

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E  
STUDI INTERNAZIONALI**

**Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale**



**L'IMPATTO DELLO STIGMA SOCIALE NELLA VISIONE E NEL  
TRATTAMENTO DELLA MALATTIA MENTALE:  
DALL'ESCLUSIONE, ALL'INTERNAMENTO, ALLE ATTUALI  
PROSPETTIVE DI TERAPIA E REINSERIMENTO SOCIALE**

Relatore: Prof. DANIELE NIGRIS

Laureanda: LUCREZIA BONOLLO  
matricola N. 2009134

A.A. 2023/2024



## INDICE

### **Introduzione, pag. 3**

### **Capitolo I. Lo stigma sociale: cause e conseguenze del fenomeno sulla persona e sul suo contesto di vita, pag. 7**

1.1 La categorizzazione come semplificazione della realtà, pag. 11

1.2 L'interiorizzazione dello stigma sociale: il self-stigma, pag. 14

1.3 La necessità di abbattere lo stigma sociale in un'ottica di benessere collettivo e pari dignità tra gli individui, pag. 19

### **Capitolo II. Evoluzione della visione e trattamento della malattia mentale: dalla follia all'istituzione dei manicomi, pag. 21**

2.1 Dalle possessioni demoniache alla teoria degli umori di Ippocrate, pag. 22

2.2 L'Alto Medioevo tra influenze religiose e caccia alle streghe, pag. 23

2.3 L'ostico studio del cervello e la razionalizzazione della malattia mentale, pag. 24

2.4 Il pubblico scandalo e la conseguente necessità di "internare" i malati mentali: la diffusione dei manicomi, pag. 29

### **Capitolo III. La negazione della malattia mentale: il movimento dell'antipsichiatria, pag. 35**

3.1 Villa 21, un esperimento di antipsichiatria di David Cooper, pag. 37

### **Capitolo IV. Verso la fine dell'istituzionalizzazione. Dalla rivoluzione psichiatrica di Franco Basaglia alla legge 180/78, pag. 41**

4.1 Franco Basaglia e la prima sperimentazione nel manicomio di Gorizia, pag. 41

4.2 Da manicomio a comunità terapeutica, verso la valorizzazione dell'autodeterminazione dei pazienti, pag. 46

4.3 Primi passi in direzione della deistituzionalizzazione: la legge 431/68, nota anche come legge Mariotti, pag. 54

4.4 Verso la completa deistituzionalizzazione. La legge 180/78 stabilisce definitivamente la chiusura dei manicomi, pag. 58

**Capitolo V. Il percorso verso l'attuale offerta socioassistenziale e la formazione dei servizi dedicati alla salute mentale, pag. 61**

5.1 Dopo la legge Basaglia: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e le successive normative in ambito sociosanitario, pag. 61

5.2 L'istituzione dei servizi socioassistenziali per la salute mentale nel nuovo assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, pag. 68

5.3 La fine dell'internamento dei malati mentali e gli odierni progetti terapeutici, pag. 76

**Capitolo VI. L'integrazione socio-sanitaria e il lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della salute mentale, pag. 77**

6.1 Il raccordo tra assistenza sociale e sanitaria nel Centro di Salute Mentale: la collaborazione tra professionisti e il ruolo dell'assistente sociale, pag. 77

**Conclusioni, pag. 87**

**Bibliografia, pag. 92**

**Riferimenti normativi, pag. 93**

**Sitografia, pag. 94**

## Introduzione

Il concetto di salute, per come viene definito dall'OMS, si definisce come «il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute», ovvero «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale», quindi va oltre la mera «assenza di malattie o infermità»<sup>1</sup>.

Come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, un buono stato di salute è quindi equamente determinato dal benessere fisico e dal benessere mentale, ovvero sia psicologico che sociale. Questa stretta correlazione non è sempre stata, e non è ancora ora, così assodata. Di salute mentale si è infatti iniziato a parlare, allo stesso livello di importanza della salute fisica, soltanto recentemente. I problemi di salute mentale, proprio come quelli a livello di salute fisica, sono sempre esistiti. Ma a differenza di questi ultimi, non sono sempre stati studiati e trattati con la cura e l'attenzione che necessitano, anzi, per motivi e in modi diversi nel corso della storia sono stati stigmatizzati.

I problemi di salute mentale, secondo la definizione dell'OMS, si possono descrivere come «un disturbo clinicamente significativo dell'individuo dal punto di vista cognitivo, della regolazione delle emozioni o del comportamento»<sup>2</sup>. Hanno quindi un forte impatto nella vita di una persona, sotto diversi aspetti: di possibilità di socializzazione, dal punto di vista lavorativo, di inclusione sociale. È di importanza fondamentale valorizzare la salute mentale alla stregua di quella fisica, visto il forte impatto che essa ha nella vita dell'individuo e in generale, nel benessere e nel buon funzionamento della società. Infatti, andando a riprendere alcuni dati e fatti riportati dall'OMS,

*una persona su 8 nel mondo vive con un problema di salute mentale, i problemi di salute mentale possono essere di diverso genere e, di conseguenza, avere un impatto su diverse sfere di vita individuale e sociale. Esiste la possibilità di fare prevenzione, o in ogni caso esistono trattamenti efficaci, ma nonostante ciò la maggior parte delle persone non ha accesso a queste possibilità di trattamento.*<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Constitution of the World Health Organization. Consultato a novembre 2023

<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

<sup>2</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Mental disorders. 2022. Consultato a novembre 2023

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

<sup>3</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Mental disorders. 2022. Consultato a novembre 2023

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

I problemi di salute mentale sono quindi più comuni e socialmente diffusi di quanto tendenzialmente si possa pensare, probabilmente perché meno visibili rispetto ai problemi di salute fisica e, di conseguenza, sottovalutati. Ma, poiché la salute mentale va a costituire quella che in generale può essere definita come una nozione generica di salute, è impensabile non considerare il concetto di salute da un punto di vista globale. La salute è in generale determinata da una serie di variabili personali, sociali, economiche e culturali in interazione tra loro, che non si auto-escludono e che, se mancanti o insufficienti o malfunzionanti, possono causare una compromissione del livello di salute psico-fisica sotto diversi punti di vista. Concretamente, i fattori che vanno ad influenzare lo stato di salute individuale e sociale sono, per esempio, l'offerta e l'accessibilità del sistema socio-sanitario, le condizioni dell'ambiente di vita delle persone (sia dal punto di vista domestico, quindi individuale, che in generale le condizioni ambientali del luogo geografico dove vivono), la genetica, il livello socioeconomico della persona, la sua famiglia, le condizioni politiche ed economiche del paese in cui vive, l'accessibilità e il livello di istruzione, l'esistenza e l'efficienza di reti di supporto sia formale che informale, le attitudini personali dell'individuo. La salute è quindi una combinazione di potenzialmente infiniti fattori che, interagendo tra loro, producono delle condizioni di vita che permettono o meno un buon livello di benessere individuale e sociale. Ognuna di queste determinanti ha un peso e una rilevanza diversa, in relazione al contesto. Per esempio, la possibilità di svolgere attività extrascolastiche di vario genere è, per noi, sicuramente un elemento importante per il benessere di un bambino, un ragazzino o un adolescente. Sarà sicuramente invece molto meno determinante in un contesto in cui non è garantita nemmeno l'istruzione di base, ma lo diventerebbe se nel corso del tempo si creassero le condizioni per garantire appunto questa istruzione di base.

Salute fisica e salute mentale sono quindi strettamente legate e interdipendenti. Quando, però, ci si trova a dover affrontare una carenza o una mancanza di quegli elementi che le vanno a determinare, si va incontro a dei problemi di salute che necessitano di una risposta da parte della società e dalle istituzioni preposte alla tutela di essa.

L'importanza quindi di tutelare e promuovere la salute è emersa, con un maggiore impatto, di recente. Infatti, come sostenuto dall'OMS,

*In anni recenti è cresciuta la conoscenza del ruolo della salute mentale nella crescita e nel miglioramento della società. La depressione è una delle maggiori cause di disabilità. Il suicidio è la quarta causa di morte nei giovani tra i 15 e i 29 anni. Le persone con gravi problemi di salute mentale muoiono prematuramente, circa due decenni prima, a causa di condizioni fisiche prevenibili.*

*Nonostante i progressi in alcuni paesi, le persone con problemi di salute mentale spesso affrontano importanti violazioni dei diritti umani, discriminazioni e un forte stigma a livello sociale. Molti problemi di salute mentale potrebbero essere trattati con efficacia anche ad un costo relativamente basso, ma, nonostante ciò, il gap tra chi necessita cure e chi effettivamente le riceve rimane consistente. La copertura fornita dai trattamenti è quindi molto bassa.*

*Aumentare gli investimenti sulla salute mentale è auspicabile su tutti i fronti: la consapevolezza migliorerebbe la comprensione dei problemi di salute mentale e ridurrebbe lo stigma sociale. Servono sforzi per migliorare l'accesso a cure e trattamenti efficaci e, per quanto riguarda la ricerca, serve individuare nuovi trattamenti e migliorare quelli già esistenti per tutti i disordini mentali.<sup>4</sup>*

La salute mentale rientra tra tutti quelli che sono i fondamentali diritti umani, infatti, chiunque e ovunque ha il diritto di essere nelle condizioni per avere il maggior grado possibile di benessere. Questo significa da una parte avere il diritto a delle cure accessibili, disponibili e di buona qualità; dall'altro il diritto alla libertà, all'indipendenza e all'inclusione nella società.

Avere un problema di salute mentale, o qualsiasi altra condizione fisica o sociale che può portare a difficoltà e/o deprivazioni, non dovrebbe mai essere la causa di una violazione dei diritti umani e di esclusione della persona in merito alle sue decisioni e alla sua autodeterminazione. Invece, nonostante ci siano stati dei miglioramenti, non è ancora così. Avere un problema di salute mentale spesso significa, purtroppo, subire violazioni della propria autodeterminazione. Una persona può venire costretta nell'aderire ad un trattamento o a vivere, in passato, in istituzioni che la isolano dal resto della società. Poi, in generale, si viene esclusi dalla vita sociale, si subiscono discriminazioni, con conseguenze come difficoltà a trovare lavoro, un alloggio, degli amici, un partner, degli hobby. Per la persona diventa quindi difficile, se non impossibile, poter parlare della propria condizione, per ricevere ascolto, supporto, empatia. Diventa un aspetto di sé di cui vergognarsi, da nascondere. Le cure e i trattamenti sono già di per sé non scontati e non sempre facilmente accessibili. Se si considera poi che la persona è portata a cercare di evitare il più possibile di riconoscere la presenza di disturbi mentali, un'altra conseguenza della sua difficile

---

<sup>4</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Mental disorders. 2022. Consultato a novembre 2023 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

condizione sarà anche l'evitamento di tutti quei servizi socio-assistenziali collegati al problema di salute mentale.

Il principale motivo che innesca e mantiene questo meccanismo di esclusione da parte della società e di vergogna nella persona è lo stigma sociale che affligge le malattie mentali. Uno stigma è quindi la conseguenza di una caratteristica socialmente indesiderabile che porta ad esclusione, discriminazione, vergogna, accentuazione in negativo della diversità. Può quindi essere riferito a diverse caratteristiche o situazioni di una persona o di un'intera categoria sociale, con conseguenze di entità diversa, purtroppo anche molto gravi, basti pensare a tristi esempi come gli ebrei nel periodo del nazismo o, prendendo la contemporaneità, gli stranieri nei periodi di forti migrazioni, che spesso avvengono in condizioni di clandestinità.

Ma, soffermandosi sullo stigma che va ad impattare sulle malattie mentali e su chi ne soffre, appare chiaro quanto sia di fondamentale necessità lavorare per il miglioramento della salute mentale degli individui, e quindi della società. Perché ciò sia possibile è necessario creare consapevolezza, investire in servizi più accessibili e di qualità migliore, avere maggiori risposte a livello legislativo e politico, fare divulgazione, tutelare i diritti e l'autodeterminazione di chi soffre per malattie mentali. La salute mentale, e la sua eventuale carenza o mancanza, non dovrebbe essere causa di stigmatizzazione se vogliamo dirigerci sempre di più verso una società più inclusiva, supportiva, che non lasci indietro i più "deboli" o chi non ne rispetta dei canoni rigidi di appartenenza.

