore il 1 gennaio 1940 anche nella «Marca orientale» (nome che i nazisti diedero all'Austria dopo l'annessione), prevedeva la sterilizzazione coatta e violenta dei «malati ereditari»: da alcune testimonianze risulta che nel solo Ospedale psichiatrico di Mauer-Öhlig fra il 1941 e il 1943/1944 vennero sterilizzate 346 ricoverate.

Molti familiari dei pazienti si opposero alla ste-

rilizzazione, le proteste tuttavia erano vanificate dal fatto che le famiglie si sentivano socialmente declassate se nella loro linea si riscontravano malattie ereditarie. Inoltre su tutti i congiunti veniva a pendere come una spada di Damocle la possibilità di essere a loro volta eliminati perché «malati ereditari querulanti». Funzionari di partito, medici, insegnanti, artisti e scrittori contribuirono a far sì che la sterilizzazione divenisse un fatto assolutamente normale. [...] Per eliminare i bambini il presidente dell'Ordine dei medici, dott. Leonardo Conti, fondò la «Commissione del Reich per il rilevamento di gravi tare ereditarie e congenite». Il 18 agosto 1938 un decreto segreto ordinò la denuncia e la registrazione di neonati handicappati da parte di levatrici, reparti di maternità e cliniche ostetriche. All'insaputa dei genitori i bambini venivano uccisi in cosiddetti «reparti della Commissione del Reich» o «reparti pediatrici specializzati», installati presso ventuno grandi istituti ospedalieri. Tre periti decidevano della vita o della morte dei bambini senza che questi venissero in precedenza visitati. Venivano uccisi con un'iniezione di morfina o di luminal. I genitori che tentavano di salvare il figlio rischiavano di perdere il diritto di tutela e la madre veniva minacciata di lavori forzati. La popolazione reagì praticamente con indifferenza a queste misure, che vennero contestate solo da istituzioni religiose il cui portavoce fu il pastore luterano von Bodelschwingh.

I «reparti della Commissione del Reich» esistevano fra l'altro ad Haar vicino a Monaco e allo «Steinhof» di Vienna. Non sappiamo con esattezza quanti bambini del Tirolo e dell'Alto Adige vi trovarono la morte. [...]

Il programma di eutanasia del nazionalsocialismo fu preceduto da una cinica propaganda mirante a convincere della «stringente necessità di eliminare» tutte le «vite senza valore».

Agli alunni delle scuole elementari vennero propinate idee razziste e nozioni del tutto avverse ai valori umani. [...]

La Germania nazista sottopose la vita umana ad un mero calcolo di «costi-benefici»: fu subito palese che per le «esistenze zavorra» e i «parassiti» non c'era posto. Il «miglioramento della razza» esigeva l'eliminazione di tutti gli «individui inferiori» e dei «malati ereditari». [...]





Il “programma eutanasia” fu avviato dai nazisti a partire dalla legge del 14 luglio 1933, che permetteva la sterilizzazione coatta di malati psichici e minorati per il “miglioramento della razza”.

Nel 1941 il programma fu sospeso. Sulla base di una documentazione dettagliata sappiamo che fino al 24 agosto 1941 nel Reich furono assassinati 70.273 malati psichici e disabili, 18.269 di questi ad Hartheim. Dal vicino campo di concentramento di Mauthausen giunsero successivamente ad Hartheim circa 70 vittime al giorno, etichettate come «disabili» e quindi uccise. Dal 1942, però, proseguì lo sterminio dei malati psichici e degli handicappati nella forma della «eutanasia selvaggia» nel quadro della «politica demografica nazionalsocialista».

Le uccisioni erano eseguite nei vari ospedali per mano di medici e di infermieri, venivano effettuate sistematiche «restrizioni alimentari»: i pazienti morivano di fame oppure in seguito alla somministrazione di farmaci.

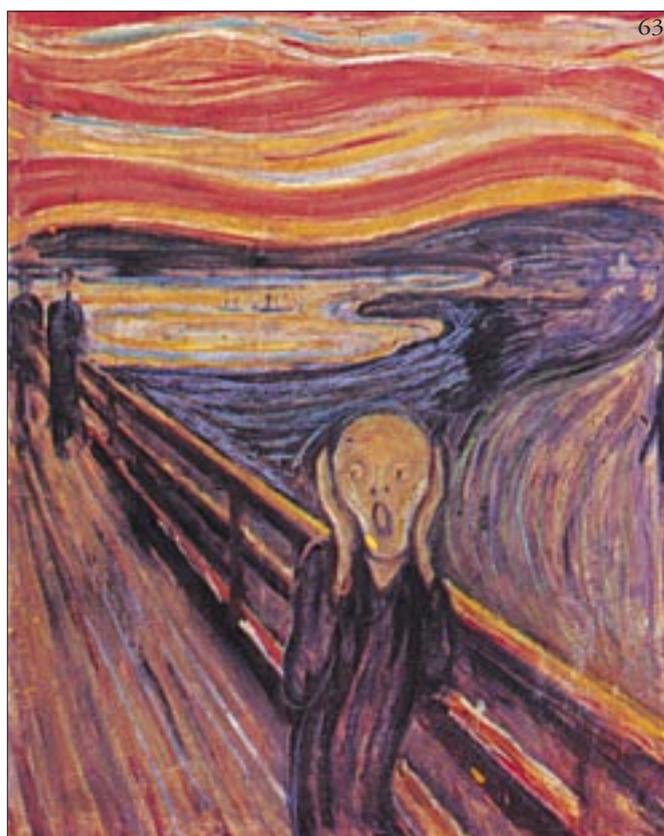
Hartmann Hinterhuber sottolinea che: *In sintonia con l'ideologia nazista l'apparato addetto alla “Umsiedlung Südtirol” (alle “opzioni” e al trasferimento degli optanti sudtirolesi nel Reich) e gli uffici a loro legati rintracciarono con ‘zelo missionario’ in tutto il paese i malati psichici e i disabili e li inviarono nella casa di cura di Hall [...]. Dal 1. novembre 1940 fino al 13. marzo 1942 in 4 date diverse vennero trasferiti 182 malati da Hall a Schussenried: 177 erano sudtirolesi, per gli altri 5, stando alle nostre informazioni, non poté essere stabilito nessun rapporto col Sudtirolo. Secondo i risultati delle ricerche del dottor Giuseppe Pantozzi furono 180, anziché 182, il trasporto più affollato partì il 1. novembre 1940 con 112 malati diretto nel Baden Württemberg, ne seguirono altri il 10, l'11 e il 13 marzo 1942, trasferendo rispettivamente 16, 46 e 6 pazienti; il dottor Johannes Mayr parla di 187 pazienti e di 76 “mentecatti”. [...]*

Il ricovero di tanti sudtirolesi malati psichici nell'ospedale psichiatrico di Schussenried poté aver luogo perché, fra maggio e ottobre del 1940, 300 malati del Württemberg caddero vittime dell'orrenda macchina di morte del nazismo a Grafeneck. [...] L'arrivo del trasporto a Schussenried scosse il personale sanitario tirolese [...]. Diciassette infermieri e infermiere della Croce Rossa di Innsbruck, che avevano seguito il trasferimento dei malati, firmarono una relazione riguardante gli incidenti capitati durante le operazioni di “carico e scarico dei malati”:

«Qui i malati, che erano stati caricati ad Hall distesi, li hanno presi semplicemente sotto le braccia e, con i piedi a penzoloni, li hanno trascinati dentro, in alcuni casi li hanno portati giù facendo sbattere loro la testa sul predellino... Nel caricarli in questi vagoni merci è successo che i malati fossero trascinati con la testa e con la schiena sopra le rotaie di ferro, come se fossero un pacco qualsiasi. Non abbiamo potuto aiutare quei poveretti, le loro grida e i loro lamenti durante il trasbordo esprimevano le sofferenze patite». Non molto meglio andò all'arrivo nella casa di cura. Un'infermiera della Croce rossa che “protestò contro lo scandaloso modo di scaricare”, per ordine del direttore della casa di cura, venne portata via dalla polizia e venne rilasciata solo dopo un lungo interrogatorio. [...]

Gli studi del dottor Johannes May dimostrano con certezza che i pazienti tirolesi portati a Weissenau, Schussenried e Zwiefalten, furono tutti uccisi con il gas.

Una testimone racconta: *«Il mio nome è Agnes G. Sono nata in val Pusteria. Eravamo 9 figli, uno*



di questi era mio fratello Franz. Franz era uno scolaro molto bravo, finchè a circa 13 anni cadde e si ferì al capo, era dotato di talento e l'intaglio era la sua occupazione preferita. All'età di 17 anni ebbe il primo attacco epilettico. Per un po' di tempo sembrava assente e parlava in modo sordo. Negli intervalli era del tutto normale. Poichè le condizioni di Franz peggioravano, lo inviarono all'ospedale per malattie nervose di Pergine. Noi potevamo sempre riprendercelo a casa. Nell'anno 1943 fummo informati che Franz e altri 2 pazienti, anche loro del nostro paese, venivano portati a Zwiefalten nel Württemberg. Mi riuscì di trovare lavoro vicino a mio fratello. Ora lo potevo andare a trovare regolarmente. Presto sentii dire che i due sunnominati pazienti erano morti per una pretesa infiammazione ai polmoni. Allora mi venne paura per Franz. A quel tempo conoscevo già i bus grigio scuro provvisti di vetri opachi, che regolarmente passavano la sera. Tutti in paese sapevano che lì c'erano ospiti dell'istituto e che venivano portati in un edificio su di un'altura. Da lì notte e giorno usciva del fumo e a tutti era noto che in quel luogo i malati, dopo la loro morte violenta, venivano bruciati. Nessuno osava parlare di questo pubblicamente. Il cibo diminuiva sempre, così che mio fratello Franz divenne molto debole. Spesso mi raccontava che avrebbe avuto due patate in premio, se fosse stato pronto a lavorare con un attrezzo molto pesante. Quantunque fossi stata messa in guardia, mi rivolsi alla direttrice dell'istituto e la informai delle mie osservazioni, che molti pazienti nel suo ospedale morivano così in fretta, se "morire" era la giusta espressione per questo... arrabbiata mi piantò in asso... ora avevo meno paura per Franz... egli divenne però sempre più debole e magro, simile ad uno scheletro. Poco dopo la fine della guerra abbiamo saputo della morte di nostro fratello».



62. L'arrivo dei malati sudtirolesi a Zwiefalten.

63. Edvard Munch, *Il grido*, 1893.

64. Don Marinolli con un gruppo di malate lavoratrici della colonia agricola per infermi di mente tranquilli di Stadio (Vadena), 1939.