## **I. Lo stigma sociale: cause e conseguenze del fenomeno sulla persona e sul suo contesto di vita**

La parola stigma, etimologicamente, indica un carattere distintivo, un marchio che una persona ha. Tale peculiarità, fin dai tempi dei Greci, ha assunto una connotazione negativa, infatti il termine stigma identificava un qualcosa di insolito e negativo nella condizione morale del portatore. Questa persona veniva quindi evitata, specialmente in pubblico, in quanto poteva trattarsi di uno schiavo, un criminale, o comunque una persona con un'identità in qualche modo degradata. Nel corso del tempo questa parola ha assunto altri significati metaforici. Ma, attualmente, viene utilizzata principalmente con il suo significato originario, riferendosi più ampiamente ad una caratteristica peculiare di un individuo, non solo quindi necessariamente un segno fisico. L'attributo associato allo stigma è quindi fortemente discreditante, ma il discredito dipende dal contesto e dalle norme sociali, più che dall'attributo stesso. Può dipendere anche dalla relazione tra l'attributo e il suo portatore: questa qualità può essere quindi neutra, ovvero nè screditante nè meritoria, ma assumere significati diversi in base alla persona che la possiede. Goffman, a tal proposito, riporta l'esempio di chi fa un certo lavoro non avendo una formazione scolastica che socialmente ci si aspetterebbe: la persona cercherebbe di nascondere questa informazione per non essere screditata. Allo stesso modo una persona con un livello di istruzione superiore rispetto ai colleghi tenderà a nascondere questa informazione per non sentirsi ed essere considerato un fallito o un escluso.<sup>5</sup>

Lo stigma può essere vissuto e portare a conseguenze diverse, in base a se e quanto risulti percepibile. Quando gli altri sono a conoscenza della condizione della persona, o nel caso in cui risulti visibile per chiunque, la persona sarà screditata. Se invece non sono presenti una delle due condizioni la persona sarà screditabile. Un individuo stigmatizzato può quindi vivere entrambe le situazioni, in base al contesto in cui si trova. Per esempio una persona con un problema legato alla tossicodipendenza sarà screditata in un contesto in cui gli altri sono consapevoli di questa condizione. Mentre in un mezzo pubblico, per esempio, nessuno può sapere

---

<sup>5</sup> Goffman, Erving, et al. *Stigma : note sulla gestione dell'identità degradata*. Ombre corte, 2018. pag.29

o vedere questo motivo di discredito. Invece, nel caso di una disabilità fisica, tale condizione sarà visibile a priori e da chiunque incontri quella persona.

Si possono individuare tre tipi di stigma diversi, in base alle caratteristiche individuali della persona prese in considerazione. Una prima causa di stigma possono essere le anomalie a livello fisico, come per esempio una disabilità o una deformazione. Sono caratteristiche tendenzialmente subito visibili e spesso presenti dalla nascita, o comunque non in qualche modo attribuibili alla responsabilità della persona. Un'altra causa di stigmatizzazione sono i difetti del carattere dell'individuo: credenze pericolose e inflessibili, disonestà, vizi, o qualsiasi altro tratto caratteriale possa rendere indesiderabile la frequentazione di queste persone. Possono essere caratteristiche di cui si viene a conoscenza tramite la frequentazione della persona, come nel caso del radicalismo politico; o condizioni di problematicità attestate come nel caso di problemi di salute mentale riconosciuti, condanne penali, uso di sostanze, alcolismo.

L'ultima tipologia di stigma classificabile sono gli stigmi attribuiti all'etnia, alla nazione di provenienza e alla religione. Sono attributi che la persona non sceglie, ma che eredita, ma soprattutto non modificabili (o magari modificabili, ma comunque trasmesse per via intergenerazionale, come nel caso della religione). Queste caratteristiche diventano motivo di discredito solo in alcuni contesti: basti pensare, per esempio, all'ancora purtroppo presente fenomeno di razzismo ed esclusione a cui vanno incontro le persone nere per esempio in Europa e Nord America.

Lo stigma sociale è quindi l'attribuzione arbitraria di qualità negative ad un certo gruppo di persone in quanto facenti parte di una certa categoria sociale o perché portatrici di una certa caratteristica. È la società e di conseguenza gli usi, le norme sociali, le leggi che la regolano a stabilire cosa è "normale", atteso, socialmente accettato, rispetto a ciò che invece è considerato strano, fuori dalla norma, sbagliato o, nei casi più estremi, da evitare, escludere, condannare. Ogni motivo di stigmatizzazione è accomunato dal fatto che la causa di stigma è un tratto che si impone molto fortemente all'attenzione degli altri, portando in molti casi ad una presa di distanze e, in casi più estremi, esclusione e discriminazione. Le altre caratteristiche della persona passano quindi in secondo piano, perché completamente "coperte" dal tratto stigmatizzante. La persona, quindi, non avendo caratteristiche che costituiscano motivo di maggior credito, ovviamente secondo la

visione dei "normali" (o che si considerano tali), viene de-umanizzata. La discriminazione messa in atto dalle altre persone verso lo stigmatizzato, in base alla sua intensità e al grado di consapevolezza, riduce le possibilità di aggregazione dello stigmatizzato, quando invece chiunque altro le considererebbe scontate. Il meccanismo di discriminazione è socialmente molto potente, in quanto basato su un'ideologia che spiega "razionalmente" perché un certo attributo è indesiderabile e pericoloso. Un esempio può essere dato da affermazioni che chiunque può aver sentito nell'opinione comune (ovviamente in base al contesto preso in considerazione), come "I musulmani sono estremisti", "Le persone con problemi di salute mentale sono pericolose e imprevedibili", "I giovani non hanno voglia di lavorare". Purtroppo, con esempi di questo genere, si potrebbe andare avanti all'infinito. Queste idee spiegano perché la persona con certe caratteristiche sono inferiori, pericolose, quindi da evitare, motivo di risentimento. Questo si riflette anche nel linguaggio comune, portando ad un'accentuazione ulteriore della stigmatizzazione che avviene a livello inconscio e meno visibile. L'utilizzo di termini come "ritardato", "storpio", "nero" in termini esclusivamente dispregiativi e spesso anche lontani dal significato letterale della parola portano ad una maggiore interiorizzazione dello stigma, proprio perché utilizzato in modo meno consapevole e nel linguaggio comune.

La discriminazione innesca nella persona che la subisce un meccanismo di difesa, che spesso porta ad un accentuarsi del sentimento di legittimità che prova chi attua questa discriminazione. La reazione difensiva, del tutto lecita e normale, porta chi attua la discriminazione a pensare di essere di fronte ad una conferma del fatto che la persona che ha davanti abbia un difetto che andrebbe a giustificare il modo in cui viene trattata. Per esempio, se una persona mette in atto un comportamento di esclusione e discriminazione verso chi ha un problema noto legato alla salute mentale, magari evitando attivamente questa persona e riducendo al minimo le interazioni con lei, la persona esclusa potrebbe reagire in diversi modi: per esempio manifestando disappunto, chiudendosi rispetto a qualsiasi forma di interazione, cercando di cambiare la situazione. In qualsiasi modo reagisca lo stigmatizzato, la persona che ragiona sulla base di questo stigma, cercando conferme rispetto alle sue aspettative, spiegherà in modo "logico" ogni modalità di reazione. Quindi, secondo questa "logica", chi interiorizza un'idea stigmatizzante "sapeva" già che la persona avrebbe reagito con rabbia/chiusura/cercando di sembrare una persona

“normale”, ma non ci è riuscita perché è un/una malato/a mentale.<sup>6</sup> A sua volta, la persona stigmatizzata percepirà che, indipendentemente dal suo comportamento e dal suo atteggiamento, non sarà veramente accettata dagli altri e che non riuscirà ad avere interazioni su un piano completamente paritario. Lo stigmatizzato è inoltre quasi sempre consapevole della sua condizione, dello stigma che causa l'esclusione e la discriminazione che vive. Può per questo motivo vivere un sentimento di vergogna, perché vive gli attributi che causano stigmatizzazione come umilianti, come un qualcosa per cui, se ne fosse privo, vivrebbe la propria vita e le proprie esperienze con molta più serenità. Lo stigmatizzato in molti casi si trova a dover accettare la realtà, o a cercare di cambiarla con modalità a volte possibili, a volte da evitare. Una persona con una deformazione può per esempio ricorrere alla chirurgia, con tutte le conseguenze più o meno impattanti che essa comporta. Quando i rimedi esistono poi la persona, comunque, non acquisisce lo status di persona “normale”, ma di persona che ha corretto un certo difetto di sé. La sofferenza che vive uno stigmatizzato lo porta, quindi, anche a ricorrere a rimedi e terapie inappropriate ed inutili, magari anche ad inciampare in frodi. Lo stigma ha quindi un effetto talmente impattante da portare anche alla ricerca di soluzioni che possono essere estreme, togliendo in certi casi la razionalità nelle scelte. Un'altra modalità di reagire allo stigma è cercare di svolgere attività che tendenzialmente sarebbero inaccessibili, proprio a causa della condizione stigmatizzante che porta quella persona.

*Lo stigmatizzato può anche cercare di correggere la propria condizione indirettamente, sforzandosi di impadronirsi di quelle attività generalmente considerate inaccessibili, per ragioni fisiche e contingenti, a coloro che hanno quella sua menomazione. Ne è un esempio la persona zoppa che impara, o impara di nuovo, a nuotare, correre, giocare a tennis o pilotare un aeroplano, oppure il cieco che diventa esperto nello sci o nell'arrampicata in montagna. [...] Alla fine, la persona con una diversità mortificante può rompere con ciò che chiamiamo realtà e ostinatamente cercare di ricorrere a un'interpretazione non convenzionale delle caratteristiche della propria identità sociale.<sup>7</sup>*

Ad una condizione stigmatizzante sono quindi associati certi comportamenti e limitazioni, che non sono però così ovvi e indiscutibili. La condizione stigmatizzante può infatti evolversi nel corso del tempo, può migliorare e può peggiorare.

---

<sup>6</sup> Goffman, Erving, et al. *Stigma : note sulla gestione dell'identità degradata*. Ombre corte, 2018. pag.32

<sup>7</sup> *ibidem*. pag. 36

Ma può anche cambiare la percezione della società rispetto ad essa, come possono cambiare i motivi e i presupposti su cui si fonda uno stigma. Nel corso del tempo, infatti, gli individui e i gruppi stigmatizzati non sono sempre stati gli stessi, o è cambiato il modo in cui hanno risentito degli effetti della stigmatizzazione. La società, infatti, è stata ed è in continua evoluzione: cambiano i modi di vivere, le regole, anche il concetto di giusto e sbagliato. Questo ha quindi ricadute sulla posizione, sul ruolo e sul livello di inserimento che gli individui e intere categorie sociali vivono all'interno di essa. Le ricadute sono anche sul concetto stesso di categoria sociale: su come avviene il processo di categorizzazione, sul grado di "rigidità" delle categorie, sull'esclusività nell'appartenenza ad un certo gruppo piuttosto che ad un altro, ma, soprattutto su quanto i diversi gruppi sociali collaborano tra loro e quanto di conseguenza la società risulti essere inclusiva.

La malattia mentale è stata interpretata e trattata in modi radicalmente diversi nel corso della storia, ma sempre attraverso un processo di stigmatizzazione ed esclusione delle persone che ne soffrivano e che ne soffrono. L'evoluzione storica del modo di trattare la malattia mentale, ma come anche del modo di trattare la disabilità, o in generale di diversità dal punto di vista del funzionamento mentale, può essere suddivisa in "fasi". Ancora oggi, in ogni caso, non si può dire di essere arrivati ad una vera e propria inclusione completa dal punto di vista sociale e lavorativo.

### **1.1 La categorizzazione come semplificazione della realtà**

La società stabilisce in che modo le persone vengono categorizzate e quindi, in base alla suddivisione in categorie, quali attributi, pregi, difetti, capacità connotano le persone che fanno parte di un certo gruppo. Il processo di categorizzazione non viene effettuato solo sulle persone, ma su qualsiasi aspetto della realtà quotidiana. La realtà è infatti troppo complessa ed è impossibile recepire, analizzare, comprendere e dare un feedback adeguato ad ogni singolo stimolo. Per questo motivo, attraverso il processo di categorizzazione, semplifichiamo la realtà, decidendo anche a quali stimoli dare attenzione, dedicare tempo ed energie. Il processo di categorizzazione che effettuiamo a livello sociale dipende anche dalla routine dei nostri rapporti sociali, che tendenzialmente avvengono in setting definiti. Abbiamo quindi un'aspettativa sul tipo di persone con cui avremo a che fare. Quando invece abbiamo di fronte un estraneo, notiamo per prima cosa il suo aspetto e il suo atteggiamento, che interpretiamo, a primo impatto, attraverso le categorie

sociali che abbiamo appreso. Il feedback che daremo quindi nell'interazione con questo estraneo dipende dall'identità sociale che gli attribuiamo, sulla base delle caratteristiche personali e strutturali che ci aspettiamo dalla categoria sociale in cui lo abbiamo collocato.