65. Una squadra di malati nei campi della colonia agricola per infermi di mente tranquilli di Stadio (Vadena), 1939.



65

La colonia agricola per infermi di mente tranquilli di Stadio

La colonia agricola di Stadio sorse alla fine dell'Ottocento come istituto di lavoro e rieducazione per ragazzi "traviati e corrigendi" nelle due aree del Land Tirol, quella tedesca e quella italiana, nell'ambito delle iniziative educative ed assistenziali rivolte all'infanzia e alla gioventù. La giunta tirolese acquistò dal conte Josef von Tuhn la tenuta di "Stadelhof" (Stadio) destinata ai ragazzi di lingua tedesca (quella per i ragazzi di lingua italiana sorse a S. Ilario di Rovereto). Comprende una casa padronale a tre piani, una piccola casa per il fattore e una terzo edificio a due piani chiamato «la filanda», costruito per la lavorazione della canapa e per essiccare il tabacco. Dopo i lavori di ristrutturazione il 26 aprile 1907 venne approvato lo statuto dell'Istituto Agricolo Educativo di Stadio, il cui compito era accogliere i giovani (maschi) fra i 14 e i 18 anni che siano già pregiudicati, ovvero denotino un tale stato di sbandamento morale da rendere necessaria un'educazione speciale. Dopo l'annessione al Regno d'Italia nel 1919 la tenuta venne trasferita alla nuova provincia della Venezia Tridentina; successivamente l'Istituto fu chiuso e affidato come azienda agraria all'Istituto Agricolo di San Michele all'Adige. Ma non costituiva un bene realmente redditizio, in quanto le coltivazioni erano costantemente minacciate dalle inondazioni dell'Adige, le cui acque d'autunno invadevano il terreno per circa sei settimane fino ad un metro d'altezza; e in maggio per circa otto giorni fino a 10-20 centimetri di altezza. Dopo l'istituzione della Provincia di Bolzano, nel 1927 il segretario generale suggerì di trasformare la tenuta in una colonia capace di ospitare i malati di mente in stato di tranquillità, avvalendosi allo scopo dei grandiosi fabbricati che, nell'attuale disuso, vanno lentamente deperendo. In questo modo si poteva rimediare, almeno in parte, al sovraffollamento di Pergine e di Nomi. In seguito a diversi sopralluoghi delle autorità locali ed esperti nazionali e ai grandi miglioramenti che in quegli anni aveva subito la campagna (le bonifiche e la costruzione degli argini lungo l'Adige tra il 1935 e il 1936) rendendola interamente coltivabile, nel

1936 si decise di destinare i fabbricati della tenuta provinciale di Stadio a ricovero dei maniaci cronici, dietro indicazione della direzione dell'ospedale psichiatrico di Pergine, alla cui cura e sorveglianza rimarranno tuttavia sottoposti, e di addivire alla sistemazione e all'arredamento dei fabbricati costituenti la tenuta provinciale di Stadio. Era l'atto di nascita dell'ospedale ergoterapico. L'assistenza diretta nel reparto femminile fu affidata alle suore della congregazione della Provvidenza, le stesse che operavano a Pergine. I primi 40 pazienti (25 uomini e 15 donne) giunsero a Stadio nel settembre del 1938. Don Bonaventura Marinolli, un sacerdote, fu chiamato a reggere l'istituto come cappellano, capo-infermiere ed economo, con cui collaboravano il fattore e inizialmente otto infermieri. Il direttore di Pergine, dott. Rezza, esercitava la stessa funzione anche a Stadio, anche se la distanza era grande e le occasioni di dialogo non frequenti. *Gli operatori di Stadio, in sostanza, furono chiamati a dar vita ad un esperimento di ergoterapia psichiatrica ad indirizzo agricolo, che essi sentivano, con l'andare del tempo, sempre più difficile. In verità, sempre più essi percepivano, istintivamente le contraddizioni intrinseche all'ergoterapia psichiatrica.* Ma l'esperienza quotidiana negava ciò che le autorità teorizzavano: non era vero che solo il lavoro distrae il malato dalla sua idea fissa [...] e lo riconduce alla vita oppure, come scriveva il giornale di Bolzano, si trattava di ritorno alla serenità dello spirito nella nobile fatica dei campi [...]. Piuttosto il contatto diretto con i malati a Stadio confermava la teoria sostenuta nel 1937 da Fianberti secondo la quale il lavoro costituisce un coadiuvante delle cure; di per sé non gli si possono riconoscere virtù terapeutiche nel senso preciso dell'espressione. E cominciava ad emergere l'idea che vi fosse un vero e proprio sfruttamento del lavoro dei malati.

Durante la seconda guerra mondiale Stadio ospitò il brefotrofo provinciale, sfollato da Bolzano a causa delle continue incursioni aeree, che comunque avevano come obiettivo anche il vicino ponte ferroviario sull'Adige; grazie alla galleria - rifugio scavata nella roccia, subito a ridosso del padiglione di reggenza, la situazione rimase abbastanza tranquilla. Non vi erano più, né a Pergine,



né a Stadio malati di lingua tedesca in quanto, in seguito all'accordo tra Hitler e Mussolini sulle cosiddette "opzioni", tutti furono costretti a scegliere tra la cittadinanza tedesca e quella italiana. Poiché molti erano affidati, in quanto ricoverati in ospedale psichiatrico, alla tutela dei medici, furono i medici stessi ad optare per loro, per altri l'opzione fu fatta dai parenti, per altri ancora non fu neppure fatta. Il 26 maggio 1940, 299 malati di mente (160 uomini e 139 donne), optanti per la Germania furono trasportati a Zwiefalten, nel Baden Württemberg, sede di un manicomio. Provenivano dall'istituto di Pergine 238 malati, da Stadio 30 malati (24 uomini e 6 donne), dall'istituto di Nomi 23 malati e dal manicomio di Udine 8 malati. In grande segreto, di notte, su autobus grigi, con i finestrini scuri vennero "rimpatriati" in Germania: erano malati di tutte e età, di condizioni sociali umili, con diverse diagnosi. Partirono tranquilli, convinti di ritornare a casa, poi con il trascorrere delle ore la speranza si trasformò in delusione, stanchezza, tristezza e agitazione. Giunsero prima al manicomio di Zwiefalten, poi una parte fu trasferita a Schussenried e infine a Weissenau (75 ammalati). Il 19 dicembre 1940 il "Volksbote", giornale di lingua tedesca di Bolzano in un articolo avanzò un "orribile sospetto" (già espresso in modo implicito da "L'Osservatore Romano" pochi giorni prima) secondo il quale le morti di molti malati di mente, handicappati, malati cronici in Germania fossero parte di un piano per la "purificazione della razza ariana", il cosiddetto *Euthanasie Programm* ("operazione T 4", eutanasia dei malati di mente) sospesa per ordine di Hitler nel 1941⁷.

Nel dopoguerra, nonostante la revisione delle opzioni previsto dall'accordo Degasper-Gruber del 1946, gran parte dei malati di mente sopravvissuti negli ospedali della Germania non riuscirono a ritornare in Sudtirolo, in quanto la procedura di opzione non risultava regolare⁸.

A Stadio vennero avviati lavori di risanamento delle strutture e delle coltivazioni, aumentò il numero dei ricoverati e delle ricoverate e nel corso degli anni Sessanta e Settanta molte trasformazioni avvennero anche sul piano dell'organizzazione interna, come testimonia la memoria dell'infermiere Ermenegildo Valgoi⁹. I pazienti "tranquilli" di lingua tedesca ricoverati a Pergine ebbero la possibilità di essere trasferiti a Stadio

ed avvicinarsi quindi “a casa” e cominciarono le dimissioni dei pazienti rinchiusi da 10, 15, persino 20 anni a Pergine e trasferiti a Stadio.

La riforma psichiatrica in Alto Adige, l’applicazione della legge 180, comportò una trasformazione di Stadio da istituto ergoterapico a centro riabilitativo, tenendo conto del fatto che gran parte del terreno coltivabile e degli impianti agricoli erano stati affidati al Centro di Formazione Professionale di Laimburg.

Il Manicomio di Pergine dal dopoguerra alla Legge 180

Alla fine della seconda guerra mondiale la fame, la miseria, il dolore, i traumi subiti, i lutti e la disperazione contribuirono a far aumentare il numero dei degenti dell’ospedale psichiatrico di Pergine. Nei primi anni Sessanta i ricoverati raggiunsero il numero di 1700. Nel 1959, il dottor Emilio Dossi, direttore dell’ospedale psichiatrico di Pergine, nella sua relazione annuale scrive: *L’affollamento è pauroso. Quest’anno da un vecchio fienile abbiamo ricavato quaranta posti letto per lavoratori [...] ma purtroppo è stata una goccia d’acqua nel mare. In tutti i reparti, ci sono dal 30 al 50% di malati in più di quelli che ci dovrebbero essere. Per esempio, nei due reparti dei così detti agitati ci sono 90 malati per piano, e ce ne dovrebbero essere 45-50! Le stanze di soggiorno e le stanze da pranzo sono un pio ricordo. Per aver posto per i malati bisogna, ogni giorno, sgombrare un dormitorio dai letti, ed ammucciarli nei corridoi delle celle [...]. In ospedale perché il posto sia veramente sufficiente, bisognerebbe avere altri 500 posti letto! E anche se Bolzano ritirasse i propri malati, pur con le nuove costruzioni, noi potremmo essere tranquilli solo per pochi anni [...]. L’affollamento annulla in gran parte l’effetto delle cure [...].* Proseguì incessantemente l’ampliamento della struttura: nel 1949 fu aperto un reparto con 40 posti presso il maso Martini, destinato alle malate croniche tranquille; nel 1959 come narra il direttore Dossi fu adattato ad alloggi per lavoratori un fienile, nel 1966 fu inaugurato un nuovo padiglione con duecentoquaranta posti letto. Nel corso degli anni la riflessione sulle possibilità di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici aveva intrapreso strade diverse da quelle della segregazione e del contenimento, puntando sul rinnovamento delle istituzioni psichiatriche, attraverso l’apertura dei manicomi verso l’esterno e la creazione dei centri di igiene mentale sul territorio. Prima la

legge Mariotti del 1968 che istituì i *Centri o Servizi di igiene mentale* e intese ridimensionare in termini ospedalieri (massimo 625 posti letto) i manicomi, e aprì la strada alla sperimentazione di Basaglia, e alla riforma psichiatrica del 1978, che si applicò anche nelle province di Trento e di Bolzano. A Trento dal 1982 le competenze sul servizio di salute mentale furono trasferite dalla Provincia all’*Unità Sanitaria Locale* e presso l’ospedale psichiatrico di Pergine rimasero solo i malati ancora degenti nel momento dell’entrata in vigore della riforma e il processo di inserimento “protetto” nel territorio ha ancora un cammino contraddittorio, lungo e complesso¹⁰.

Note

¹ PANTOZZI G., *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino 1830-1942*, Trento 1989, p. 18.

² PROCH F. S., *Necessità di un manicomio nel territorio della reggenza di Trento*, Trento 1850.

³ *Alla ricerca delle menti perdute: viaggi nell’istituzione manicomiale*, catalogo a cura di Rodolfo Taiani, Museo storico in Trento, Trento 2003, p. 27.

⁴ Cfr. STEURER L., *La deportazione dall’Italia (1939-1945): Bolzano*, in “Materiali di lavoro”, n. 4, 1985, pp. 3-41.

⁵ Cfr. HINTERHUBER H., *Uccisi e dimenticati: crimini nazisti contro malati psichici e disabili del Nordtirolo e dell’Alto Adige*, trad. it. di Jolanda Savioli Sartori, Museo Storico in Trento, Trento 2003.

⁶ Cfr. MOSSE L. G., *Le origini culturali del Terzo Reich*, Milano 1968, pp. 131-185.

⁷ Cfr. FELTRI M. F., *Il nazionalsocialismo e lo sterminio degli ebrei. Lezioni, documenti, bibliografia*, Firenze 1995.

⁸ Cfr. GIUSEPPE PANTOZZI, *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino, 1830-1942*, Trento 1989; Maria Heidegger e Oliver Seifert, „Nun ist aber der Zweck einer Irrenanstalt Heilung...“ *Zur Positionierung des „Irrenhauses“ innerhalb der psychiatrischen Landschaft Tirols im 19. und frühen 20. Jahrhundert* e Lorenzo Torresini, *Dalla legge Mariotti a Basaglia. L’evoluzione dell’assistenza psichiatrica italiana e il superamento dell’esperienza manicomiale nel decennio 1968-1978*, in *Psychiatrielandschaft / Oltre il manicomio*, “Geschichte und Region / Storia e regione”, n. 2, 2008 e Antonio Slavich, *La scopa meravigliante. Preparativi per la legge 180 a Ferrara e dintorni 1971-1978*, Roma 2003.

⁹ Cfr. “APIS”, nr. 3, Bolzano 1998.

¹⁰ Per un’analisi accurata della riforma psichiatrica e i suoi sviluppi nazionali e locali cfr. in questo numero della rivista “STORIAE” i contributi di Daniela Bolelli, *La riforma psichiatrica del 1978*, pp. 5-32 e Breve storia delle terapie psichiatriche, pp. 33-36; Emanuela Diodà, *I servizi e le strutture per la sofferenza psichica nella provincia di Bolzano*, pp.55-64.

66. Festa della raccolta delle barbabietole nella colonia agricola per infermi di mente tranquilli di Stadio (Vadena), 1939.