Generalmente non siamo consapevoli di aver attuato questo processo nelle prime interazioni con una persona, poiché si tratta di un processo automatico che tutti mettiamo in atto. Le supposizioni che abbiamo fatto sulla persona o sul gruppo generano di conseguenza delle aspettative rispetto al loro comportamento, alle loro attitudini e alle richieste che formuliamo nei loro confronti. Nel momento in cui, però, capita che l'identità effettiva della persona che abbiamo davanti non corrisponde all'identità sociale che le abbiamo attribuito, ci troviamo di fronte alla necessità di rimettere in discussione le caratteristiche attribuite ad una certa categoria sociale. Un attributo diverso di una persona, appartenente ad una certa categoria, può diventare motivo di discredito o di apprezzamento. Nel momento in cui l'attributo viene considerato come discreditante, la persona si troverà ad affrontare uno stigma sociale. Lo stigma costituisce il rapporto tra attributo e stereotipo: lo stesso attributo può essere motivo di discredito in una certa categoria e motivo di prestigio in un'altra. Ci sono, invece, alcuni attributi che vanno sempre a costituire motivo di discredito.

Le persone con problemi di salute mentale si trovano spesso, quando il problema è visibile o comunque conosciuto da terzi, ad affrontare situazioni di stigmatizzazione e, di conseguenza, di esclusione. Lo stigma sociale si definisce attraverso tre componenti: stereotipi, pregiudizi e discriminazione. Questi tre fenomeni, avendo un'incidenza diversa, portano ad atteggiamenti e comportamenti diversi da parte della società e, quindi, a diverse conseguenze sulla vita dell'individuo.

Lo stereotipo deriva da un normale ed automatico processo di semplificazione della realtà, che porta ad una rappresentazione rigida e semplificata di una persona, un gruppo o un contesto. Lo stereotipo può basarsi su un fondo di verità, ma i presupposti che vanno a costituirlo sono talmente enfatizzati da renderlo un costrutto esageratamente rigido e quindi spesso non davvero coerente con la realtà dei fatti. Ognuno di noi, più o meno consciamente, è influenzato da delle rappresentazioni stereotipate della realtà, soprattutto quando non ci sono tempo, risorse e/o energie per approfondire la conoscenza di essa. Quando il processo di stereotipizzazione non viene opportunamente riconosciuto e controllato, può sfociare in un pregiudizio.

Il pregiudizio ha una connotazione altamente negativa ed è più difficile da riconoscere ed eliminare. Porta quindi ad atteggiamenti e, nei casi più estremi, ma purtroppo non rari, a comportamenti di rifiuto e discriminazione della persona o del gruppo che ne è vittima. Le vittime di pregiudizi fanno inoltre molta fatica a cambiare la situazione, poiché le credenze diffuse nei loro confronti sono talmente forti da far credere, talvolta, anche a loro stesse che ci sia un fondo di verità e legittimità. La diretta conseguenza di un pregiudizio è la discriminazione, ovvero un comportamento, messo in atto da una persona o un gruppo, di rifiuto, esclusione e maltrattamento di chi ne è vittima. L'esclusione può riguardare sia i contesti di aggregazione informale, rendendo quindi difficile per la persona discriminata la partecipazione ad eventi, a gruppi di amicizie, sportivi, di volontariato, ecc.; ma anche i contesti formali di vita quotidiana, portando quindi ad un'esclusione dal diritto che ha ognuno di noi di lavorare, avere un alloggio, accedere ad una carica o un concorso, eccetera.

In particolare, chi soffre di problemi di salute mentale deve affrontare tre stereotipi associati a questa condizione: pericolosità, colpa ed incompetenza. Pericolosità perché le persone con problemi di salute mentale sono considerate imprevedibili, e questo genera ansia e preoccupazione nelle persone che interagiscono con loro, che in particolare associano l'imprevedibilità alla violenza. Colpa, perché sono portate in qualche modo a sentirsi completamente responsabili della propria condizione, in quanto la loro integrità personale non trova stabilità nel tempo. Incompetenza, poiché viste come persone impossibilitate, proprio per l'instabilità e la mancata integrità personale, ad avere successo nel lavoro o, in generale, negli obiettivi di vita che portano ad una maggiore indipendenza.<sup>8</sup> Tutti questi stereotipi hanno, ovviamente, effetti negativi sulle persone direttamente colpite da essi, ma anche su chi si fa condizionare da tali preconcetti. Vengono infatti stimulate reazioni negative come rabbia, paura e colpa da entrambe le parti. Da chi soffre, perché percepisce chiaramente, in modo più o meno conscio, gli effetti di tali pregiudizi sulle proprie possibilità ed aspirazioni. Nelle persone, invece, cosiddette "normali" (o che si considerano tali) si innescano una serie di comportamenti discriminatori. Nel concreto, si manifestano con delle conseguenze forti ed impattanti, che provocano una diminuzione della qualità della vita di chi soffre di una malattia mentale. Le

---

<sup>8</sup> Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, *Journal of Health Care Education in Practice*. Novembre 2021.

conseguenze possono essere una perdita di opportunità, come una non assunzione o la negazione di un alloggio in affitto; coercizione, quindi una presa di decisioni da parte di un medico o di un parente, senza consultare la persona, in quanto non ritenuta capace di prendere decisioni per se stessa; segregazione, quindi chiusura, come in passato, dei pazienti psichiatrici in istituzioni totali o, attualmente, isolamento dai contesti di aggregazione sociale. Tutto ciò va a privare la persona con una malattia mentale delle possibilità di realizzazione personale, lavorativa e sociale che chiunque altro si consideri o sia considerato “normale” darebbe per scontate. Direttamente, quindi, le conseguenze sono una forte difficoltà nell’ambito dell’inclusione sociale, a causa dei comportamenti discriminatori. Indirettamente, un’altra conseguenza particolarmente negativa per chi ha una malattia, è l’evitamento dei servizi sanitari necessari per la diagnosi e l’eventuale trattamento dei disturbi di cui soffrono, per paura di una discriminazione ulteriormente marcata.<sup>9</sup> Il confine tra sanità mentale e malattia, però, può essere talvolta relativo e difficile da marcare in modo netto, come evidenziato da Cooper:

Ma chi sono questi sani di mente? Come essi definiscono se stessi? Le definizioni di sanità mentale proposte dagli esperti si riducono generalmente alla nozione di conformismo rispetto ad una serie di norme sociali elaborate in maniera più o meno arbitraria, oppure sono così generiche [...] che sono prive di significato sul piano operativo. Resta la spiacevole riflessione che i sani sono forse coloro che non passano la prova di ammissione al reparto osservazione malattie mentali. Essi, cioè, definiscono se stessi in base ad una certa assenza di esperienza.<sup>10</sup>

## **1.2 L’interiorizzazione dello stigma sociale: il self-stigma**

Oltre allo stigma sociale che già subiscono, le persone con problemi di salute mentale (come purtroppo spesso accade a qualsiasi altro gruppo stigmatizzato) possono arrivare ad interiorizzare stereotipi, pregiudizi e aspettative sulla loro personalità e il loro comportamento. Questo processo ovviamente avviene facendo prima esperienza, nell’interazione quotidiana con persone ed istituzioni, di quelli che sono gli stereotipi associati ad una certa condizione. L’autostigmatizzazione avviene quindi a causa della discriminazione, che però è la conseguenza finale, accettata proprio perchè si interiorizzano stereotipi e pregiudizi, di un processo più complesso. La persona, prima di arrivare a considerare normale la discriminazione che subisce,

---

<sup>9</sup> Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, *Journal of Health Care Education in Practice*. Novembre 2021.

<sup>10</sup> Cooper, David. *Psichiatria e antipsichiatria*. Armando, 1969, pag. 31

deve condividere gli stereotipi associati alla sua condizione ed applicarli poi alla sua vita quotidiana, alle attività che svolge. Le conseguenze dell'autostigmatizzazione sono visibili in vari aspetti della vita quotidiana attraverso una ridotta percezione di autoefficacia e capacità di autodeterminazione.

L'autostigmatizzazione si contrappone all'empowerment, ovvero quel processo per cui la persona stigmatizzata si sente in qualche modo, paradossalmente, spinta a cercare di abbattere lo stigma sociale che vive. Si tratta quindi di una persona che mantiene una buona autostima, non interiorizzando e applicando stereotipi e pregiudizi sulla sua condizione. Ma, essendo una persona con problemi di salute mentale tendenzialmente "indebolita" dal punto di vista psicologico dalla malattia; che (ovviamente con incidenza diversa in base a persona e contesto) porta di per sé una diminuita autostima, depressione, difficoltà a restare nei canoni di vita della società, è difficile che tale processo di empowerment avvenga, soprattutto in assenza di un adeguato supporto.

La tendenza di un individuo ad intraprendere un processo di empowerment piuttosto che di autostigmatizzazione può essere attribuita a due fattori determinanti: l'identificazione con il gruppo di altre persone stigmatizzate per lo stesso motivo e la legittimità attribuita allo stigma. L'identificazione con un gruppo di pari è fondamentale per non concordare con lo stigma, applicandolo poi a sé stessi. Costituisce un fattore protettivo importante, per questo motivo risulta efficace per esempio la promozione di gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Ma, attraverso la frequentazione di un gruppo di pari, la persona è probabile anche che interiorizzi convincimenti negativi rispetto ad esso. L'individuo e il gruppo, specialmente se non accomunati da un buon sentimento di appartenenza, diventano vulnerabili alla pressione e alla discriminazione esercitata su di loro dalla società di persone "normali". Si finisce così per considerare legittimi i comportamenti di esclusione e discriminazione subiti.

L'identificazione con il proprio ingroup, se esso è stigmatizzato, può quindi essere ambivalente e può dipendere anche da con quali membri dell'ingroup la persona si identifica o si discosta, ovvero se sono persone di cui ha una buona considerazione o meno. Nel caso in cui una persona si rifiuti di identificarsi con il proprio ingroup può anche sviluppare diverse modalità di evitamento dello stigma. Per esempio eviterà in qualsiasi modo la frequentazione e il collegamento con qualsiasi membro del gruppo

stigmatizzato, arrivando anche ad evitare tutti i servizi per la salute mentale, chi li frequenta e chi li ha frequentati.

L'autostigmatizzazione ha delle conseguenze ancora più gravi di quelle che, di per sé, sono le conseguenze della malattia stessa. L'identità personale si perde, sostituita da un'identità in gran parte definita dalla malattia, per cui tutte le attività quotidiane sono influenzate dall'essere una persona con una malattia mentale. Si abbandona qualsiasi ruolo sociale non risulti compatibile con la propria condizione, alienandosi dagli altri. L'idea di sé, di conseguenza, risulta svalutata, socialmente indesiderabile, difficile da rimettere in discussione.

L'autostigmatizzazione impatta fortemente sul raggiungimento degli obiettivi di vita, ovvero quegli obiettivi generali e concreti della vita, auspicabili per chiunque, indipendentemente dalla presenza o meno di una malattia mentale. Questi obiettivi, concretamente, sono costituiti da un buon livello di benessere tra famiglia, lavoro, istruzione, alloggio, salute, relazioni e attività extra che possano contribuire positivamente nella vita della persona. L'inclusione sociale rappresenta quindi il primo e fondamentale obiettivo perseguito dai servizi per la salute mentale. Infatti, proprio a causa del meccanismo di autostigmatizzazione, la persona interiorizza credenze come essere inutile, incapace di avere relazioni stabili, di mantenere un lavoro, di prendersi cura di sé stesso/a. L'interiorizzazione di queste credenze, impattando fortemente sull'autostima e l'autoefficacia della persona, la porta a chiedersi perché dovrebbe provare ad avere una vita "normale", perché dovrebbe provare a conformarsi ad obiettivi come trovare un lavoro, un alloggio, delle relazioni stabili se questo tentativo porta necessariamente a risultati negativi e se non si è portati per lo stare con gli altri.<sup>11</sup> Così, oltre ad essere intaccate nel proprio senso di autoefficacia, queste persone tendono anche ad evitare tutte quelle situazioni che potrebbero rivelarsi umilianti, evitando di cercare un lavoro, una vita autonoma, degli amici. La mancanza di autostima e fiducia va a compromettere una persona anche con un funzionamento sociale buono, peggiorando gli aspetti negativi e patologici che altrimenti avrebbero avuto un'incidenza minore.