67. La casa padronale (a sinistra) e l’edificio destinato ai pazienti (a destra) con il parco nel 1967.

68. Antonio Slavich, *La scopa meravigliante*, Roma 2003, coper-tina.



Testimonianze

a cura di Milena Cossetto

Claus Gatterer nasce a Sesto Pusteria (Bolzano) il 27 marzo 1924: è il maggiore di 10 figli di una famiglia di contadini dell'Alta Pusteria. Frequenta la scuola elementare a Sesto (e a quel periodo risalgono i ricordi d'infanzia a cui fa riferimento il suo "Bel paese. Brutta gente"), poi il ginnasio e il liceo presso il "Vizentinum" (il seminario di Bressanone) e nel 1943 si iscrive a lettere e filosofia all'università di Padova. Nel 1939 la sua famiglia optò per rimanere a Sesto e non per diventare cittadini del Terzo Reich. Dopo la guerra iniziò l'attività giornalistica prima a Bolzano, poi ad Innsbruck ed infine a Vienna, lavorando per quotidiani, settimanali ed infine per l'ente radiotelevisivo austriaco ORF. Fu il fondatore della nuova storiografia sudtirolese, sfatando il mito "vittimista" che caratterizzava la storiografia sudtirolese e cogliendo la dimensione europea del rapporto tra stato nazionale e minoranze linguistiche. Fu capace di svelare molti retroscena taciuti del complesso rapporto della popolazione locale con il nazifascismo. Muore il 28 giugno 1984 a Vienna ed è sepolto al suo paese natale. Pubblichiamo una pagina del suo romanzo autobiografico dedicato all'infanzia in Sudtirolo negli anni Trenta e Quaranta, che riporta un episodio pressoché sconosciuto della storia locale: l'attuazione del "Programma eutanasia" dei nazisti in Sudtirolo tra il 1939 e il 1943.

Fine luglio 1943

«In quei giorni d'estate si verificò un fatto che indignò e inorridì tutti. I due ragazzi più grandi di Lois Rauter, un povero contadino di montagna che tirava a campare col contrabbando e il lavoro a giornata, erano nati handicappati: erano paralitici e gli tremava di continuo la testa; uno era anche muto, tuttavia non erano completamente deficienti. Figli dell'alcool, diceva la gente. Il muto suonava la fisarmonica così bene che era un piacere sentirlo. Lois, il padre, aveva optato per la Germania. Nell'estate del 1942, un anno prima quindi, Paller era andato da lui assieme ad una donna della Sezione Femminile e due signori venuti da fuori i quali gli avevano detto che i due ragazzi, quelli malati, avrebbero dovuto essere trasportati in Germania per essere ricoverati in un ospedale, uno dei migliori, dove avrebbero fatto una buona cura per essere guariti, almeno per quanto possibile. Se la cura non avesse dato risultati positivi sarebbero stati rimandati a casa. La madre si era opposta come una chioccia: - Ce ne andiamo tutti assieme come ci è stato pro-

messo e rimaniamo tutti assieme, oppure non se ne va nessuno - aveva detto.

Lois però, dopo molte esitazioni, aveva ceduto. Evidentemente aveva temuto il ricatto di venir chiamato in guerra. Almeno così credeva la gente. Ma ora, dopo un anno, in meno di dieci giorni uno dall'altro, a Lois pervennero due biglietti, due moduli stampati, con il nome e i dati scritti a macchina: »Il tal dei tali, di anni... nato a... è morto il giorno...«. I moduli erano indirizzati all'ufficio dell'Ado che avrebbe dovuto inoltrarli al destinatario. Il primo dei moduli era stato trattenuto con la speranza che Lois fosse sceso in paese a ritirarlo personalmente un giorno o l'altro. Quando arrivò il secondo, in ufficio si decise di mandare qualcuno da lui. La responsabile della Sezione Femminile che avrebbe dovuto provvedere al recapito, si rifiutò: non voleva aver a che fare con la Rauterin con la quale aveva cattivi rapporti ancora dai tempi della scuola. Si decise infine di far portare a Lois la triste notizia dal padrino. Paller si recò dal padrino per convincerlo a compiere la mesta ambasciata.

- Tu sei parente di Lois e in più sai parlare come un padre francescano - gli disse.

Il padrino s'era indignato, non tanto per il fatto di sentirsi affibbiato l'incarico di portare a Lois la notizia della morte dei suoi figli, ma per quella morte stessa che, senza dubbio, non poteva che essere un infame delitto. Maledì Hitler, Paller e tutta la progenie nazista. Cacciò di casa Paller, gridandogli dietro attraverso l'orto che avrebbe fatto sapere la cosa direttamente al Führer. A Lois i moduli pervennero la sera dopo, chiusi in una busta color mattone, recapitata da un ragazzino del vicinato che era sceso in paese per una commissione.

La madre si comportò come una leonessa.

- Assassino, assassino! - gridò a Paller la domenica sul sagrato della chiesa davanti a tutta la gente. Per Lois fu una tragedia. Si ubriacava ogni sera e quando era in quello stato piagnucolava:



69. Claus Gatterer, *Bel paese, brutta gente*, Bolzano 1989, copertina.

- Mia moglie ha ragione, siamo tutti assassini. Fu chiesto al parroco di fare qualcosa. Lois, quel giorno che il parroco gli parlò non aveva bevuto, tuttavia non lo ascoltò nemmeno. Al *Requiem* per i figli di Lois in chiesa c'erano tutti i bambini e un adulto almeno per ogni famiglia della valle, tutti sinceramente uniti al dolore dei genitori. Gli "optanti" erano inginocchiati accanto ai "non optanti", i *walscher* vicino ai "tedeschi". Sembrava che tutto fosse ritornato com'era una volta. La tragedia aveva sortito il miracolo».

CLAUS GATTERER, *Bel paese. Brutta gente*, Bolzano 1989.



Memorie di un internato psichiatrico

Le memorie di Antonio si snodano tra gli anni Trenta e gli anni Ottanta del Novecento e ci conducono attraverso le sue esperienze adolescenziali nel riformatorio Ferrante Aporti di Torino, al manicomio di Volterra, nel manicomio di Reggio Emilia, infine nel manicomio di Pergine. Antonio scrive più di ottanta quaderni di poesie, riflessioni, note di lettura, prove di traduzione dal francese e dal 1978 la sua autobiografia. Solo ventinove quaderni sono stati consegnati all'Archivio della Scrittura Popolare del Museo Storico in Trento. Si tratta di notes manoscritti che ricostruiscono parte della vita di Antonio e conservati dal medico curante), della trascrizione dattiloscritta di 17 quaderni (giunta all'Archivio della Scrittura Popolare di Trento alcuni anni or sono) infine un nucleo formato da 9 testi autobiografici e narrativi sempre trascritti e non originali. Il breve testo che qui riportiamo è tratto dal volume antologico curato da Quinto Antonelli e Felice Ficco, pubblicato dal Museo storico in Trento nel 2003 nell'ambito del progetto "Alla ricerca delle menti perdute: viaggi nell'istituzione

manicomiale, promosso nel triennio 2000-2003 dal Museo storico in Trento in collaborazione con l'Università degli studi di Trento.

«Mi dicono che io ho un'intelligenza al di sopra del normale. È una delle tante fesserie, che si dicono quando uno è in fondo ad un fosso e si sta per dargli una mano onde farlo uscire. L'ipocrisia della gente non ha confini. Pur di non dare la pillola troppo zuccherata la rende più amara condendo-



la con di considerazioni pseudo-filosofiche, che, generalmente lasciano il tempo che trovano. Se io fossi tanto intelligente, come sostengono coloro che porgono la pillola, è ovvio che avrei fatto di tutto, per allontanare da me il calice amaro, che era costituito dalle nere vicissitudini che hanno punteggiato quasi tutti gli anni della mia esistenza. Anche a costo di arrancare controcorrente, nel fiume tempestoso delle mie tendenze. Tutti coloro che mi rivolgono simili suonate in verità non fanno altro che alimentare il mio disappunto; e, in certi casi, mi mettono indosso un protervo orgoglio, per quanto, di negativo, ho potuto combinare. Ho sbagliato, sì - mi dico -, ma è perché sono stato in grado di annullare, di neutralizzare gli apprestamenti difensivi, che la società aveva disposto contro gli asociali, come me. Eppoi, - mi dico, - ancora - è proprio vero che io ho sbagliato?; o non sono, piuttosto, uno degli epigoni, che prepararono l'avvento di una società migliore, più libera, meno inibita di quella attuale; nella quale, anche i cosiddetti asociali abbiano diritto di cittadinanza? Con gli ultimi anni delle elementari, cominciai per me, un periodo confuso. Gli altri ragazzi, quelli cosiddetti normali, a quell'età, cominciano, come si dice, a «guardarsi le punte delle scarpe»; cioè, cominciano ad accorgersi che, qualche cosa, li differenzia dalle ragazze. Conosco un libro, - del resto notissimo - *Pel di carota* di Renard, che adombra, in modo piuttosto vago, gli oscuri turbamenti della sfera affettiva dei ragazzi quegli improvvisi rossori, che li assalgono in presenza di determinate parole, o di particolari persone, quegli sbalzi d'umore, imprevedibili e disordinati. Tutto questo, però, adombrato sotto i pudichi veli di elaborate circonlocuzioni, riesce, in qualche modo, a dare un'idea del travaglio intimo che scuote i dodicenni, i tredicenni; quei

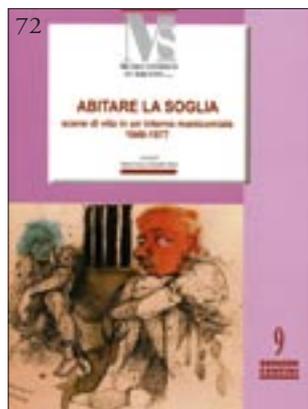
70. Margit Oberrauch, *Liberazione*, olio su tela, collezione privata.

71. *Memorie di un internato psichiatrico*, a cura di Quinto Antonelli e Felice Ficco, Trento 2003, copertina.

ragazzi, insomma, che usciti dal bozzolo protettivo dell'ignara infanzia, si apprestano a vivere quel periodo difficile, che li accompagnerà fino al confine segreto della maturità. Dicevo, dunque, di me, come fossi entrato nell'adolescenza con mire molto lontane da quelle dei miei compagni «normali». Fino ad allora, nessuno aveva supposto, che io sarei stato quello che fui in seguito. Intanto, da parte mia, dissimulavo, come meglio potevo, quello che sentivo dentro di me. Passavano gli anni».

Memorie di un internato psichiatrico, a cura di Quinto Antonelli e Felice Ficco, Trento 2003, pp. 49-50.

“Curriculum vitae meae in domo daementiae”



«Signor Dottore! Io scrivo diario più che altro per legittima difesa – indifeso e senza testimoni di me può venir affermato tutto. Io non ho passato una giornata in manicomio senza veritieramente riprodurla per iscritto» (Bruno)

Il diario di “Bruno” (nome convenzionalmente scelto per tutelare

la privacy del ricoverato) descrive giorno dopo giorno circa trent'anni di vita nel manicomio di Pergine, tra il 1949 e il 1977. Dalla cartella clinica risulta nato in Germania, vissuto poi in Alto Adige, di madrelingua tedesca, celibe, di professione ragioniere, entrato in manicomio a ventitre anni, quando è già iscritto all'università. Dopo cure le farmacologiche tipiche dell'epoca (insulinoterapia), viene dimesso con una diagnosi di “psicosi epilettica”. Dopo sette anni viene nuovamente ricoverato a causa di uno stato depressivo viene sottoposto a nuove terapie (si diffonde l'impiego degli psicofarmaci) a cui seguono poi altri diciotto ricoveri, fino al passaggio nel 1977 in una casa di riposo.

Le annotazioni di Bruno sono raccolte in 2 quaderni (altri due sono andati perduti); il diario è stato pubblicato dal Museo storico in Trento nel 2008 nell'ambito del Seminario permanente “Alla ricerca delle menti perdute” che fa capo al Dipartimento di scienze umane e sociali dell'Università degli studi di Trento. E' una preziosa testimonianza della vita ossessivamente sempre uguale nel manicomio, dove nulla sembra poter cambiare; ne pubblichiamo alcuni brevi stralci (a cui i curatori hanno ovviamente tolto ogni riferimento alle persone citate) per offrire a in-

segnanti e studenti un documento originale su cui riflettere.