Il senso di autoefficacia ha un impatto altrettanto importante nel raggiungimento degli obiettivi di vita. È un costrutto cognitivo basato sulla percezione personale di agire correttamente ed efficacemente in una situazione o richiesta della vita

---

<sup>11</sup> Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, *Journal of Health Care Education in Practice*. Novembre 2021

quotidiana e, attraverso le proprie azioni e comportamenti finalizzati, di avere effetti positivi sulla propria vita. Quindi, un basso livello di autoefficacia spinge a pensare di non essere in grado di risolvere o avere a che fare con le situazioni della vita quotidiana, che sia dal punto di vista economico, lavorativo, di gestione del proprio spazio e della propria quotidianità. Se si pensa di non essere in grado nemmeno di fare queste cose “normali” della vita quotidiana, allora si arriva a credere che non abbia senso porsi, in generale, qualsiasi obiettivo, perché, in qualsiasi modo si agisca, qualcosa andrà storto, peggiorando la condizione in cui ci si trova, che già in partenza non era positiva.

Il senso di autoefficacia si costruisce nel corso del tempo, attraverso tentativi ed errori, che portano la persona a trovare le modalità e le azioni più adatte al raggiungimento di un certo obiettivo. Autoefficacia e autostima possono essere correlate: grazie alla prima si è propensi a pensare di riuscire in un’azione, e si è effettivamente più portati a farlo, aumentando quindi l’autostima e viceversa. Ma non sono sempre necessariamente collegate: si può raggiungere risultati soddisfacenti nella propria vita da diversi punti di vista, ma non ritenerli determinanti per la propria autostima. Dipende quindi dall’importanza e dal valore che dà un individuo ad un certo obiettivo. C’è chi per esempio trova fondamentale il lavoro per raggiungere un buon livello di soddisfazione e autostima nella vita. C’è chi invece lo vede come mezzo di sostentamento e trova soddisfazione in altro.

Ma, indipendentemente dalle percezioni e dagli obiettivi personali, avere una malattia mentale accompagnata da self-stigma e uno scarso senso di autoefficacia, non incoraggia sicuramente la ricerca di soluzioni, ma anzi l’evitamento di ogni forma di aiuto o servizio. Alla persona sorge infatti spontaneo chiedersi «perché dovrei provare se non sono in grado di fare quello che fanno le persone “normali”? Perché dovrei agire/parlare apertamente, nonostante la mia condizione, se è sbagliata?». Questi interrogativi incoraggiano l’evitamento di ogni proposta di cura, in quanto direttamente collegata alla malattia mentale, peggiorando così una condizione in cui sicuramente, in condizioni diverse, ci sarebbero maggiori margini di miglioramento. Oltre a danneggiare chi ha già una diagnosi collegata ad un problema di salute mentale, questo circolo vizioso danneggia anche chi non ne ha ancora una, ma potrebbe essere in una condizione di necessità. L’etichetta diagnostica, per le conseguenze stigmatizzanti che ha, viene infatti vissuta con imbarazzo e tentativi di evitamento. Il risultato è quindi un inadempimento alle cure, qualora prescritte,

l'evitamento dei servizi per la salute mentale, la negazione delle difficoltà. Questo circolo vizioso, oltre a bloccare ogni possibilità di miglioramento, va ad intaccare l'autostima e il senso di autoefficacia della persona, portando spesso al peggioramento di una condizione che magari, di per sé, non sarebbe particolarmente critica.

*Lo evidenziano molti studi, tra cui l'Epidemiologic Catchment Area (ECA) e il National Comorbidity Survey (NCS), i quali dimostrano che solo il 60% delle persone con schizofrenia si sottopone ai trattamenti, che le persone con gravi malattie mentali non hanno più probabilità di essere curate rispetto alle persone con disturbi minori (Kessler et al., 2001) e che meno del 40% riceve un trattamento continuo e sistematico.<sup>12</sup>*

Ci sono diverse variabili che potrebbero spiegare il motivo per cui l'adempimento a cure e trattamenti è così basso rispetto al bisogno socio-assistenziale. Sicuramente incide la diversa distribuzione e qualità dei servizi per la salute mentale nel territorio nazionale. Ma il non voler essere etichettati come "malato mentale" è sicuramente uno dei fattori determinanti. Le malattie mentali infatti sono sempre stigmatizzate nel corso della storia, e, nonostante le ultime evoluzioni sicuramente propense ad un miglioramento, lo sono ancora.

*La conferma della relazione tra stigma e accesso ai trattamenti psichiatrici è stata fornita proprio dagli studi epidemiologici riportati, i quali individuano due principali convinzioni, che potrebbero distogliere le persone dal trattamento (Kessler et al., 2001): la preoccupazione di ciò che gli altri potrebbero pensare e il desiderio di risolvere da soli i propri problemi. Usando la Scala dello Stigma Percepito (Link et al., 1989), uno strumento di 20 item, che rappresenta le credenze svalutative e la discriminazione diretta verso le persone con malattia mentale, Sirey e collaboratori (2001) hanno trovato una relazione diretta tra gli atteggiamenti stigmatizzanti e l'adesione al trattamento. I punteggi della scala dimostravano che i partecipanti alla ricerca erano meno aderenti alle prescrizioni farmaco-terapiche 3 mesi dopo l'inizio dell'assunzione dei farmaci. Quindi, la percezione degli stereotipi esistenti sulla malattia mentale e l'identificazione con essi possono impedire alle persone di ottenere assistenza per la loro salute mentale, rendendo, in tal modo, la loro vita ancora più difficile.<sup>13</sup>*

---

<sup>12</sup> Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, Journal of Health Care Education in Practice. Novembre 2021

<sup>13</sup> *ibidem*.

### **1.3 La necessità di abbattere lo stigma sociale in un'ottica di benessere collettivo e pari dignità tra gli individui**

Appare quindi chiara la necessità di intervenire per una riduzione sistematica dello stigma associato alle malattie mentali. In questo intervento sono sicuramente coinvolti in prima linea i professionisti preposti a diagnosi e trattamento dei problemi di salute mentale. Sono infatti coloro che hanno la possibilità di fornire informazioni per una maggiore comprensione alle persone direttamente interessate, ai familiari, ma anche a tutta la società. Anche a livello legislativo, con i cambiamenti degli ultimi anni, si è fatto molto, basti pensare alla legge Basaglia, all'istituzione del SSN. Le leggi seguono quindi i cambiamenti della società, arrivando, nella maggior parte dei casi, dopo che essi si sono affermati e diffusi. È quindi dovere del legislatore tutelare le persone con qualche fragilità. In questo caso si parla di persone con problemi legati alla salute mentale, ma si tratta di un discorso che si estende verso tutte le fragilità, difficoltà e disparità, come si ritrova all'art.3 della Costituzione:

*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.*

*È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.<sup>14</sup>*

Infine, ed è fondamentale, noi tutti, come società, persone e cittadini abbiamo il dovere di informarci, riconoscere i meccanismi ingiusti che stigmatizzano intere categorie di persone, essere consapevoli di cosa sono e come funzionino i meccanismi di categorizzazione, essere e agire verso un cambiamento in positivo. L'ideale sfocia un po' nell'utopia, ma sicuramente una maggiore informazione e consapevolezza sono un punto di partenza abordabile verso la riduzione e, si auspica, l'eliminazione dello stigma.

---

<sup>14</sup> Art. 3 Cost.



## **II. Evoluzione della visione e trattamento della malattia mentale: dalla follia all'istituzione dei manicomi**

Le malattie mentali sono sempre esistite, e purtroppo sempre accompagnate da stigmatizzazione e fenomeni di esclusione da parte del resto della società. Il concetto di malattia mentale, equiparata quindi ad una qualsiasi altra malattia fisica, è però molto recente. In passato, infatti, si parlava di “follia” e la persona era etichettata con termini vaghi e dispregiativi come “matto”, “pazzo”, “folle”. Il folle era quindi una persona che veniva posta ai margini della società, a causa degli stereotipi diffusi riguardo il suo comportamento e la sua personalità. Il folle era visto come un soggetto misterioso, che per certi versi suscitava anche una sorta di fascino, proprio perché era una persona imprevedibile e fuori dagli schemi di una normalità che, specialmente in passato, era unilaterale.

Nel corso della storia dell'umanità, l'uomo ha sempre avuto la necessità di dare una spiegazione ai fenomeni che osservava nella realtà. In passato, tutto ciò che si collocava al di fuori del controllo dell'uomo, era considerato un evento soprannaturale. Poteva essere un fenomeno naturale, un evento atmosferico, una malattia, insomma qualsiasi fatto o evento senza una possibile spiegazione razionale. Gli eventi soprannaturali trovavano quindi spiegazioni che ora sarebbero considerate irrazionali, come l'offesa ad una divinità o la possessione demoniaca. Il folle era quindi la personificazione dell'imprevedibile, del male, di tutto ciò che andava contro Dio. Di conseguenza, era un soggetto su cui la società si interrogava in merito alla sua gestione e al suo trattamento. Sono state avanzate diverse teorie, alcune con una ricerca prossima alla scientificità, altre basate su teorie con influenze religiose, come la credenza in merito alle possessione demoniache.

Per arrivare a considerare la malattia mentale come la vediamo ora, quindi come un problema di salute mentale a cui dare importanza, da studiare e per cui cercare trattamenti basati scientificamente, c'è stato un lungo percorso, con diverse fasi. Si è passati dall'esclusione, all'isolamento, fino all'internamento nei manicomi. Tutto ciò senza mai abbandonare un'idea stigmatizzata del malato mentale come soggetto pericoloso, imprevedibile, non normale. Sebbene tempi e modi siano cambiati, non possiamo ancora ritenerci del tutto esenti da un'idea di salute mentale ancora stigmatizzata e caratterizzata da pregiudizi.

## **2.1 Dalle possessioni demoniache alla teoria degli umori di Ippocrate**

La malattia mentale, nelle popolazioni più antiche, come i babilonesi, cinesi, egiziani, greci, veniva spiegata come la possessione da parte di un demone del corpo e della mente di una persona. Il processo di esorcizzazione da questa possessione, che potrebbe essere considerata la “terapia” che si praticava all’epoca, consisteva in un rituale finalizzato ad allontanare i demoni. Questo rituale, a seconda della società e dell’epoca, assumeva diverse forme e procedimenti: preghiere, suoni, interventi come digiuno, percosse, isolamento. La malattia mentale aveva quindi una forte correlazione con la religione: un demone, un’entità opposta rispetto alle divinità “buone” si era impossessata del corpo, terrestre e mortale, di una persona. Spesso si attribuiva questo fenomeno ad una colpa di quella persona, ad un castigo divino.

Una prima scissione tra religione e malattia venne effettuata da Ippocrate di Coos, considerato il fondatore della medicina moderna, nel IV secolo a. C. Si deve ad Ippocrate la separazione tra medicina e religione, tra magia e superstizione. Separando la medicina dalla religione, egli negò che le malattie, sia fisiche che psichiche, fossero dovute all’intervento degli dèi. Sosteneva quindi che le malattie avessero cause naturali, quindi dovevano essere curate come tali. La malattia mentale era da lui ritenuta una malattia del cervello che, essendo l’organo della coscienza, dell’intelletto e delle emozioni, in caso di malattia, determinava un pensiero o un comportamento deviato. Ulteriori fattori esterni a causare la malattia mentale erano gli stress ambientali ed emotivi. Per questo, secondo Ippocrate, i problemi di salute mentale erano di competenza dei medici, non dei sacerdoti.

Secondo Ippocrate, i disturbi mentali potevano essere classificati in tre gruppi: mania, melancolia e frenite. Egli formulò la teoria umorale, secondo cui il comportamento umano è guidato da quattro umori: flegma, sangue, bile nera e bile gialla. Questi quattro elementi dovevano essere in equilibrio fra loro, altrimenti avrebbero causato uno stato d’animo predominante, che avrebbe alterato la mente dal punto di vista patologico. Le alterazioni mentali individuate da Ippocrate, sebbene basate su una teoria obsoleta e non scientifica come verrebbe intesa oggi, sono tuttora una descrizione valida per alcune forme morbose che oggi si riconoscono, per esempio, nell’epilessia, nella paranoia, nel delirio alcolico. Le posizioni assunte da Ippocrate erano, per l’epoca, estremamente moderne, se si

considera la separazione da lui effettuata tra medicina e religione. La sua teoria fu infatti ritenuta valida in Occidente per secoli, fino al Rinascimento.<sup>15</sup>

## **2.2 L'Alto Medioevo tra influenze religiose e caccia alle streghe**

A partire dal III secolo d. C. inizia un periodo di decadenza per la medicina, che viene nuovamente studiata e applicata sotto una forte influenza della religione. Le comunità cristiane assumono un ruolo importante dal punto di vista terapeutico. Il malato mentale, quindi, nel tentativo di alleviare i propri disturbi, si recava nei monasteri, rivolgendosi alla fede, in quanto considerata la difesa più efficace contro le varie forme di turbamento. La malattia mentale ricomincia ad essere considerata una punizione divina, un castigo inflitto da Dio per le proprie colpe. Il malato veniva quindi curato dai monaci attraverso l'uso di reliquie, oggetti sacri o sostanze ritenute miracolose, se condotto ad un monastero dai familiari. Molto più spesso però venivano abbandonati a sé stessi, diventando soggetti emarginati, da evitare. Diventavano magari mendicanti che vagavano per le città senza meta, senza storia, fino a che non venivano allontanati. Erano considerati come persone che in qualche modo “se l'erano cercata”, avevano peccati da espiare, che quindi vivevano in un costante stato di turbamento emotivo.

Sulla base della colpa e del castigo divino, inizia a diffondersi nella cultura cristiana la necessità di estirpare dalla società le persone che avevano in qualche modo attirato su di sé dei castighi divini. Questo pensiero costituì la base dell'Inquisizione e della lotta alla stregoneria. Nel 1486 due frati domenicani, Sprenger e Institor, pubblicano il “Malleus Maleficarum”, un'opera in latino allo scopo di reprimere l'eresia, il paganesimo e la stregoneria. In questa opera sostengono che la possessione demoniaca sia tipica dei malati mentali, infatti il demonio, il maligno, insediandosi nei quattro umori, va a contagiare anche il resto del corpo. L'uccisione della persona, del suo corpo, viene vista come un modo per liberare l'anima dal maligno, in modo che possa arrivare a Dio. Si istituisce così l'Inquisizione, allo scopo di dare la caccia alle streghe ed ucciderle, con metodi particolarmente crudeli, come il rogo o l'impalamento. Le confessioni di stregoneria, inoltre, erano per la maggior parte estorte attraverso la tortura. Sorge quindi spontaneo collegare la “possessione demoniaca”, lo stato di delirio imputato a queste persone, alle torture ed alle

---

<sup>15</sup> Colombo, Giovanni. *Elementi di psichiatria*. CLEUP, 2008.

estorsioni che subivano dall'Inquisizione. Ma la Chiesa, all'epoca, era un'autorità incontestabile, quindi i malati mentali, i posseduti dal demonio, avevano tutti lo stesso destino: essere processati per stregoneria e, di conseguenza, subire torture e condanne atroci per espiare le loro colpe e liberarsi dal maligno che si era impossessato del loro corpo.

Ma le credenze nella stregoneria, legate al Cristianesimo, con le relative pratiche adottate dall'Inquisizione, non erano diffuse allo stesso modo in Europa. In Inghilterra, per esempio, la malattia mentale non veniva interpretata secondo un punto di vista religioso, ma si collegava a patologie fisiche o altri tipi di lesioni, anche emotive. C'è anche da considerare, però, che l'Inghilterra, con Enrico VIII, si era separata dalla chiesa cattolica.

La visione predominante nei confronti della malattia mentale resta comunque quella che la collega alle possessioni demoniache, ma già nel Medioevo iniziano ad esserci medici e altri studiosi che separano malattia mentale e religione, ma la loro influenza non è ancora decisiva. Anzi, visto il potere della Chiesa e dell'Inquisizione restano ai margini di questo sistema di interpretazione e trattamento.

Nel XIII secolo, con l'istituzione delle prime Università, rinasce un interesse maggiormente scientifico nei confronti delle malattie mentali. Vengono rivisti studi e teorie risalenti al mondo greco, romano e arabo. Una figura controversa del XVI secolo fu il medico militare di origini svizzere Paracelso, che riteneva la malattia mentale un morbo naturale, non un fenomeno causato dai demoni.

Ma la credenza, e le relative usanze predominanti, continuavano ad interpretare e trattare la malattia mentale come un fenomeno di natura religiosa.

### **2.3 L'ostico studio del cervello e la razionalizzazione della malattia mentale**

Con l'inizio dell'età classica la Chiesa comincia ad avere un'influenza sempre meno importante nella regolazione della vita delle persone, continuando comunque ad avere un forte potere non solo dal punto di vista spirituale. Il mondo cristiano non è più unito ed omogeneo come prima, basti pensare alla scissione avviata da Martin Lutero con la chiesa protestante. Nel XVII secolo la caccia alle streghe, sebbene ancora presente, comincia ad essere sostituita dall'internamento nei casi di follia e malattia mentale. L'internamento avveniva in edifici fuori dalle città, con l'intento di liberare la popolazione da soggetti scomodi e improduttivi. Ad essere internati non erano solo i folli, ma anche poveri e miserabili che dovevano, secondo la visione

dell'epoca, attribuire solo a loro stessi la causa della propria condizione. Tramite questo sistema si alimentava un circolo vizioso per cui una persona, una volta internata, non poteva più uscire, poiché si creavano delle condizioni per cui era impossibile costituire una propria autonomia dal punto di vista economico, si veniva rifiutati dal resto della società e il proprio lavoro non veniva retribuito, ma anzi a queste persone venivano assegnati i lavori più logoranti ed umili, segnando e sottolineando ulteriormente la loro condizione di svantaggio. Un esempio emblematico di questo tipo di sistema sono le *workhouses* in Inghilterra. Se nel Medioevo la Chiesa predicava la necessità di fare la carità ai più poveri per volere divino, ora la povertà veniva vista come una punizione divina, dunque una condizione da correggere, anche perché avrebbe portato alla follia.

*L'età classica utilizza l'internamento in un modo equivoco e per fargli rappresentare una doppia parte: riassorbire la disoccupazione, o almeno cancellarne le conseguenze sociali più vistose, e controllare le tariffe quando rischiano di diventare troppo elevate. Agire alternativamente sul mercato della manodopera e sui prezzi di produzione. In realtà, non sembra che le case d'internamento abbiano potuto efficacemente dare i risultati attesi. Se esse assorbivano i disoccupati era soprattutto per nascondere la miseria ed evitare gli inconvenienti sociali o politici della loro agitazione.<sup>16</sup>*

Il compito di occuparsi di poveri, mendicanti e folli, provvedendo al loro internamento, era rivestito dall'Amministrazione pubblica della città. Questo processo di internamento si è avviato per la prima volta a Parigi, nel 1656, con l'*Hopital gènèral*, la prima istituzione finalizzata ad «impedire la mendicizia e l'ozio come fonti di ogni disordine».<sup>17</sup>

Si smette quindi di cacciare ed escludere dalla società le persone svantaggiate, ma non in un'ottica di assistenza e recupero di autonomia e autodeterminazione come verrebbe intesa al giorno d'oggi dal Servizio Sociale.

*In questo sordo conflitto che oppone la severità della Chiesa all'indulgenza dei parlamenti, la creazione dell'Hôpital è indubbiamente, almeno all'origine, una vittoria parlamentare. In ogni caso è una soluzione nuova: è la prima volta che si sostituisce alle misure d'esclusione puramente negative una misura d'internamento; il disoccupato non è più cacciato o punito; lo si prende a carico, a spese della nazione, ma a scapito della sua libertà individuale. Tra lui e la società si stabilisce un sistema*

---

<sup>16</sup> Foucault, Michel, et al. *Storia della follia nell'età classica*. Biblioteca universale Rizzoli, 1998.

pag.74

<sup>17</sup> *ibidem*. pag. 69

*implicito di obbligazioni: egli ha diritto di essere nutrito, ma deve accettare la condizione fisica e morale dell'internamento.*<sup>18</sup>

Il periodo dell'Illuminismo in Europa ha portato importanti cambiamenti nella mentalità delle persone: si sono diffusi ideali di uguaglianza, libertà e si è presa consapevolezza della necessità di un rinnovamento dal punto di vista sociale. Questo ha portato ad una richiesta più forte e da un maggior numero di persone del rispetto e del riconoscimento dei diritti sociali, civili e politici. I cambiamenti si sono visti anche dal punto di vista economico: la prima rivoluzione industriale e l'abbandono del sistema feudale hanno portato delle novità nel mercato del lavoro, ma allo stesso tempo a crisi, aumento della povertà e dei mendicanti. L'internamento costituiva ancora una delle principali soluzioni nei confronti delle persone povere, ma si comincia a mettere in discussione questa modalità di arginare il problema. I luoghi di internamento erano infatti particolarmente degradati e non offrivano di certo la possibilità di reintegrazione e risoluzione del problema. Tali strutture e le persone al loro interno suscitavano ribrezzo e, una volta entrati, si era destinati a rimanervi. Con i cambiamenti economici e del mercato del lavoro, però, si comincia anche a distinguere i poveri in base alla loro possibilità e abilità di lavorare o meno. Infatti, i poveri inabili al lavoro costituivano quella parte di popolazione effettivamente esclusa e destinata all'internamento. Ma i poveri adatti al lavoro costituivano invece la possibilità di avere manodopera a bassissimo costo per la borghesia, che ne approfittava vista la facilità con cui si potevano, purtroppo, sfruttare queste persone. I poveri abili al lavoro venivano quindi impiegati nelle fabbriche e si diffondeva la convinzione che, grazie a questo nuovo sistema produttivo, povertà e disoccupazione si sarebbero dissolte.

La finalità delle strutture di internamento comincia quindi ad essere messa in discussione: tali strutture erano causa di discussioni, ma, allo stesso tempo si comincia a credere che fosse necessario trovare una soluzione anche per gli internati, grazie alla presa di consapevolezza dell'importanza dei diritti civili, sociali e politici. Gli internati quindi, nonostante la loro condizione, hanno diritto alla salute e all'assistenza, in quanto dovere morale della società. Dalle strutture di internamento cominciavano ad uscire, appunto, i poveri abili al lavoro, ma anche le persone che potevano ricevere assistenza e trattamenti in contesti ospedalieri, o le persone che

---

<sup>18</sup> Foucault, Michel, et al. *Storia della follia nell'età classica*. Biblioteca universale Rizzoli, 1998. pag. 69

si riteneva potessero essere reinserite nella società. Ad essere internati rimanevano quindi i "folli".

*Così, mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a sfuggire all'internamento, la sola follia vi resta [...]. E per la prima volta, nel mondo cristiano, la malattia si trova isolata dalla povertà e da tutte le figure della miseria.*

*In breve, tutto ciò che un tempo avviluppava la follia va in rovina: il cerchio della miseria e quello della sragione si disfano. La miseria è ripresa nei problemi immanenti all'economia; la sragione si sprofonda nelle figure dell'immaginazione. I loro destini non si incontreranno più. E alla fine del XVIII secolo riappare la follia stessa, condannata ancora alla vecchia terra di esclusione, come il delitto, ma altresì messa a confronto con tutti i nuovi problemi che implica l'assistenza ai malati.<sup>19</sup>*

Malattia e povertà vengono quindi distinte dalla follia e, di conseguenza, considerate una questione da trattare e risolvere al di fuori delle istituzioni destinate all'internamento. I poveri abili al lavoro vengono quindi obbligati a lavorare come manodopera a basso costo. I malati vengono curati negli ospedali o affidati alle famiglie. Malattia e povertà diventano questioni private, o della famiglia, che l'individuo in qualche modo risolverà. La follia invece no, rimane una questione di ordine pubblico, poiché si deve trovare un modo per proteggere la società dal pericolo costituito dai folli. La morale dell'epoca, pur riconoscendo la necessità di assistere i poveri e i bisognosi in quanto individui con diritti civili e politici sempre più riconosciuti, non sembra invece riconoscere ai "folli" la stessa dignità delle altre categorie sociali svantaggiate. Nei confronti della follia si prosegue dunque sulla strada dell'internamento, visto come unica soluzione per proteggere la società dalla pericolosità dei folli e come possibilità, attraverso l'esclusione, di cura e terapia.

*Ora si progetta una forma di internamento in cui la funzione medica e quella di esclusione siano a volta a volta presenti, all'interno di un'unica struttura. Protezione della società contro il folle in una messa al bando che designa la follia come alienazione imperdonabile; e protezione contro la malattia in uno spazio di recupero in cui la follia è considerata, almeno di diritto, transitoria.<sup>20</sup>*

Le strutture di internamento diventano così ufficialmente dei manicomi. La finalità dichiarata era il recupero della persona, ma, nonostante ciò, costituivano un luogo di esclusione nei confronti degli internati, per occultarli e proteggere il resto della società.