Abitare la soglia

«20.V.1975 MARTEDÌ = mi alzai/lavai/vestii e rifeci mio letto verso CAMBIO/TURNO infermieristico 6h-14h = [...]. Indi potei farmi un mio caffè e mi assisi al solito posto in refettorio a guardare ciecamente (nella lotta di non vedere l'indescrivibile «camera a gas» di reclusione locale ecc), verso le 7h15m ebbe luogo la I odierna distribuzione/medicinali per bocca (! criminali somministrazioni incontrollate = avvelenamenti ecc) il distributore [...] mi diede senza farmi complicazioni («apri la bocca! fa vedere! tu non le prendi! te faremo iniezioni!») ecc) x gocce Neulepil (senza contarle = in un bicchiere che io tengo in tasca per non dover bere da bicchieri sporchi di altri e con residui di medicinali; infatti vengono usati 3/4 bicchieri, sempre gli stessi senza venir puliti dopo i singoli usi, per la distribuzione incompleta) - le ingerii per forza per evitarmi complicazioni infermieristiche ecc. - 1 compressa Lircapil e 1 c. Valium (inosservato attento sputai dopo queste due in lavandino di refettorio). Indi noi soliti 5/6 provvedem[m]o al NETTAMENTO (scopatura e lavaggio) dei pavimenti di refettorio, atrio, corridoio, camere e bagni = buoni 90 minuti di intenso lavoro di «pulizia»! Indi potei farmi ancora un mio caffè e mi riassisi in refettorio, alternativamente camminando da solo su e giù per il corridoio sempre cercando di evitare contatto con il pernicioso ambiente di malati dalle più varie forme patologiche e tutti alla rinfusa senza discernimento né selezione ecc. Verso le 11h - stavo seduto in refettorio - vidi giungere il medico di reparto - dr. [...] - direttamente in sala medica = fece chiamare il ricoverato [...] = non fece chiamare né parlò con altri e dopo 15m lasciò di nuovo il reparto. NON ricevetti POSTA (sussidio dal Comune di Bz dall'1.1.1965!)».

Bruno scrisse la seguente lettera.

«7.V.75 - Egr. Medico attuale di reparto Benedetti III piano - O.P - Pergine

Mi permetto le seguenti righe per giungere alla mia dimissione.

Ultimamente cambiando spesso medico il reparto in cui mi trovo ricoverato, riproduco letteralmente testo di «mio colloquio» con il Dr. [...] =

In attesa di Vs. Gentile riscontro mi scuso per il disturbo e mi segno con riverenza ed ossequio f.to [...]

Infatti dopoché S.V. avevate benevolmente proposto il mio ricovero come volontario, anche per facilitare una dimissione io ero animato da speranza di liberazione dopo un anno di reclusione manicomiale e come Vi espressi attendo/evo ansiosamente Vs. comunicazione quando è giunto il momento di mia dimissione per non dovervi disturbare troppo spesso = Ovvero per precisare che io «come volontario» desideravo e desidero

72. *Abitare la soglia. Scene di vita in un interno manicomiale 1949-1977*, a cura di Felice Ficco e Rodolfo Taiani, Trento 2008, copertina.

dimissione ma dovessi io tacere - per attendere decorso di un po' di tempo per cambiamento di posizione mia di ricoverato - questo non era affatto da interpretare come se io «desiderassi rimanere ancora ricoverato». Indi avendo io sentito che S.V. sarebbe rimasta assente per un certo tempo, io in stato di ben comprensibile e normalmente umana impazienza, mi rivolsi con ispirito lettera a Vs sostituito per esprimere anzitutto che io ora come «volontario» - grazie a S.V. - desideravo esse dimesso. NON ripeto quanto già Vi espressi e dunque non vorrei venir ingiustamente interpretato come «se non avessi fiducia neppure in brave e ben intenzionate persone ecc.

Vi prego di comprendermi e mi//[388] segno ancora con stima e ossequio f.to [...]

N.B. consegnata personalmente al Dr. [...] il 26.5.75 verso le 10.10 - in busta con allegato di cui a pag. 375

NON passò MEDICO né ricevetti POSTA = Verso le 11 e 1/2 giunse pranzo = io non mangiai = da gg. in questa indifesa reclusione senza o con poche prospettive di liberazione SOFFRO di INAPPETENZA».

[...] «Sto sempre escogitando la composizione di UN LIBRO - come unico mezzo a legittima difesa ed affermazione.

Pomeriggio potei farmi ancora un mio caffè. NON vidi MEDICO né altri né ricevetti POSTA/notizia. Composi ancora la seguente lettera= rep. «Benedetti III p» OP-Pergine, 8.7.75

Esimio Sig. Dr. D. - rep. Benedetti - e p.c.= O.P./Pergine

Già da molti mesi stò ponderando la adeguata forma per la giusta riproduzione e composizione di un libro sulla «vita manicomiale vissuta e subita» e «vita manicomiale in genere». Tralascio commento nella mia indifesa assoggettazione senza diritti ecc.

Vi elenco alcuni punti di rilievo=

1) *reazioni di contegno negativo* del personale sanitario quando si accorgono//[640] di aver a che fare con un ricoverato «non deficiente» e «di propositi diritti» ecc.

2) *errore di non muta accettazione* di «storto e non-servizio (inattività) del personale sanitario = e di intervento orale di critica e di condanna e anche di opera (personale intervento di assistenza a ricoverati bisognosi) ecc.

3) *completa inerme assoggettazione* a beneplacito di terze mani (manicomio ecc) senza possibilità di appello per intervento esterno di difesa a «autorità sanitaria né giustizia esterne» ecc.

4) «*criminali terapie*» con massime lesioni psico-neurologiche e anche fisiche ecc (da reazioni di rabbia dei sanitari ecc) - come anni fa «elettrourto» «pireto» (meno -) «Rückkenmark-Kopflüftlüllung = pneumo-encefalo (non per radiografie, ma «Bingel») intossicazioni a somministrazioni coercitive imponderate di certi barbiturici e sedativi ecc.

5) *psicodegenerazione di vita umana* in seguito

a coatto ricovero manicomiale//[641] e maltrattamento anche psichico - affatto rieducativo/psicoterapeutico, anzi stimolante maggior degenerazione biopsicologica nei soggetti - specie tossicomani in una forma e maniaco-depressivi in altre = i primi ricevuti/accolti a braccia aperte perfino con favoreggiamenti (permessi/mangiare/libertà di contegno prepotente e ladro ecc) e conseguente STIMOLAZIONE a «recidività di ricovero» perfino volontario - per ozio - e vi si sentono «Signori di Wolkenkuckuckshem/paese dei matti e paradiso dei sognatori ecc - PERDONO la comprensione di vero «SENSO e GUSTO di VITA» ecc.

6) *nessun selezionamento di ricoverati* conforme loro forme di malattia - tutti alla rinfusa = e per vari diventa un inferno di camera a gas in ambiente indescrivibilmente pernicioso.

7) maggiormente i ricoverati che non il personale! *devono avere riguardo/paura della eccitabilità nervosa di controparte* ecc.

8) «topi di manicomio» come al 5)

9) *infermieri* come [...], *medici* come [...] ecc.

10) *ricoverati* come [...] ecc.

11) *prorogate reclusioni manicomiali coatte* con perdita dei migliori anni di vita e i maggiori danni anche di salute

12) «*non controllo*» «*non obbligo di resa dei conti*» *allo Stato* = conseguente ozio, disinteressamento incapacità sanitari

13) cambiamento di contegno infermieristico a mio lavoro in Direzione ecc

14) *assistenza sociale assai deficiente* (intervento del dr. [...] ecc)

15) *reazione anche criminale di rabbia* del personale sanitario quando non si simula loro completa passiva assoggettazione e padronanza loro su vita altrui/propria ecc

16) passato TERRORISMO del personale subordinato nei confronti dei dittatori = 1) ispettori 2) medici 3) direttore = ORGANIZZATO dal dr. [...] = NESSUNA COLLABORAZIONE.

17) OZIO COERCITIVO - abulia imposta, tranne//[643] lavoro di pulizia per alcuni e NESSUNA ERGOTERAPIA conforme attitudine, capacità, stimolazione a lavoro ecc

18) passata «amministrazione ospedaliera» in mano incontrollata al Direttore sanitario ecc.

19) assoluta mancanza di assistenza sanitaria specialistica per disturbi non neuropsichici con le peggiori conseguenze per il ricoverato/malato ecc.

20) PERNICIOSITÀ dell'ambiente reclusorio manicomiale = minor durata media di vita di chi esercita la sua vita lavorativa fra malati mentali (infermieri a lungo contatto con i malati) - dieci anni meno di vita (secondo traduzione da me fatta a [...] ecc) ecc. =

21) et cetera. -

Nella speranza di venir giustamente interpretato, Le ripeto ancora preghiera come ultimamente il 23.5.75, 27.5, 11.6.75, 25.6, 30.6, 1.7.75, 2.7., 3.7.75 di benevola vs concessione di rimessa mia in libertà. Con ossequi [...]

I servizi e le strutture per la sofferenza psichica nella provincia di Bolzano

Emanuela Diodà

Non c'è salute senza salute mentale

“Senza salute mentale la salute non è possibile. Per i cittadini la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Per le società una buona salute mentale contribuisce alla prosperità, alla solidarietà e alla giustizia sociale.” Così afferma il documento *Libro Verde – Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* stilato dalla Commissione Europea per la sanità pubblica nell'ottobre 2005. Il documento si propone di definire una strategia a favore della salute mentale per l'Unione Europea ed è una prima risposta all'invito della Conferenza ministeriale europea dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) sulla salute mentale svoltasi nel gennaio dello stesso anno a Helsinki. I lavori della Conferenza hanno dato l'avvio ad un dibattito a livello europeo su come migliorare l'approccio alla malattia mentale e promuovere la prevenzione attraverso la salute mentale.

Il documento pone l'accento sulla necessità di promuovere la salute mentale, di contrastare la discriminazione l'emarginazione sociale e l'ineguaglianza e di progettare e realizzare servizi completi, integrati, adeguati ed efficaci che inglobino la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione, l'assistenza e il reinserimento sociale delle persone che hanno sperimentato la sofferenza psichica.

Si fa dunque riferimento ad un sistema di servizi allargato che non comprende solo l'ambito sanitario ed assistenziale ed il suo grado di accessibilità, di efficacia e di qualità, ma anche quello culturale, scolastico, lavorativo, ambientale, dell'informazione e dei mezzi di comunicazione. *“Un basso status sociale ed economico accresce la vulnerabilità alle patologie mentali. La perdita del lavoro e la disoccupazione possono ridurre l'autostima e causare depressioni. I migranti ed altri gruppi emarginati corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie psichiche. Gli interventi volti a reintrodurre i disoccupati nel mercato del lavoro possono dimostrarsi economicamente vantaggiosi. Il sostegno ai gruppi sociali più vulnerabili*



può migliorare la salute mentale, rafforzare la coesione sociale ed evitare i relativi oneri sociali ed economici” (Libro Verde).

L'area della salute mentale e dei disturbi psichici è molto complessa, riguarda - oltre che i dati di malattia (il numero delle persone che sono in carico ai servizi sanitari, l'aumento delle problematiche psichiche ed il loro cambiamento), le situazioni di disagio che sono strettamente legate alla qualità delle relazioni nel territorio. È quindi molto importante che si lavori per costruire una cultura capace di promuovere la cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali, ed i soggetti facenti parte della rete di relazione e del contesto sociale delle persone per poter riconoscere, affrontare e gestire le situazioni di rischio per la salute mentale delle persone e delle famiglie. Si tratta di lavorare in rete per una “presa in carico” della situazione complessiva e del contesto socia-



le e lavorare per promuovere l'inclusione sociale delle persone che vivono la sofferenza psichica, tutelare la dignità ed i diritti fondamentali della persona *“Le stigmatizzazioni accrescono la sofferenza personale, l'esclusione sociale e possono ostacolare l'accesso ad un alloggio o all'occupazione. Tali pregiudizi possono persino impedire alle persone di cercare aiuto per timore di essere etichettate.”* (Libro Verde)

Le politiche per la salute mentale che si ispirano alla legge 180/78 hanno come riferimento il dovere di garantire un sistema di servizi territoriali che tutelino la salute mentale e promuovano i diritti di cittadinanza soprattutto per le fasce più a rischio e più vulnerabili della popolazione, migliorando la qualità della vita, favorendo l'autonomia e l'emancipazione. Per questo il sistema dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza psichiatrica deve offrire un ampio ventaglio di risposte alla complessità dei bisogni, collaborando con gli altri soggetti sociali del territorio, con le famiglie, con il volontariato, con il privato so-

ciale. Occorre garantire a coloro che soffrono di disturbi psichici, oltre alle possibilità di cura e riabilitazione anche aiuti materiali ed economici, condizioni abitative dignitose, possibilità di accesso al lavoro e all'istruzione e all'integrazione sociale, quale condizione indispensabile per un reale esercizio dei diritti di cittadinanza.