---

<sup>19</sup> Foucault, Michel, et al. *Storia della follia nell'età classica*. Biblioteca universale Rizzoli, 1998, pag. 352

<sup>20</sup> *ibidem*, pag.368

All'interno del manicomio, poiché le persone qui collocate erano soltanto quelle con problemi di salute mentale, non più quindi poveri e malati con altri tipi di patologie, si iniziano a studiare questi "folli", da un punto di vista sia medico che scientifico. Infatti, il XVII secolo segna un periodo di rinascita per le scienze, quindi anche per la medicina. Il funzionamento del cervello rimane, però, sempre un argomento ostico e misterioso. Si comincia comunque a studiare e trattare le malattie mentali in modo diverso, in un modo più "umano". Per esempio, Philippe Pinel, sotto l'influenza della Rivoluzione francese, avviò una riforma dal punto di vista umanitario nel trattamento delle malattie psichiatriche. Si deve a Pinel l'istituzione "ufficiale" del manicomio, in quanto assunse la direzione della *Salpêtrière* di Parigi. Pinel cominciò a studiare le malattie mentali da un punto di vista scevro da influenze e dogmi religiosi, ma soltanto dal punto di vista biologico e medico. Pinel infatti collegò la malattia mentale a delle alterazioni dal punto di vista anatomico, quindi a motivazioni biologiche. Avendo distinto i problemi di salute mentale da questioni religiose e di "colpa", iniziò a vedere i malati mentali come individui, non più solo come folli. Egli quindi assicurò loro migliori condizioni umane, igieniche e sanitarie, in quanto in primis persone. Ne spiegava le condizioni di malattia con cause di natura personale e sociale, oltre che biologica, ritenendole quindi bisognose innanzitutto di comprensione e compassione. In seguito, Jean-Étienne Dominique Esquirol, uno degli studenti di Pinel, collaborò nella formazione di una legge nel 1838, in base a cui si istituirono case di cura per i malati mentali in Francia. I manicomi divennero così, ufficialmente, in tutta Europa, le strutture destinate all'internamento e al trattamento delle malattie mentali. Pinel fu anche un precursore di quelli che furono i metodi di trattamento "standardizzati" adottati all'interno di un manicomio. Era per lui fondamentale, in quanto medico, costituire un rapporto personalizzato con il paziente, al fine di costituire una terapia individualizzata sulla base delle caratteristiche della persona. I malati mentali erano comunque, però, considerati soggetti pericolosi e imprevedibili. Quindi, alla terapia individualizzata, si alternavano trattamenti come docce ghiacciate, contenzioni, isolamento e, dalla sua invenzione negli anni '30, l'elettroshock. Si riteneva infatti che i trattamenti che causassero un trauma fisico potessero in qualche modo dare dei benefici alla psiche degli individui che vi si sottoponevano.

Il manicomio era quindi un'istituzione separata dal resto della società, in cui la vita scorreva attraverso delle routine e delle attività sempre uguali. I trattamenti considerati efficaci all'epoca erano altamente discutibili, al punto da essere una delle

cause per cui la persona, una volta entrata in manicomio, non era molto probabilmente destinata ad uscirne. L'essere allontanati dalla vita comune. lo svolgimento di attività sempre uguali e sotto stretta sorveglianza, il subire contenzioni, elettroshock, essere consapevoli della stigmatizzazione della propria condizione sono tutti elementi che provocano nella persona un forte senso di alienazione, rendendo sicuramente complesso un miglioramento delle condizioni di vita individuale e sociale.

#### **2.4 Il pubblico scandalo e la conseguente necessità di “internare” i malati mentali: la diffusione dei manicomi**

Per il trattamento della follia, della pazzia, si era quindi arrivati a sostenere la necessità di chiudere i malati mentali in delle strutture che potessero “contenerli” e isolarli dalla società, appunto i manicomi. Tali strutture, affermandosi nel corso del tempo, iniziarono ad avere un'organizzazione e un funzionamento sempre più regolarizzato ed istituzionalizzato, venendo quindi riconosciuti con un'unica denominazione. La struttura manicomiale era spoglia e priva di quegli elementi di “disturbo” che costituiscono la vita quotidiana al di fuori di esso, poiché si riteneva che il malato mentale dovesse essere esiliato dalla società. Infatti, secondo la visione dell'epoca, l'isolamento avrebbe tenuto lontane le persone malate dagli stimoli della vita comune, favorendone il trattamento. Allo stesso tempo l'isolamento permetteva alla società di sentirsi al sicuro dal pericolo costituito da queste persone, in quanto imprevedibili e alienate. La vita in un manicomio era quindi una sorta di vita parallela, che scorreva lenta, in una ripetizione costante di attività e routine, più alienante della malattia mentale stessa. In questo contesto di alienazione e asetticità gli psichiatri dell'epoca elaborarono metodi di trattamento diffusi e accettati in tutta la comunità scientifica, che di conseguenza vennero riconosciuti anche dalla legislazione. Ma, prima di arrivare ad una legislazione e regolazione generale, ogni manicomio seguiva una propria normativa, sebbene i metodi fossero affini in ogni struttura.

In Italia, infatti, i manicomi erano gestiti da un direttore che aveva pieno potere decisionale riguardo la struttura e i suoi pazienti. Ogni manicomio aveva quindi una gestione propria dei ricoveri, delle dimissioni, delle modalità di lavoro, in base al direttore di quel momento. Non c'era quindi una regolamentazione unitaria valida per tutto il territorio nazionale. Essa arriverà con la legge n. 36 del 1904, recante le

“Disposizioni intorno agli alienati e ai manicomi”, che resterà in vigore fino al 1978, anno simbolico per la rivoluzione che c’è stata in Italia, ma non solo, nei confronti del trattamento della malattia mentale.

In questa legge, all’articolo 1, si stabilisce che:

*Debbono essere custodite e curate nei manicomî le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sè o agli altri o riescano di pubblico scandalo o non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomî.<sup>21</sup>*

Si ufficializza quindi che le persone con problemi di salute mentale non possono ricevere sostegni e trattamenti in altri posti, e di conseguenza con altre modalità, fuorché nei manicomi. Gli "alienati" sono infatti considerati causa di pubblico scandalo, per questo motivo devono essere occultati e rinchiusi in strutture dove la società non possa vederli, possa continuare ad esistere come se loro invece non esistessero. Si accentua anche lo stereotipo che associa la malattia mentale alla pericolosità, dicendo “pericolose a sé o agli altri”, sottolineando quanto la società necessiti di tutelarsi da questo presunto rischio. Non è infatti rinchiodando e alienando una persona che si va ad eliminare la sua pericolosità, se presente. Anzi, analizzando le pratiche in vigore all’epoca nei manicomi appare chiaro che non si potesse attribuire imprevedibilità, pericolosità, elementi di devianza solo alla malattia mentale, ma anzi erano spesso da attribuire alle condizioni di vita disumane ed alienanti che queste persone vivevano quotidianamente nelle istituzioni. La necessità di tutela non era quindi prioritariamente pensata per la persona con una malattia mentale, ma per la società, che stigmatizzava (e stigmatizza tuttora) fortemente tutto ciò che non era "normale", in qualche modo deviante. Questi "alienati" vivevano quindi in un’istituzione totale che, oltre ad isolarli, li privava dei diritti civili. Una persona internata in un manicomio veniva, infatti, interdetta, secondo quanto stabilito all’art. 2 della legge n. 36/1904:

*[...] Colla stessa deliberazione dell'ammissione definitiva il Tribunale, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che abbia la rappresentanza legale degli alienati, secondo le norme dell'articolo 330 del codice civile, sino a che l'Autorità giudiziaria abbia pronunciato sull' interdizione [...].<sup>22</sup>*

---

<sup>21</sup> art. 1, L. 14 febbraio 1904, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati

<sup>22</sup> art. 2, L. 14 febbraio 1904, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati

L'interdizione era ed è (ancora esistente, ma poco usata in favore dell'amministrazione di sostegno) un istituto giuridico volto alla salvaguardia degli interessi dell'"infermo di mente", considerato incapace di provvedere a sé stesso e al proprio bene. Infatti, l'articolo 324 del Codice Civile del Regno d'Italia del 1865 recita:

*Il maggiore di età ed il minore emancipato, il quale si trovi in condizione di abituale infermità di mente che lo renda incapace di provvedere ai propri interessi, deve essere interdetto.*<sup>23</sup>

In seguito all'interdizione, la perdita dei diritti civili riguarda diversi aspetti della vita civile, ma anche personale, per esempio l'interdetto non può contrarre matrimonio, è incapace di fare testamento, non può fare atti di vendita o donazione, non può firmare un contratto (artt. 324 e ss. del Codice Civile del Regno d'Italia del 1865). In tutti gli atti giuridici che dovrebbe compiere, la persona viene sostituita dal tutore, ovvero la persona designata alla salvaguardia dei suoi interessi. L'istanza per l'interdizione poteva essere presentata dal coniuge, dai congiunti e dal pubblico ministero (art. 326 del Codice Civile del Regno d'Italia del 1865). Per certi casi può essere sicuramente stata una misura necessaria, ma ci sono alcuni elementi controversi da considerare. Il tutore aveva infatti piena facoltà decisionale sulla vita dell'interdetto: sugli atti giuridici e civili, sulla tutela della sua salute e del suo benessere, poteva annullare gli atti da lui o da lei compiuti in precedenza. Per svolgere questo compito non era necessario cercare il consenso dell'interdetto, perché considerato infermo di mente ed incapace di provvedere ai propri interessi in modo autonomo.

La persona interdetta e successivamente magari anche internata in manicomio, perdendo i propri diritti civili, perdeva anche, di conseguenza, la sua possibilità di autodeterminarsi. L'autodeterminazione, secondo la definizione che ne dà attualmente il Servizio Sociale è la capacità e la possibilità di decidere autonomamente per sé stessi sotto diversi punti di vista: civile, economico, sociale, sanitario, eccetera. La persona, non potendo più decidere per sé stessa, è in balia delle decisioni che il suo tutore ritiene più opportune per lei, anche se non rispecchiano i suoi desideri, inclinazioni, aspirazioni. Anche la decisione di inserire una persona in manicomio veniva presa senza consultare l'interessato, ma su

---

<sup>23</sup> Codice Civile del Regno d'Italia. 1865

istanza di terze persone che, se anche vicine a lei, non è detto potessero garantire la capacità di prendere decisioni davvero nell'esclusivo interesse della persona. Infatti, in base all'articolo 2 della legge n.36/1904:

*L'ammissione degli alienati nei manicomi deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, e può esserlo da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società." Essa è autorizzata, in via provvisoria, dal pretore sulla presentazione di un certificato medico e di un atto di notorietà, redatti in conformità delle norme stabilite dal regolamento, ed in via definitiva dal tribunale in camera di consiglio sull'istanza del pubblico ministero in base alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà eccedere in complesso un mese.<sup>24</sup>*

Il fatto che l'ingresso in manicomio potesse essere richiesto «da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società» sottolinea quanto la malattia mentale fosse un elemento di stigmatizzazione nella società, un qualcosa da occultare in quanto provocava "pubblico scandalo". Il focus degli interessi da tutelare non era quindi il recupero e il benessere della persona, ma non avere elementi disturbanti, di devianza, che circolassero liberamente e vivessero la quotidianità di una società che si reggeva su canoni rigidi di comportamento e di azione.

Le conseguenze di questa legge non furono, quindi, solo l'istituzionalizzazione formale dei manicomi e delle relative norme per l'internamento e il trattamento. Infatti, attraverso e grazie alla formalizzazione di un'istituzione finalizzata all'isolamento degli "alienati", iniziano ad aumentare esponenzialmente le persone internate.