La riforma della psichiatria avvenuta con la Legge 180 del 1978 e la successiva normativa nazionale (la legge 833/78 che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale, i Progetti Obiettivo “Tutela della Salute Mentale”, la Legge 68/99 sul diritto al lavoro per i disabili, la Legge 328 del 2000 che regola la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Legge 6 del 2004 che istituisce la nuova figura dell'amministratore di sostegno”) e normativa provinciale (la Legge nr. 37 del 25 agosto 1976, la Delibera del Presidente della Giunta Provinciale nr.711 del 4 marzo 1996 “Una moderna rete terapeutico-assistenziale per i malati psichici”, i Piani Sanitari Provinciali e Piani Sociali Provinciali) hanno promosso nuove

politiche per la Salute Mentale e l'istituzione e l'organizzazione di nuovi servizi che operano in aree territoriali definite, atti a garantire ai cittadini, il pieno rispetto dei diritti di cittadinanza e risposte articolate: dal diritto alla cura e alla prevenzione al rispetto della dignità del malato, dalla correttezza delle informazioni all'accessibilità ai servizi, dagli aiuti economici al sostegno nel campo lavorativo ed abitativo, con interventi rivolti oltre che al singolo cittadino-utente, al contesto familiare, ambientale e sociale.

Per promuovere un reale cambiamento è necessario che la rete dei servizi psichiatrici sia fortemente articolata per poter rispondere alla grande complessità dei bisogni, è necessario investire nella formazione del personale, nelle forme di partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni, nella costruzione di modalità di lavoro di rete con i servizi sociali, in particolare con i distretti socio-santari.

La struttura organizzativa dei servizi per la salute mentale in Provincia di Bolzano.

I servizi per la salute mentale nella Provincia di Bolzano fanno capo ai quattro Comprensori Sanitari (Bolzano, Merano, Brunico e Bressa-

73. Margit Oberrauch, *Der Blick auf die Worte (Lo sguardo sulle parole)*, tempera su carta, 1980, collezione privata.

74. Margit Oberrauch, *Der erste Friede (La prima pace)*, olio su tela, 1980, collezione privata.

none) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. In particolare i Servizi Psichiatrici, insieme ad altri servizi sanitari quali il Servizio Psicologico, il Servizio per le Dipendenze e la Neuropsichiatria Infantile, hanno il compito di tutelare la salute mentale. I Servizi psichiatrici sono costituiti da servizi ospedalieri (Reparto psichiatrico, Day Hospital) e da servizi territoriali (Centri di Salute Mentale, Day hospital, Centri di Riabilitazione, Comunità Protette). Altre strutture territoriali socio-psichiatriche (Comunità Alloggio, Laboratori Protetti, Centri di Training professionale, Punti di Incontro) sono gestite dalle Comunità Comprensoriali di Oltradige-Bassa Atesina, Salto Sciliar, Burgraviato, Val Pusteria, Valle Isarco e dall'Azienda per i Servizi Sociali di Bolzano per quanto riguarda la città di Bolzano.

I Centri di Salute Mentale. I Centri di Salute Mentale sono il punto di accesso a tutto il sistema dei servizi per la salute mentale, costituiscono il fulcro organizzativo e di coordinamento di tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale nel territorio di competenza, tramite l'integrazione funzionale con le attività dei distretti socio-sanitari e la collaborazione con altri servizi, in particolare il Servizio di Medicina Generale ed il Servizio Psicologico. I Centri di Salute Mentale garantiscono attività di accoglienza, di informazione e analisi della domanda, attività diagnostica, definizione e attuazione di programmi terapeutici, riabilitativi e di inserimento sociale tramite interventi ambulatoriali, domiciliari ed eventualmente anche residenziali. Sono collocati a Bolzano (per la città e per il circondario con sedi staccate a Laives, Appiano, Ortisei, Castelrotto e Nova Ponente), a Egna, Merano, Sinigo, Silandro e sedi distaccate (nei distretti di Merano e Circondario, Lana e Circondario, Val Passiria, Alta Val Venosta, Media Val Venosta) Bressanone, Brunico, con apertura al pubblico diurna nei giorni feriali. Il personale che vi opera è costituito da psichiatri/e, infermieri/e, psicologi/ghe, assistenti sociali, operatori/trici addetti all'assistenza.

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Sono situati negli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico, con numero definito di posti letto. Vengono effettuati i trattamenti volontari ed obbligatori per chi soffre di disturbi psichici in fase acuta. La degenza deve avere una durata limitata nel tempo, a seconda delle situazioni individuali. Gli utenti vi accedono tramite il Centro di Salute Mentale, il Pronto Soccorso, il medico di base. Gli SPDC svolgono attività di consulenza per il Pronto Soccorso e gli altri reparti ospedalieri.

I Day-hospital psichiatrici sono strutture situate all'interno dell'ospedale o nel territorio, che ospitano utenti che necessitano durante il giorno di interventi farmaco-terapici e/o psicoterapeutici

e di risocializzazione sulla base di programmi di breve, medio, e lungo periodo. Vi si accede tramite il Centro di Salute Mentale.

I Centri Diurni sono strutture semiresidenziali, con funzioni terapeutico-riabilitative, collocate nel contesto territoriale. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati consentono di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo e di un reale inserimento nella vita sociale. Vi si accede tramite il Centro di Salute Mentale. Dispongono di un'equipe multiprofessionale composta da psichiatri, psicologi, educatori, infermieri, operatori addetti all'assistenza.

I Centri di Riabilitazione Psichiatrica sono strutture sanitarie residenziali. Accolgono su base volontaria persone con disturbi psichici che necessitano di assistenza intensiva e continuativa a medio-lungo periodo in relazione al progetto terapeutico-riabilitativo concordato e per i quali si rende necessaria una temporanea separazione dal contesto abituale di vita. Propongono una pluralità di interventi integrati di tipo farmacologico, riabilitativo con attività artigianali e di gestione della quotidianità e del tempo libero. La cura si svolge attraverso la convivenza e l'agire quotidiano nel rispetto della persona, della sua dignità, dei suoi diritti. Il personale che vi opera è costituito da psichiatri/e, infermieri/e, psicologi/ghe, operatori/trici addetti all'assistenza, ergoterapisti/e e per progetti particolari sono coinvolti professionisti/e nel campo artistico o dell'artigianato. Sono presenti a Bolzano (Centro di Riabilitazione psichiatrica Grieserhof), a Salorno (Centro Riabilitativo "Residenza Gelmini"), a Merano (Centro di Riabilitazione psichiatrica "Casa Bassaglia"). A Bressanone (Centro di Riabilitazione "Bartgaishof"). Vi si accede tramite il Centro di Salute Mentale.

Area abitativa

Il superamento dei manicomi ha stimolato e favorito la nascita di esperienze di residenzialità diverse, più o meno protette, con caratteristiche anche molto diverse tra loro, studiate sulla base del bisogno di assistenza sanitaria o assistenziale, con la funzione di accompagnare e sostenere le persone in un percorso di riappropriazione della propria dignità ed autonomia.

Le Comunità Protette sono strutture sanitarie territoriali residenziali con finalità di terapia e riabilitazione che cercano di adeguare le proprie caratteristiche all'esigenza di offrire alla persona che soffre di disturbi psichici un ambiente abitativo il più normale possibile. Offrono assistenza a medio-lungo periodo ed il personale infermie-



La scuola abitativa (*Euroresidenz*), gestita dalla Comunità Comprensoriale del Salto Sciliar si trova a Bolzano, prevede un'ospitalità in alcuni appartamenti di varie dimensioni (da 1 a 4 persone), della durata di due anni, con obiettivi riabilitativi di acquisizione di un grado di autonomia sufficiente a garantire un rientro in famiglia o in un appartamento proprio con o senza il supporto dei servizi territoriali. I pazienti con disagio psichico vi accedono tramite il Centro di Salute Mentale.

I miniappartamenti, gestiti dalla Comunità Comprensoriale del Salto Sciliar. Con questo servizio si intende offrire all'utente la possibilità di abitare da solo un piccolo miniappartamento e di verificare concretamente le sue capacità e le competenze necessarie per vivere autonomamente in un proprio appartamento con o senza il sostegno dei servizi territoriali. Le persone con disagio psichico vi accedono tramite il Centro di Salute Mentale.

ristico ed assistenziale è presente nell'arco delle 24 ore o durante la giornata. Vi si accede tramite il Centro di Salute Mentale.

Le Comunità Alloggio sono strutture abitative per persone che non necessitano di assistenza continuativa e sono in grado di convivere in un appartamento e gestire la quotidianità della cura della casa con un aiuto limitato da parte di personale di assistenza. La finalità delle Comunità Alloggio è quella di far acquisire o migliorare l'autonomia delle persone e permettere loro quando possibile il rientro nella propria famiglia o l'acquisizione di un'abitazione propria. Sono strutture gestite dalle Comunità Comprensoriali o da Cooperative sociali. Vi si accede tramite il Centro di Salute Mentale o il Distretto sociale. Comunità Protette e Comunità Alloggio sono presenti nei maggiori centri della Provincia (Bolzano, Caldaro, Termeno, Egna, Ortisei, Merano, Silandro, Bressanone, Vipiteno, Brunico/Gais)

Altri servizi nel settore abitativo

In linea con quanto previsto dalla normativa vigente, non precisamente descritte nella delibera 711/96 in quanto servizi rivolti a persone che hanno problematiche sia di tipo psichiatrico che di handicap motorio o psichico sono stati istituiti servizi che offrono opportunità nel campo abitativo:

I progetti abitativi "Appartamenti collettivi". Si tratta di progetti gestiti prevalentemente dal Centro di Salute Mentale in collaborazione con l'IPES - Istituto per l'Edilizia Sociale, con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano o con le Comunità Comprensoriali ed eventualmente con Cooperative sociali. Viene offerta agli utenti la possibilità di coabitare con altri (4-5 persone) in appartamenti dell'IPES che dispongono di stanze singole con servizi ed evtl. garage e di spazi comuni (cucina, soggiorno, terrazza, cantina). I destinatari del progetto sono utenti del servizio psichiatrico che sono in graduatoria IPES e che hanno bisogno di un'assistenza quotidiana per la gestione delle attività domestiche. Una caratteristica molto importante sul piano dell'autonomia e della dignità personale che contraddistingue questo servizio da tutti gli altri descritti finora è la stipulazione di un vero e proprio contratto di affitto tra il singolo utente e l'Istituto per l'Edilizia Sociale, come avviene con tutti gli altri cittadini.

75. Margit Oberrauch, *Die unvollständige Stadt* (La città incompiuta), pastelli e china su carta, 1980, collezione privata.

Area lavorativa

Riconoscendo e sottolineando l'importanza del lavoro in ogni processo che abbia come obiettivo l'inclusione sociale di persone con problemi di malattia mentale è necessario che vengano attivate dei provvedimenti e delle strategie mirate e dei nuovi strumenti capaci di portare a dei cambiamenti significativi rispetto al passato.

Per contrastare le enormi difficoltà che incontrano le persone con problemi psichici ad entrare o ri-entrare nel mondo lavorativo è necessaria una precisa volontà ed una forte collaborazione degli Enti Locali con tutte le Agenzie deputate al collocamento lavorativo (Ufficio Provinciale del lavoro, Associazioni di settore, Sindacati, Cooperative sociali, Imprese, ecc.), con i Distretti Sociali e con i Centri di Salute Mentale.