*A seguito della legge 36 del 1904 si ebbe un numero impressionante di internamenti. Soggetti fragili, donne e puerpere, disadattati e depressi furono rinchiusi al pari dei malati mentali o dei criminali, andando a costituire fino alla fine degli anni Settanta la popolazione alienata di un mondo "parallelo".*

*Nelle narrazioni che da Basaglia a oggi hanno raffigurato in vari modi l'umanità presente all'interno delle eterotopie manicomiali sono rappresentate quantità di soggetti ammassati in spazi degradati o di personaggi dimentichi tanto del proprio ruolo sociale quanto, soprattutto, del motivo per cui erano stati rinchiusi.<sup>25</sup>*

L'ingresso in manicomio rappresentava, quindi, per la persona che vi entrava, la perdita della propria identità, costituita dalle esperienze, aspirazioni, interessi e problemi che ha avuto prima dell'ingresso nell'istituzione. Questa perdita di identità,

---

<sup>24</sup> art.2, l. 14 febbraio 1904, n. 36, Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati

<sup>25</sup> Guglielmi, M., Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini, 2018. pag. 34

oltre che essere determinata dall'entrata in una struttura chiusa ed isolata dalla società, viene simboleggiata anche dal fatto che l'internato viene privato di ogni suo bene materiale che in qualche modo vada a costituire la sua personalità. Si trova quindi ad essere un numero, una persona il cui nome, l'età, ciò che è stato, non contano più, conta solo la sua capacità di adattarsi velocemente e senza creare troppi problemi alla struttura in cui si trova. L'istituzione forza la persona ad identificarsi con essa per esempio attraverso l'uso di una divisa, uguale per tutti e senza nessun dettaglio "personale" che la possa ricondurre all'individuo. Altre istituzioni totali impongono, per esempio, di rasare i capelli, poi anche i pochi oggetti di cui si fa uso quotidianamente sono numerati, razionati, forniti dall'istituto e, anche in questo caso, uguali per tutti. Come evidenziato da Basaglia, l'internato «Immerso in una realtà la cui finalità terapeutica si limita alla custodia della pericolosità della malattia, l'internato assume l'istituzione come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che essa gli impone».<sup>26</sup>

Il collegamento che si crea quindi tra istituzione ed internato costituisce un rapporto di causa-effetto, un circolo vizioso, che porta la persona ad identificarsi con l'istituzione, ad agire ed essere ciò per cui l'istituzione è stata creata. Più semplicemente, l'istituzione esiste per i malati mentali, quindi la persona, una volta collocata lì, si sentirà una malata mentale. Il problema principale di questo meccanismo è, spesso, la mancanza di una razionalizzazione del concetto di malato mentale, per cui l'internato sarà convinto di esserlo, ma senza saper descrivere se e quali sono i suoi aspetti malati e quali sono, invece, comportamenti e pensieri determinati dall'essere istituzionalizzato. Infatti, come sostenuto da Goffman:

*Nell'ospedale psichiatrico le strutture e le regole dell'istituto contribuiscono a convincere il malato che - in fondo - è un caso mentale, che ha sofferto di una sorta di collasso sociale avendo completamente fallito: la sua presenza in quel luogo ha quindi uno scarso peso sociale, poiché egli sarebbe difficilmente in grado di comportarsi da persona normale.<sup>27</sup>*

L'internato diventa quindi ciò che l'istituzione prevede per chi ne fa parte, indipendentemente dalle sue condizioni psichiche di partenza. Il processo di oggettivizzazione si attua attraverso diverse fasi, descritte da Goffman nel suo studio sulle istituzioni totali. Fin dal suo ingresso, il paziente sentirà di essere in una

---

<sup>26</sup> Basaglia, Franco. Ongaro, Franca. Morire di classe. 1969. Introduzione

<sup>27</sup> Goffman, Erving, et al. *Asylums : le istituzioni totali : i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, 2010. pag. 177

relazione di subordinazione rispetto ai professionisti che dovrebbero provvedere alla sua riabilitazione. Questa asimmetria emerge per esempio nel linguaggio con cui un professionista si rivolge al paziente, facendo emergere che lui non può capire la sua condizione, quindi, per migliorare, dovrà completamente affidarsi al medico.

*Le complicazioni causate da un paziente sono dunque strettamente legate alla versione che egli dà di ciò che gli è accaduto, e se si vuole che sia collaborativo è necessario che questa versione venga screditata. Il degente deve arrivare a convincersi "interiormente" di accettare e di far accettare il giudizio che l'ospedale ha su di lui.<sup>28</sup>*

Questo processo di discredito nei confronti del paziente avviene in modo subdolo, infatti «[...]gli ospedali psichiatrici provvedono sistematicamente a far circolare su ciascun paziente il genere di informazioni che egli cercherebbe di nascondere e che ogni giorno - in modo più o meno dettagliato - vengono usate per frustrarne le pretese».<sup>29</sup> Il fatto di entrare in manicomio, già di per sé causa di stigmatizzazione, viene quindi ulteriormente peggiorato dal processo di omologazione e depersonalizzazione tipico di un'istituzione totale. Infatti qualsiasi tentativo di apparire come una persona "normale" verrà screditato dal personale dell'istituzione, che ricorda costantemente alla persona come e perché è diventato un degente.

*Ogni qual volta lo staff demolisce le rivendicazioni del degente, il giudizio su ciò che dovrebbe essere una persona e ciò che dovrebbero essere le regole su cui si basano i rapporti sociali fra individui dello stesso livello, induce il paziente a ricostruire nuovamente la sua rappresentazione di sé; ma ogni qual volta lo fa, i criteri custodialistici o psichiatrici su cui lo staff si uniforma possono portare a screditargliela nuovamente.<sup>30</sup>*

Il circolo vizioso tra il tentativo di affermazione di sé del degente, il discredito con cui risponde lo staff e il conseguente riadattamento del paziente alla vita da malato mentale internato nel manicomio portano ad un unico riepilogo: il persistere di un circolo vizioso in cui l'identità della persona viene determinata e riconosciuta solo attraverso la sua malattia.

---

<sup>28</sup> Goffman, Erving, et al. *Asylums : le istituzioni totali : i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, 2010. pag. 180

<sup>29</sup> *ibidem*. pag. 186

<sup>30</sup> *ibidem*. pag. 187

### **III. La negazione della malattia mentale: il movimento dell'antipsichiatria**

Con l'evolversi delle scienze, della medicina, degli studi sul cervello e la nascita della psicologia, inizia ad esserci una consapevolezza maggiore sulle malattie mentali, con un conseguente cambiamento in merito alla visione su di esse e il loro trattamento. La cultura dell'illuminismo e del positivismo mirava infatti a dare spiegazioni scientifiche secondo principi matematici e biologici. Ma tra il XIX e il XX secolo si inizia a notare la necessità di integrare questi approcci esclusivamente fisiologici con un punto di vista che consideri anche la psiche e il passato della persona. I manicomi, infatti, sebbene non ospitino più poveri e malati che possono essere assistiti diversamente, continuano ad essere sovraffollati e non offrono altre soluzioni, se non un internamento a vita.

Gli studi di Sigmund Freud sulla psicoanalisi costituiscono un tentativo di integrare il punto di vista fisiologico e biologico con quello psicologico. La ricerca di Freud è partita dall'analisi del trauma rimosso dal paziente, visto come causa della malattia sviluppata in seguito. L'ipotesi di funzionamento della psiche da lui elaborata, quindi, deriva dal contatto con pazienti affetti da malattie psichiatriche, ovvero con dei "difetti" nel funzionamento psichico. La correlazione diretta che Freud individua tra comportamento e la spiegazione che ad essi si può trovare, tramite l'analisi dell'inconscio e la consapevolezza del processo di rimozione, costituisce un punto di vista fondamentale nell'approccio alle malattie mentali. Infatti, secondo questa visione, normalità e patologia sono derivanti dallo stesso processo dal punto di vista psichico: ciò che cambia sono le esperienze, il contesto, il ruolo delle figure di riferimento. La malattia mentale non può quindi trovare una spiegazione soltanto dal punto di vista fisiologico. Anzi, quest'ultimo potrebbe andare a costituire un eventuale completamento di una spiegazione che invece andrebbe ricercata in un'ottica psico-sociale. Freud, con i suoi pazienti, inizia quindi a ricercare la causa dei traumi attraverso l'ipnosi, ma poi anche attraverso l'interpretazione dei sogni, dei lapsus, delle dimenticanze, dei transfert e delle libere associazioni. Questi atti psichici sono infatti il mezzo attraverso cui l'inconscio può emergere in un modo non disturbante per la persona, almeno consapevolmente.

Il collegamento della malattia mentale con situazioni ed esperienze traumatiche che hanno segnato il passato di un individuo mette in discussione la visione del malato mentale. Non è più infatti considerato solo come una mente malata a causa di un

malfunzionamento a livello meramente fisiologico, ma un individuo che ha sofferto e manifesta la sua sofferenza in comportamenti patologici, che quindi necessita di supporto, soprattutto dal punto di vista psicologico. A partire da questo assunto si sviluppa il movimento dell'antipsichiatria, il cui maggiore esponente è lo psichiatra David Cooper, che ha anche coniato questo termine. Il movimento dell'antipsichiatria, mettendo in discussione la visione del malato mentale, va di conseguenza a metterne in discussione anche il trattamento. Il manicomio comincia ad essere visto come un luogo disumano, poichè i metodi coercitivi, contenitivi e di isolamento a cui è costretta la persona ne peggiorano la condizione, o comunque la rendono cronica, invece di condurre ad un effettivo miglioramento. A ciò si aggiunge il sempre maggiore sovraffollamento dei manicomi, soprattutto a partire da quando tale istituzione è stata "ufficializzata", portando ad un abuso dei metodi violenti e degli strumenti di contenzione già in uso. Nello stesso periodo vengono anche inventati gli psicofarmaci: da una parte visti solo come un ulteriore strumento di contenzione, dall'altra come possibilità di gestire in modo più semplice i momenti di crisi più acuta, permettendo alla persona di vivere maggiormente la normalità. Cronologicamente ci collochiamo negli anni '60: un periodo in cui si accendono forti dibattiti nel mondo occidentale rispetto ad ogni istituzione e autorità, mettendone in discussione legittimità e metodi, spesso coercitivi o comunque limitanti rispetto alla libertà individuale. Con il nascere di diversi movimenti di protesta si iniziano a pensare soluzioni alternative all'internamento in manicomio, ormai obsoleto. Se l'internamento non è più l'unica soluzione possibile, ma anzi non viene più vista di buon occhio, si considereranno automaticamente le malattie mentali come una condizione curabile, o quanto meno migliorabile. Essendo la reintegrazione nella società l'obiettivo ultimo del processo di guarigione del malato, non si pensa più ad un trattamento che lo "protegga" isolandolo dalla società, ma, anzi, si pensano trattamenti in cui la terapia consideri elementi relazionali e ambientali nel contesto di riferimento. La psichiatria tradizionale viene quindi messa in discussione, in favore di un approccio che crei una cornice teorica di riferimento, valida tuttora, che vada a considerare il vissuto individuale, il contesto familiare, il contesto territoriale e sociale, la psiche e ogni altro elemento che può determinare la condizione psichica di una persona. Cooper, nel criticare la psichiatria tradizionale, denuncia come essa abbia stigmatizzato i presunti matti, invece che contribuire al loro recupero:

*Se bisogna parlare di violenza in psichiatria, la violenza che mozza il fiato, che afferma se stessa a voce tanto alta da poter essere raramente udita, è la sottile e tortuosa violenza che gli altri, i “sani”, esercitano contro i pazzi etichettati. Scopriremo, anzi, che, nella misura in cui la psichiatria rappresenta gli interessi o i pretesi interessi dei sani, la violenza nella psichiatria è essenzialmente la violenza della psichiatria.<sup>31</sup>*

Il movimento dell'antipsichiatria mette fortemente in discussione la visione della malattia mentale e il suo trattamento, quindi la psichiatria “tradizionale” e i suoi fondamenti. Attribuendola infatti ad una condizione derivante da diversi fattori, quali: le esperienze passate, il contesto socio-culturale, le caratteristiche della persona, i supporti (o la carenza di essi) a sua disposizione; si critica l'usanza di internare il malato mentale in manicomio. Infatti, isolandolo da quelli che sono i presupposti della sua condizione di fragilità, non si arriva sicuramente alla risoluzione della sua condizione, ma anzi verso la cronicizzazione di essa. Secondo la visione antipsichiatrica il trattamento della persona deve essere indirizzato e individualizzato tenendo in considerazione il contesto di riferimento, visto che il ritorno ad esso è la finalità della fine del ricovero.