Nella provincia di Bolzano la rete dei servizi che hanno il compito di formare ed inserire nel lavoro le persone con problemi psichici è costituita dal Servizio di inserimento lavorativo e dai Centri di mediazione al lavoro della Ripartizione Lavoro della Provincia di Bolzano, dal Servizio di assistenza al posto di lavoro dell'Azienda Servizi Sociali di Bolzano, dai Servizi Psichiatrici, dalle Comunità Comprensoriali, dalle Coopertive sociali, dalle Ripartizioni 20 e 21 della Formazione Professionale, dalle Imprese, dall'Associazione di settore ecc.

Il Servizio di inserimento lavorativo ed i Centri di mediazione al lavoro.

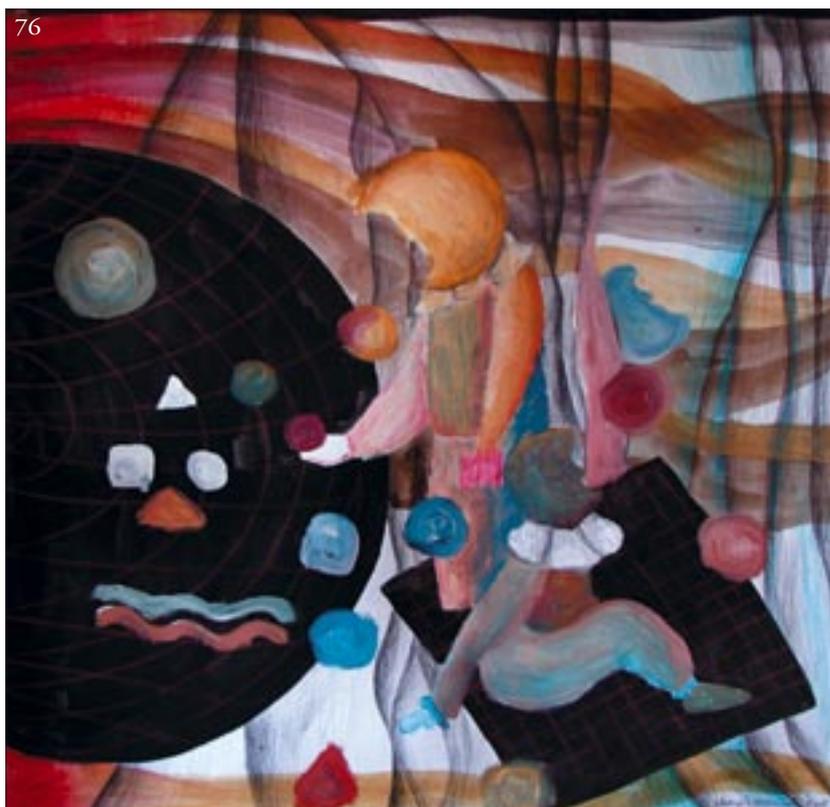
Il Servizio inserimento lavorativo è presente in tutti i Centri di mediazione della provincia. Si occupa della mediazione tra persone alla ricerca di un impiego iscritte negli elenchi delle categorie protette e le aziende soggette all'obbligo di assunzione di persone disabili ai sensi della legge n. 68 del 1999.

Promuove l'inserimento lavorativo di persone che a causa di una disabilità presentano difficoltà nell'ingresso nel mercato del lavoro. Gli interventi di appoggio e di mediazione sono volti a mantenere rapporti di lavoro già esistenti e/o a ricercare nuove opportunità occupazionali. Ha il compito di cercare le più idonee possibilità di lavoro o occupazione da sottoporre ai candidati e di elaborare progetti individuali di reinserimento o di mantenimento del posto di lavoro in collaborazione con i Servizi socio-sanitari. Gestisce e utilizza strumenti diversi per l'avviamento al lavoro quali le convenzioni di affidamento temporaneo con le imprese, i collocamenti protetti pre-lavorativi, gli stages aziendali, ecc. Il Servizio inserimento lavorativo offre una consulenza qualificata sia a

persone in cerca di lavoro che a datori di lavoro anche in funzione del collocamento mirato. Gli operatori affrontano questioni riferite a tematiche giuridiche, economiche, tecniche o psico-sociali inerenti al lavoro. In caso di necessità vengono coinvolte anche le Ripartizioni della Formazione professionale e gli Uffici di orientamento scolastico e professionale.

I Centri di addestramento professionale sono strutture finalizzate alla formazione pratica e alla riqualificazione personale di persone con problemi psichici, per l'inserimento o reinserimento nel mondo del lavoro. L'ammissione è concordata con gli utenti stessi e con il Centro di Salute Mentale e prevede un piano di lavoro ed un percorso riabilitativo individuale attraverso tipologie di lavoro che vanno dal giardinaggio, al lavoro di ufficio, di cucina, di artigianato, maglieria, cucito, tessitura, ceramica, lavanderia, lavoro agricolo e lavori domestici. Sono gestiti dalle Comunità Comprensoriali o da organizzazioni private convenzionate e sono presenti a Bolzano (BTZ e CIRS), a Gais e a Molini in Val Pusteria (Maso "Sagemüllerhof" e maso Baumann), a Merano ("Martinsbrunn" e "BTZ Gecco", a Silandro, Laces (BTZ), a Varna (Bartgaishof)

I laboratori protetti sono strutture di lavoro ed occupazionale per malati con problemi psichici, soprattutto cronici di grado medio. La finalità dei laboratori protetti è quella di mettere a disposizione dei posti di lavoro protetto con limiti di tempo diversi da persona a persona, finalizzati comunque ad un graduale inserimento nel mondo del lavoro nei limiti e nelle possibilità individuali





sulla base di un percorso riabilitativo concordato con il Centro di Salute Mentale o con il Distretto sociale. Sono gestiti dalle Comunità Comprensoriali, dall'Azienda Servizi Sociali di Bolzano e da organizzazioni private o Cooperative sociali ed offrono anch'essi attività lavorative diverse. Sono presenti a Bolzano, Salorno, Egna, Ortisei, Merano, Brunico, Sciaves, Bressanone.

Le cooperative sociali operanti nel settore psichiatrico sono sorte proprio negli anni '80 nell'ambito dei processi di deistituzionalizzazione e di superamento dei manicomi con la finalità di contrastare i processi di emarginazione e di invalidità attraverso la restituzione di opportunità di lavoro retribuito e di uno "status" di lavoratore e quindi di cittadino a tutti gli effetti. Sono imprese (società a responsabilità limitata di tipo cooperativo) che hanno il compito di inserire nel mondo del lavoro soggetti socialmente svantaggiati, a partire dalle loro capacità residuali, offrendo un contesto ambientale protetto, non eccessivamente competitivo, ma stimolante per quanto riguarda l'assunzione di responsabilità e di impegno. Si tratta in questo caso di cooperative di tipo "B"; operano in settori produttivi di vario genere (giardinaggio, bioagricoltura, ristorazione, falegnameria, tessile, ceramica, ecc.) e offrono percorsi formativi e di riqualificazione professionale di vario livello. Le cooperative di tipo "A" invece assumono la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi. Tutte le cooperative hanno gestione privata, sono regolamentate da una normativa *ad hoc* (in particolare la legge 381/91 "Disciplina delle Cooperative sociali") che prevede delle agevolazioni in campo contributivo e nella regolamentazione degli appalti pubblici. L'inserimento lavorativo in cooperativa di persone con

problemi psichici avviene tramite il Centro di Salute Mentale ed il Distretto Sociale.

Area socioculturale e del tempo libero

È importante che la cura e la riabilitazione non siano percorsi separati dal contesto di vita e che la persona sia considerata nella globalità dei suoi bisogni. Diventa quindi necessario attivare anche dei percorsi che aiutino le persone ad allargare la rete di relazioni sociali, trovare contesti relazionali e sociali che le aiutino a maturare nella comunicazione interpersonale, nella costruzione di legami, negli affetti, nella partecipazione alla vita sociale e culturale. Come scrive la dottoressa Daniela Bolelli "*La malattia mentale è proprio quel gran dolore che si prova nello*

stare con gli altri quando ci sembra che non ci capiscano e di non riuscire a capirli. Essa stessa è il frutto di mancate comprensioni e di relazioni difficili e si esprime a sua volta con modalità di rapporto con gli altri alterate e difficilmente comprensibili. Chi ne soffre spesso non sa spiegare agli altri, ma neanche a sé stesso cosa gli succede: chi non ha capito non può farsi capire. Questo ci spiega come sia possibile che relazioni nuove che facciano fare l'esperienza di essere compresi e di comprendere a nostra volta incidano positivamente sullo stato mentale." (Daniela Bolelli, *La sofferenza mentale: per saperne di più*, Trento 2006).

I Punti di incontro sono servizi previsti dalla Delibera del Presidente della Giunta Provinciale Nr. 711/76. Sono organizzati in base a progetti che hanno l'obiettivo di fare da ponte tra la solitudine, la marginalità, l'isolamento di chi vive la malattia psichica e la società civile, la vita quotidiana, il quartiere, la città, offrendo stimoli per la creazione di legami, di rapporti interpersonali, per vivere un'esperienza gratificante di incontro con gli altri e per costruire l'acquisizione di una sempre più affermata autonomia personale, a partire dalla propria casa, dalla propria famiglia fino alla vita sociale più estesa. Attraverso esperienze di gruppo che permettono a ciascuno di mettere in gioco se stessi, le proprie capacità, i propri desideri, si crea il terreno in cui possa mettere radici l'autostima e un po' più di sicurezza e si possano

76. Margit Oberrauch, *Zwischen Traum und Spiel (Tra sogno e gioco)*, olio su tela, 1980, collezione privata.

77. Margit Oberrauch, *Die Freundschaftsstadt (La città dell'amici- zia)*, olio su tela, 1980, collezione privata.

trovare le condizioni e le motivazioni per assumersi anche responsabilità più importanti e per partecipare alla vita sociale. I “Punti di incontro” sono gestiti dalle Comunità Comprensoriali o da organizzazioni private. Sono presenti a Bolzano, gestiti dall’Associazione di volontariato “Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns” in convenzione con l’Azienda Servizi Sociali di Bolzano e nei maggiori centri della provincia (a Merano, Brunico, Bressanone, ecc.).

Altri Servizi

Servizio psicologico: è un servizio sanitario di tipo specialistico presente nei Comprensori sanitari della provincia. Si occupa dei disturbi dell’area psicologica sia per la fascia dei minori che degli adulti. Collabora con altri servizi sanitari e sociali e vi si può accedere direttamente tramite appuntamento.

Il Servizio Dipendenze è un servizio specialistico sanitario che si occupa di tossicodipendenze, gioco d’azzardo e alcolismo. Opera a livello ambulatoriale con modalità di intervento multi professionale e trattamenti integrati per la cura e la riabilitazione e fornisce inoltre servizi di informazione, consulenza e prevenzione. Collabora formalmente con i servizi e strutture sanitarie e sociali pubblici e privati. Vi si può accedere direttamente, su appuntamento, anche senza l’impegno del medico di base.

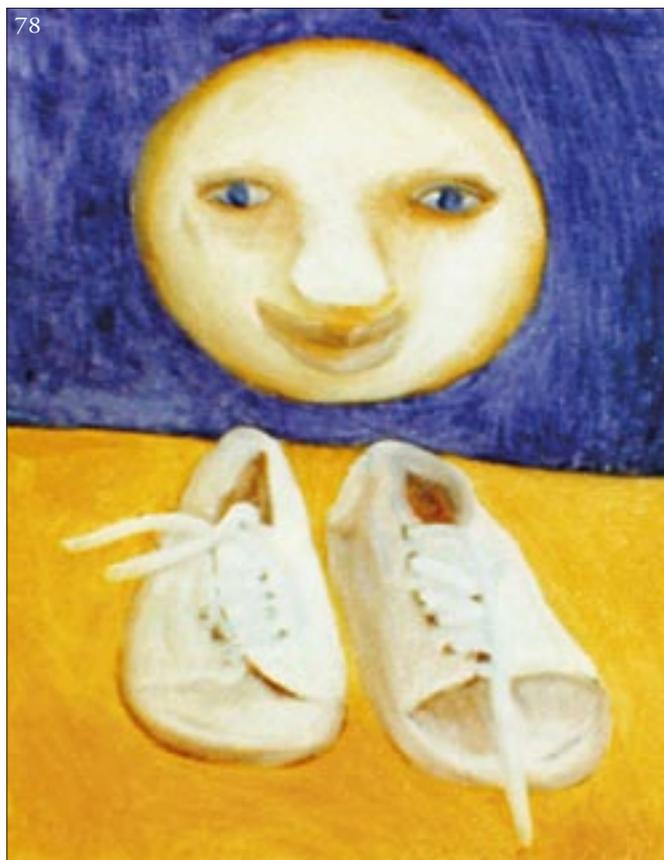
Centro terapeutico di psicosomatica e psicoterapia Bad Bachgart. Situato a Rodengo in Val Pusteria, il Centro Terapeutico Bad Bachgart con 65 posti letto ha come pertinenza la cura residenziale intensiva e globale di diversi problemi di dipendenza e/o disturbi psichici/ psicosomatici.

Centro di psicoterapia e psicosomatica a Bolzano: Servizio in convenzione con il Comprensorio sanitario di Bolzano, Il trattamento è costituito da un insieme di diverse tecniche terapeutiche: psicoterapia individuale, terapia familiare, terapia di gruppo per ansia e depressione, gruppi per il rilassamento e per la presa di coscienza delle proprie emozioni e del proprio corpo, gruppi sportivi con finalità terapeutiche.

Neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza: Il servizio si occupa dei disturbi neurologici, dello sviluppo, dell’apprendimento e psichiatrici dell’età evolutiva (0-18 anni). Compito del Servizio è la prevenzione, la diagnosi e la cura dei disturbi neurologici e mentali per bambini e adolescenti.

L’accesso al Servizio avviene preferibilmente su prescrizione dei Medici o Pediatri di base, di altri Specialisti Ospedalieri o Medici dei Servizi Riabilitativi, di Psicologi (dei Servizi Psicologici e dei Consultori). Su richiesta dei familiari è possibile anche l’accesso diretto.

Per l’accesso è necessaria la prenotazione telefonica. Per ricoveri urgenti l’accesso avviene tra-



mite il Pronto Soccorso ed il Reparto di Pediatria dell’Ospedale.

Consultori famigliari. Svolgono attività di consulenza psicologica, legale, sociale e sanitaria, psicoterapie, mediazione famigliare, educazione e informazione per la famiglia, la coppia e i singoli, in ordine a varie problematiche, in particolare nel campo dell’educazione della maternità e paternità responsabile e dello sviluppo armonico della persona. Vi si può accedere direttamente.

L’associazionismo

Associazioni di famigliari.

Nate con lo scopo di migliorare le condizioni di vita delle persone con problemi psichici e dei loro familiari, di offrire loro tutela e sostegno, di attivare un costante monitoraggio sui servizi psichiatrici per verificarne l’efficacia ed il rispetto della normativa vigente. L’Associazione dei famigliari *Associazione Parenti ed Amici dei Malati Psichici- Verband Angehöriger und Freunde psychisch Kranker* con sede a Bolzano si è costituita nel 1989, ha avviato una collaborazione ed un costante confronto con le istituzioni pubbliche. Ha attivato dei gruppi di auto aiuto per famigliari in vari Centri della provincia, un servizio di ascolto telefonico e consulenza aperto alla cittadinanza. Organizza soggiorni estivi di cura per persone con problemi psichici in collaborazione con i Centri di Salute Mentale. Nel

78. Margit Oberrauch, *Schuhwerk über Schuhwerk* (Scarpa su scarpa), olio su tela, 1980, collezione privata.

campo della sensibilizzazione ed informazione della cittadinanza ha pubblicato in collaborazione con l'Associazione di volontariato *Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns* e con il sostegno della Provincia Autonoma di Bolzano il volume *La sofferenza mentale: per saperne di più* di Daniela Bolelli, psichiatra psicanalista.

Associazioni di utenti.

L'Associazione *Lichtung- Girasole* si è costituita con sede a Brunico nel 1997 con l'obiettivo di dare voce alle esigenze degli utenti dei servizi psichiatrici e di esserne l'organo di rappresentanza presso le istituzioni provinciali. Svolge attività di informazione e consulenza ed organizza attività di tempo libero. Ha attivato gruppi di autoaiuto tra gli utenti dei servizi psichiatrici in vari Centri della provincia.

Associazione *A.M.A. Auto Mutuo Aiuto*, fondata nel 1995. Si propone di favorire la costituzione di gruppi di auto aiuto di persone che hanno in comune un problema specifico e che attraverso il reciproco sostegno e il confronto delle esperienze vissute affrontano le proprie difficoltà.

Il volontariato

L'attività di volontariato è disciplinata dalla Legge 266 del 1991 e successive norme degli Enti locali che hanno preso atto del diffondersi nel campo socio-assistenziale di numerose iniziative a fronte di bisogni emergenti di fasce di cittadini non sufficientemente tutelati e di interventi di sostegno a servizi pubblici. Le organizzazioni di volontariato devono iscriversi in appositi Registri provinciali o regionali del Volontariato e traggono le loro risorse economiche da contributi degli aderenti, da altri privati o da contributi dell'Ente Pubblico. I volontari non possono essere retribuiti dalle organizzazioni di cui fanno parte.

L'Associazione di volontariato *Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns* si è costituita a Bolzano nel 1994 con finalità di accoglienza, condivisione, solidarietà con la sofferenza psichica. Si propone di fare cultura sul disagio psichico e di essere testimonianza per i cittadini per far capire che la sofferenza psichica fa parte della vita che solo accogliendo questa sofferenza è possibile diventare reale stimolo per il cambiamento sociale e culturale. A questo scopo organizza manifestazioni, mostre, spettacoli e pubblica una rivista semestrale "Spaziosissimo T-Raumschiff - La sofferenza psichica ci interpella, che fare?" ed altre pubblicazioni per la formazione del volontariato *Il mondo delle emozioni, Le emozioni complesse*. L'associazione collabora con i Centri di Salute Mentale e con l'Azienda Servizi Sociali di Bolzano con la quale ha stipulato una convenzione per la gestione dei *punti di incontro per malati psichici*. I punti di incontro sono luoghi, spazi pensati per ricostruire legami sociali e comunicazione interpersonale di gruppo e per aiutare ad acquisire una sempre più affermata autonomia personale. Nei punti di incontro ven-



gono organizzate diverse iniziative in vari campi di interesse: attività di tipo espressivo creativo (acquarello, teatro, fotografia, canto ecc.) di tipo motorio (Yoga, passeggiate, aerobica, nuoto) e di tipo culturale (visite a mostre, musei, città d'arte, concerti), ed altre ancora. È costituita da volontari/e che seguono un percorso formativo specifico che sviluppa un approccio alle problematiche della sofferenza psichica in chiave antropologico-culturale e relazionale. Non "medicalizzata" quindi, ma tesa piuttosto a cogliere la complessità delle problematiche sociali e culturali connesse alla sofferenza psichica, al fine di costruire un "gruppo di cittadini/e" capaci di fare da ponte tra la solitudine, la marginalità, l'isolamento di chi vive la malattia psichica e la società civile, la vita quotidiana, il quartiere, la città. Un filone della formazione affronta quindi tematiche legate alla sofferenza psichica (la relazione d'aiuto e le tappe della relazione; l'ascolto e le forme della malattia psichica; la comunicazione tra volontarie/i, con gli altri, con gli utenti; il ciclo vitale della famiglia; la creatività, i sentimenti e le emozioni, le relazioni interpersonali). Un altro filone affronta i temi dell'animazione culturale (la persona nel gruppo, la partecipazione, il protagonismo, il rapporto con le regole, il metodo di lavoro di gruppo, la scoperta di se stessi attraverso l'incontro con gli altri, l'acquisizione dell'autonomia, l'incontro con il limite, la sconfitta e la speranza, la sconfitta nel lavoro sociale, l'ascolto.)

79. Margit Oberrauch, *Der Freude an einem freien Leben (La gioia di vivere liberi)*, olio su tela, 1980, collezione privata.

GLOSSARIO

Azienda sanitaria e Comprensori sanitari

L'**Azienda Sanitaria dell'Alto Adige** è ente strumentale della Provincia di Bolzano istituito nel 2007 nell'ambito del riordino del sistema sanitario provinciale. La dirigenza è costituita da un Direttore generale che si avvale della collaborazione di un Direttore amministrativo ed un direttore sanitario. Nel rispetto del principio del decentramento e per tener conto delle caratteristiche ed esigenze territoriali l'Azienda gestisce i servizi sanitari attraverso articolazioni organizzative sul territorio, i **Comprensori Sanitari** che hanno autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e sostituiscono in pratica le precedenti quattro Aziende sanitarie locali di Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico. Ad ogni Comprensorio sanitario fanno capo i presidi ospedalieri ed i distretti del rispettivo territorio.

I distretti socio-sanitari.

I distretti sono unità territoriali ed organizzative che corrispondono ad un bacino di utenza definito. Di norma il bacino di utenza di un distretto comprende più Comuni; nella città di Bolzano ci sono 5 distretti. Sono stati creati per favorire la cooperazione interdisciplinare ed integrata tra servizi sociali e sanitari che vi operano e per favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi di base per i cittadini. Compito dei distretti è quello di garantire l'assistenza sociosanitaria di base sul territorio. I servizi sociali di base dei distretti, quali il servizio sociopedagogico, l'assistenza sociosanitaria domiciliare, l'assistenza economica, sono rivolti a tutti i cittadini. Come previsto nella bozza approvata di Piano Sociale Provinciale 2006/2008 presso ogni distretto sarà istituito un servizio sociosanitario (Infopoint) di informazione e consulenza, servizio che peraltro esiste già in forme diverse in molti distretti. L'equipe che si occupa dei servizi sociali è composta da assistenti sociali, educatori, pedagogisti, operatori addetti all'assistenza, referenti per l'assistenza economica, personale amministrativo. Tra le prestazioni sanitarie dei distretti ricordiamo l'assistenza pediatrica, infermieristica territoriale e domiciliare, assistenza domiciliare, riabilitazione fisica, educazione sanitaria. I distretti hanno anche il compito di effettuare l'analisi del territorio per individuare le esigenze di quella popolazione, le problematiche sociali e le condizioni che favoriscono l'insorgenza di problemi sociosanitari per poter predisporre delle strategie di prevenzione e di cambiamento, attivando le famiglie, il vicinato, le associazioni, gli altri servizi del territorio e gli Enti Locali.

Progetto Obiettivo Tutela della Salute mentale

Si tratta di norme emanate con Decreto del Presidente della Repubblica, successivamente alla Legge quadro 180/78 (il primo Progetto Obiettivo è del 1994) e contengono gli obiettivi e le strategie per la tutela della salute mentale. Definiscono gli standard, la tipologia, l'organizzazione, l'articolazione delle strutture e servizi alternativi ai manicomi, la collaborazione tra i servizi ed i rapporti istituzionali. Da rilevare anche la particolare attenzione che viene data alla necessità di coinvolgere nel processo di cura e riabilitazione i diretti interessati, le famiglie, le associazioni di volontariato. Il Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale" 1998-2000 contiene obiettivi specifici di salute ed è incentrato sulla definizione di più incisivi interventi sul piano programmatico. Evidenzia gli interventi prioritari, le politiche e i programmi di salute mentale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni delle perso-



80. Margit Oberrauch, *Überraschte Blicke (Sguardi sorpresi)*, olio su tela, 1980, collezione privata.

81. Mara Rauzi, *I Funamboli di periferia vanno in città*, acquarello, 2002, collezione privata.

ne affette da disturbi mentali gravi, che presentano disabilità tali da comprometterne l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza. A tale fine sono definiti e realizzati progetti che ricostruiscono il tessuto relazionale, sociale ed affettivo di queste persone, tramite anche la collaborazione con associazioni di familiari, volontariato e altri servizi sanitari e sociali.

Gli interventi sono volti, fra l'altro:

- al coinvolgimento delle famiglie nella formulazione e nell'attuazione del piano terapeutico-riabilitativo. Tale coinvolgimento deve essere volontario e che la responsabilità della assistenza è del servizio e non della famiglia);
- al recupero degli utenti gravi che non si presentano agli appuntamenti o abbandonano il servizio, in modo da ridurre anche l'incidenza dei suicidi;
- al sostegno alla nascita di gruppi di auto-aiuto di familiari e pazienti e di cooperative sociali, specie quelle con finalità di inserimento lavorativo;
- ad iniziative di informazione rivolte alla popolazione in generale sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà.



Amministrazione di sostegno

L'amministrazione di sostegno è una forma di rappresentanza legale per persone con problemi psichici o disabilità anche temporanee di altro genere, che non sono in grado di gestire il proprio patrimonio o i propri interessi economici con la dovuta competenza.

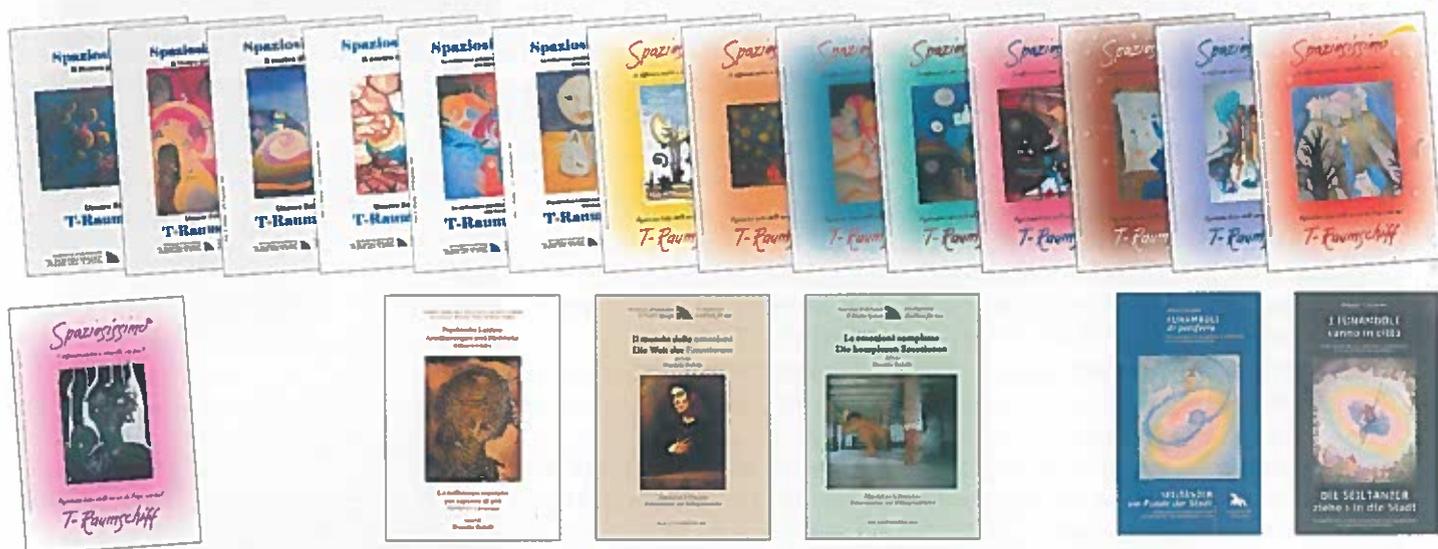
La figura dell'*amministratore di sostegno* è stata istituita con la Legge n. 6 del 9 gennaio 2004 che ha introdotto un significativo miglioramento rispetto al passato nell'ambito delle misure tradizionali dell'interdizione ed inabilitazione che sanciscono la piena incapacità di agire della persona che viene quindi a trovarsi nello status giuridico di un minore ed affidata ad un tutore (nel caso dell'interdizione) o curatore (nel caso di inabilitazione) e perciò limitata in modo pesante nell'esercizio dei suoi diritti (l'interdetto ad esempio non può - senza l'autorizzazione del tutore o del tribunale - sposarsi, fare testamento o accettare eredità, acquistare o vendere beni immobili, accettare donazioni, ecc). L'amministrazione di sostegno consente invece di sottoporre a tutela solo alcuni atti che vengono esplicitamente menzionati (riguardanti soprattutto la gestione del patrimonio) e non va a limitare i diritti fondamentali della persona. Si dice infatti nell'art. 1 della legge 6 "...*tutelare con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante intervento di sostegno temporaneo e permanente*".

La procedura per l'avvio della misura dell'amministrazione di sostegno si svolge davanti al giudice tutelare. (Art. 3: "*La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio*"). L'amministrazione di sostegno è una misura limitata nel tempo ed il giudice tutelare può quindi emettere decreto di cessazione qualora vengano a mancare le condizioni che ne hanno determinato la necessità.

Rete assistenziale.

Il modello della "presa in carico globale" della persona nel proprio territorio rende indispensabile la unitarietà degli interventi, la capacità del sistema dei servizi sanitari e sociali di organizzarsi per svolgere i loro compiti collegandosi tra loro, cooperando e collaborando per degli obiettivi comuni con gli altri soggetti del territorio quali le associazioni, cooperative sociali, organismi privati ecc., per poter garantire il diritto alla salute e per offrire ai cittadini delle risposte competenti ed efficaci. Nel passato il sistema dei servizi assistenziali era caratterizzato da un'estrema frammentarietà ed il cittadino era costretto a rivolgersi direttamente a numerosi servizi e strutture diverse che offrivano a loro volta solo delle prestazioni singole, dei "frammenti di assistenza". La complessità delle situazioni richiede invece la progettazione di percorsi che prevedano una modalità di integrazione tra diversi soggetti coinvolti che operino in modo coordinato nelle diverse fasi della cura, della riabilitazione e dell'inserimento nella vita sociale quotidiana. Il DPGP (Decreto Presidente della Giunta Provinciale) 711/96 "Una moderna rete terapeutico-assistenziale per i malati psichici" definisce la tipologia, gli standard, l'organizzazione e l'articolazione dei servizi e delle strutture sanitarie e sociali pubblici e privati che sono preposti alla tutela della salute mentale.

LE PUBBLICAZIONI DE "IL NOSTRO SPAZIO-EIN PLATZ FÜR UNS"



Per informazioni

Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns
via Cassa di Risparmio n. 1 - 39100 Bolzano
Tel. e Fax 0471-301416

www.ilnostrospazio.it
ilnostrospazio@virgilio.it

Per richiedere gratuitamente le pubblicazioni
telefonare al 0471 301416 (dalle 9,00 alle 12,00)

o scrivere a:

Il Nostro Spazio - Ein Platz für uns
via Cassa di Risparmio n. 1 - 39100 Bolzano

o inviare una e-mail a:
ilnostrospazio@virgilio.it



82. Mara Rauzi, *Funamboli di periferia*, acquarello, 1997.

Fonti iconografiche

Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell'istituzione manicomiale, a cura di Rodolfo Taiani, catalogo della mostra, Museo storico in Trento, Trento 2003: 55.

Antonio Ligabue espressionista contemporaneo, a cura di Augusto Agosta Tota, catalogo della mostra, Roma 15-23 ottobre 2009, Roma 2009: 41.

"APIS", rivista di politica, etica, scienza e cultura della sanità, *Psychiatrie - Psichiatria* 2002, Bolzano, anno XI, n. 3, dicembre 1998: 66, 67.

Basaglia a Trieste. Cronaca del cambiamento, foto di Claudio Ernè, Pavona (Roma) 2008.

BASAGLIA F., BASAGLIA ONGARO F. (a cura di), *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Torino 1969, ristampa in "Sconfinamenti", nr. 14, Muggia (Trieste) 2008: 21, 26, 39.

DE PLATO G., FACCHINATO D., *La ragione dei matti. Storie di sopravvissuti al manicomio e alla psichiatria*, Bologna 1991: 30.

Il volto della follia. Cent'anni di immagini del dolore, a cura di Sandro Parmiggiani, catalogo della mostra Palazzo Magnani, Reggio Emilia - Palazzo dei Principi, Correggio, 12 novembre

2005 - 22 gennaio 2006, Ginevra-Milano 2005: 6, 8, 13, 40.

Le mura di carta. Opere dei ricoverati dell'Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia 1895 - 1985, a cura di Sebastiano Ranchetti, catalogo della mostra, Firenze 2005: 5, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 28.

ONGARO BASAGLIA F. (a cura di), *Franco Basaglia. L'utopia della realtà*, Torino 2005.

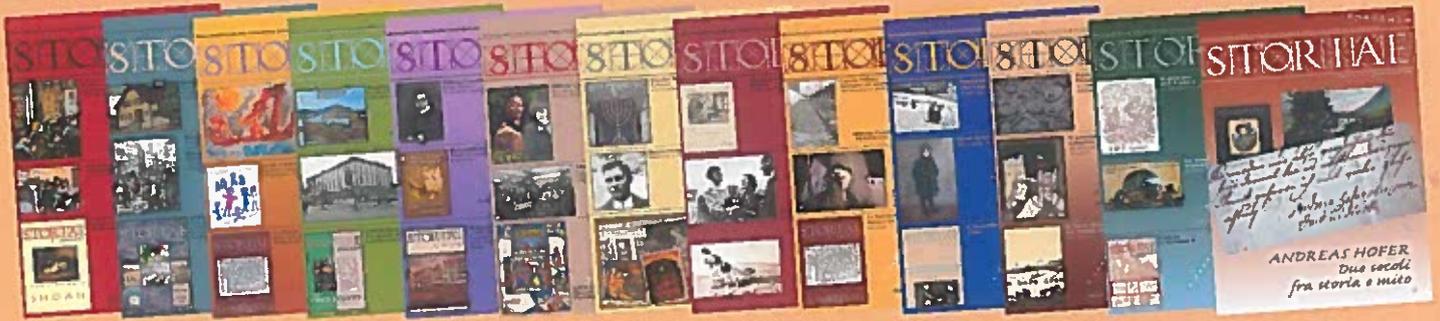
PANTOZZI G., *Gli spazi della follia. Storia della psichiatria nel Tirolo e nel Trentino 1830-1942*, Trento 1989: 57, 62, 65.

PARMEGIANI F., ZANETTI M., *Basaglia, una biografia*, Trieste 2007: 4, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 32, 42.

PASINI M., PINAMONTI A., *Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana. Inventario dell'archivio (1882-1981)*, Provincia Autonoma di Trento. Servizi librari e archivistici, Rovereto 2003: 44, 54, 64.

"Spaziosissimo/T-Raumschiff", *La sofferenza psichica ci interpella: che fare?*, rivista semestrale dell'Associazione di volontariato *Il Nostro Spazio-Ein Platz für uns*, Bolzano/Bolzen, annate 2003-2010: 1, 3, 53, 70, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82.

"STORIAE", n. 1, 2004: 58, 59, 60, 61.



I DOSSIER di STORIAE 2003-2009



Angoli di Studio
Bilder von Bildung



Donne Scuola e Formazione
in Alto-Adige Südtirol: donne a
scuola nel XX secolo. Giugno 2006



Vita quotidiana durante la I. Guerra
Mondiale
1914-1918: Alltag und Krieg
1914-1918: vita da vigna dé y vera

Intendenza Scolastica Italiana
Ufficio Processi Educativi
Italienisches Schulamt
Amt für Bildungsentwicklung



Laboratorio di documentazione, ricerca, aggiornamento, formazione,
produzione di materiale didattico sulla storia locale e mondiale.

Forschungs- und Ausbildungslabor zum Unterricht der lokalen
und allgemeinen Geschichte.

Via del Ronco 2 - 39100 Bolzano - Tel. 0471-411462

E-mail: Milena.Cossetto@scuola.alto-adige.it

Per richiedere gratuitamente il dossier e la rivista “STORIAE”

Telefono: 0471-411328 Fax: 0471-411309

E-mail: is.form-ins@scuola.alto-adige.it

www.emscuola.org/labdocstoria

STRUMENTI



I VADEMECUM