### **3.1 Villa 21, un esperimento di antipsichiatria di David Cooper**

Con il movimento dell'antipsichiatria iniziano anche le prime applicazioni pratiche dei metodi e degli approcci di tale corrente di pensiero. Di particolare rilevanza è l'esperimento di Villa 21 di David Cooper, un padiglione di un grande manicomio a Londra da lui diretto, in cui erano ospitati pazienti con diagnosi di schizofrenia. Le novità introdotte da Cooper nel trattamento dei pazienti furono fortemente discusse, ma portarono a risultati degni di nota. Innanzi tutto non si usavano strumenti di contenimento di vario genere, quali per esempio camicia di forza ed elettroshock, non si praticavano interventi invasivi come la lobotomia e si usavano gli psicofarmaci in modo sporadico. La persona veniva informata e resa partecipe rispetto al trattamento che avrebbe ricevuto, alla diagnosi e alle motivazioni del suo ricovero, coinvolgendo e incoraggiando la collaborazione della famiglia. Cooper, nel libro “Psichiatria e antipsichiatria” del 1967, descrive sinteticamente i principi operativi di Villa 21:

*1. Una chiarificazione ed uno smontamento sistematici dei modelli di comunicazione da noi ritenuti “schizogeni” entro la famiglia.*

---

<sup>31</sup> Cooper, David. *Psichiatria e antipsichiatria*. Armando, 1969. pag. 31

*2. Una chiarificazione ed uno smontamento consistente di analoghi modelli di comunicazione fra pazienti e fra personale e pazienti.*

*3. Continuità del personale agente con la famiglia durante e dopo la permanenza del paziente in ospedale.*

*4. Non furono utilizzati né i così detti trattamenti di shock né le leucotomie. I pazienti ricevevano dosi relativamente basse di tranquillanti. Per esempio nessun paziente ricevette più dell'equivalente di 300 mgm di chlorpromazina e al 25% dei pazienti non ne veniva somministrata affatto. Meno del 50% delle pazienti e del 15% dei pazienti ricevettero tranquillanti durante il successivo periodo.<sup>32</sup>*

Su queste basi, tra il 1962 e il 1966, Cooper fece accogliere presso Villa 21 un totale di 42 pazienti tra i 15 e i 35 anni, provenienti da due manicomi dell'area di Londra, con precedente diagnosi di schizofrenia, con un'intelligenza nella media e che non avevano subito interventi al cervello. Per quanto riguarda il contesto familiare di riferimento, vennero scelte persone che avessero almeno un genitore in vita disposto a collaborare. Questo perché si voleva dimostrare come la condizione di malattia fosse, tra gli altri fattori, determinata anche dalla famiglia, che era quindi la prima cornice di riferimento entro cui indirizzare interventi e sostegno, in vista dell'uscita dall'ospedale psichiatrico. Il personale era composto da un'équipe prevalentemente giovane, poiché meno soggetta alle influenze del metodo di lavoro "tradizionale" della psichiatria. Le attività giornaliere erano stabilite dai pazienti, si incoraggiava così lo sviluppo di dinamiche di gruppo positive, la responsabilizzazione delle persone, la flessibilità, l'autonomia e l'indipendenza, impossibili in un manicomio tradizionale che aveva scopi di contenzione e isolamento. Inizialmente le dinamiche si rivelarono confusionarie e poco funzionali, ma, nonostante ciò, con il tempo si instaurarono dinamiche positive tra i pazienti e il personale. Infatti, andando a vedere i risultati:

*Tutti i pazienti furono dimessi entro un anno dalla data del loro ricovero. Sette (17%) erano stati riammessi entro un anno. La durata media del ricovero fu di tre mesi. [...] Trentadue pazienti ottennero un lavoro dopo essere stati dimessi. Ventisei lavorarono per l'intero anno dopo essere stati dimessi. Due lavorarono per meno di un anno, ma più di sei mesi.<sup>33</sup>*

Nonostante i risultati positivi tale esperimento venne sospeso. Ma la corrente antipsichiatrica, grazie anche ad altri esponenti quali Laing e Foucault, portò ad una migliore consapevolezza rispetto alla malattia mentale e al suo trattamento. Tutto ciò

---

<sup>32</sup> Cooper, David. *Psichiatria e antipsichiatria*. Armando, 1969. pag. 145

<sup>33</sup> *ibidem*. pag. 148

costituì la base della rivoluzione vera e propria avviata poi da Franco Basaglia. Il movimento dell'antipsichiatria, infatti, vede al suo interno diverse voci, talvolta anche discordanti. Non portò ad una vera e propria rivoluzione dal punto di vista psichiatrico, ma sicuramente costituì una base fondamentale per un cambiamento nei metodi, negli approcci e mise in discussione l'istituzione del manicomio. Dalle considerazioni di Cooper rispetto all'esperimento di Villa 21, infatti, si riporta:

*Abbiamo fatto parecchi sogni sulla comunità psichiatrica, o piuttosto antipsichiatrica, ideale, ma credo che noi si sia riusciti sufficientemente, mediante un processo di demistificazione, a delineare la vera natura della pazzia psichiatrica e a calcolare le nostre esigenze pratiche per compiere un passo avanti. Ed un passo avanti significa in definitiva un passo fuori dall'ospedale verso la comunità.<sup>34</sup>*

---

<sup>34</sup> Cooper, David. *Psichiatria e antipsichiatria*. Armando, 1969. pag. 133



#### **IV. Verso la fine dell'istituzionalizzazione. Dalla rivoluzione psichiatrica di Franco Basaglia alla legge 180/78**

##### **4.1 Franco Basaglia e la prima sperimentazione nel manicomio di Gorizia**

Franco Basaglia è stato lo psichiatra italiano più influente del secolo scorso, a cui si deve la rivoluzione avviata in questa disciplina che ha portato alla chiusura dei manicomi e al trattamento della malattia mentale come lo intendiamo ora.

Nasce a Venezia nel 1924 e, una volta conclusi gli studi classici, si iscrive alla facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova, dove consegue la laurea nel 1949. Fin da giovane si rivela una persona che si oppone a regimi e ordinamenti oppressivi, infatti, nel 1944, trascorre sei mesi in carcere per aver preso parte ad una protesta antifascista. L'esperienza del carcere lo segnerà al punto da rivivere le stesse sensazioni provate in quel luogo nel momento in cui farà ingresso, come direttore, nel manicomio di Gorizia. Dopo la laurea frequenta la Clinica delle malattie nervose e mentali, sempre presso l'Università di Padova, conseguendo così la specializzazione in neuropsichiatria nel 1952. In quegli anni si dedica particolarmente a studi, pubblicazioni e convegni, interessandosi particolarmente alla psicopatologia, alla psichiatria fenomenologica e alla filosofia. Si deve infatti principalmente a Basaglia l'integrazione tra fenomenologia e psichiatria, presupposto teorico fondamentale per la rivoluzione psichiatrica da lui avviata. Infatti, seguendo un approccio fenomenologico, il medico psichiatra non si limita ad esaminare il paziente, che spesso presenta comportamenti e funzionamenti all'apparenza incomprensibili, soltanto da un punto di vista medico. Il professionista, infatti, ha il dovere di immedesimarsi nel paziente, di analizzarne contesto di riferimento, vissuto, cause e conseguenze delle sue azioni.

Nel 1953 sposa Franca Ongaro, scrittrice ed in seguito senatrice, che oltre a moglie sarà la sua più importante collaboratrice. Svolgerà infatti insieme a lui attività di ricerca e sperimentazione, arrivando a pubblicazioni che riportano il nome di entrambi.

Nel 1958 ottiene la libera docenza in Psichiatria, ma non ottenendo nessuna cattedra in quanto sostenitore di idee non in linea con la psichiatria dell'epoca, indirizzerà la propria carriera in modo diverso. Dunque, nel 1961, risultando vincitore del relativo concorso, diventerà direttore del manicomio di Gorizia. Questo manicomio si collocava in una cittadina nel confine tra Italia e Jugoslavia, che

all'epoca era simbolo del Blocco comunista, del confine tra Europa occidentale e orientale. Era il «più periferico, piccolo e insignificante di tutti i manicomi italiani», secondo quanto riportato da Antonio Slavich.<sup>35</sup>

L'aver assegnato proprio ad un rivoluzionario dal punto di vista ideologico come Franco Basaglia questo manicomio è un fatto degno di nota: lontano geograficamente, isolato, chiuso in un contesto dove un cambiamento risulterebbe quasi impossibile, irrilevante per la sua collocazione e dimensione, lontano anche dal mondo accademico. Il manicomio di Gorizia risulta quasi un esilio simbolico nei confronti di Basaglia. A complicare ulteriormente la situazione, per quanto riguarda i pazienti, erano ricoverate circa 600 persone, di cui due terzi di origine slovena e di cui circa la metà non parlava l'italiano come lingua madre. Circa 150 pazienti erano collocati in ospedale in seguito ad accordi di pace risalenti al dopoguerra. Per molti di loro, quindi, considerando anche la durata davvero molto estesa nel tempo di permanenza in ospedale, era difficile pensare alla dimissione. Lo stesso Basaglia, infatti, li definiva «malati inamovibili, non dimissibili, per i quali è necessaria una soluzione interna, essendo privi della minima prospettiva oltre lo spazio ospedaliero».<sup>36</sup>

Il manicomio di Gorizia, quindi, come qualsiasi altro manicomio, era un luogo di esclusione per tutti i "devianti" che non trovavano posto nella società. Ma, oltre a ciò, si aggiungeva il contesto politico e geografico svantaggiato in cui si collocava la città stessa. Come sostenuto da Slavich, appunto, era il manicomio italiano più insignificante.

Nonostante il contesto non promettesse bene, il manicomio di Gorizia divenne poi il più importante in Italia, simbolo della rivoluzione psichiatrica avviata da Franco Basaglia. Gli anni '60, infatti, costituiscono per l'Italia e per tutto il mondo Occidentale un periodo rivoluzionario sotto diversi punti di vista: ideologico, istituzionale, economico, industriale.

*Com'era inevitabile, la corsa alla modernità si ripercuoteva sulle obsolete e statiche istituzioni italiane, compreso l'antiquato sistema manicomiale. Per dirla con Basaglia, "non a caso l'esperienza di Gorizia si è verificata in un momento di trasformazione*

---

<sup>35</sup> Foot, John. *La repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*. Feltrinelli, 2014. pag. 111

<sup>36</sup> *ibidem*. pag. 13

*culturale ed economica che non poteva non coinvolgere anche l'organizzazione assistenziale".<sup>37</sup>*

La sua prima impressione all'ingresso in manicomio è piuttosto traumatica, gli ricorda l'esperienza in carcere, la segregazione, l'isolamento, ma a differenza del carcere, «ci sono medici, camici bianchi, infermieri come se si trattasse di un ospedale di cura. In realtà è solo un istituto di custodia.»<sup>38</sup> Come in tutti i manicomi, infatti, sono presenti sistemi di contenzione come gabbie, letti a cui legare i pazienti, separazioni tra i reparti che, oltre ad essere separati, erano perennemente chiusi a chiave. Le persone internate passavano la propria quotidianità molto spesso legate, o comunque senza la possibilità di svolgere alcun genere di attività, in quanto considerate pericolose per sé e per gli altri. In queste condizioni diventava chiaramente impensabile dimettere le persone, che erano ormai alienate dalla società non tanto per la malattia mentale, ma per il trattamento che subivano. Le "terapie" consistevano nell'elettroshock e in molti casi si ricorreva anche alla lobotomia, poi tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60 si cominciò a ricorrere anche ai farmaci antipsicotici.

Fin da subito Basaglia manifesta dissenso rispetto ai metodi di trattamento in uso presso l'ospedale psichiatrico. Al suo arrivo gli viene infatti presentato un documento giornaliero in merito alle misure di contenzione adottate, che lui in quanto direttore dovrebbe visionare e firmare, ma si rifiuta. Ritiene infatti di dover abbandonare misure coercitive, che vanno solo a cronicizzare la condizione dei pazienti, proprio perché violente, alienanti e umilianti. A seguire il suo approccio innovativo al trattamento e alla cura da adottare presso il manicomio avrà la moglie Franca Ongaro, e diversi altri colleghi, tra cui Antonio Slavich, che a sua volta continuò ad operare in altri manicomi italiani seguendo il modello adottato a Gorizia.

Seguendo l'esempio di altri esperimenti già svolti o in corso in altre parti d'Europa, come Villa 21 di Cooper, Basaglia e la sua équipe mettono in discussione il sistema manicomiale italiano, iniziando gradualmente ad aprire i reparti, a fare divulgazione e a documentarsi a loro volta sulle modalità di trattamento alternative già in corso di sperimentazione.

---

<sup>37</sup> Foot, John. *La repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*. Feltrinelli, 2014. pag. 14

<sup>38</sup> *ibidem*. pag.16

Fin dal suo ingresso in manicomio come direttore, Basaglia mette in discussione il funzionamento della istituzione. Qualsiasi istituzione nella nostra società è organizzata secondo una netta divisione dei ruoli, che nel caso del manicomio è estremizzata al punto da rendere i rapporti tra pazienti e personale addetto alla cura un rapporto di prevaricazione e violenza tra chi ha il potere e chi, invece, si trova ad essere internato. Nel manicomio, inoltre, questo tipo di prevaricazione si giustifica come una "necessità" volta a tutelare la società e il malato stesso.

In una società che voglia definirsi civile, è ovviamente impensabile legittimare qualsiasi forma di violenza. Diventa quindi necessario trovare una "giustificazione" ai rapporti di prevaricazione ancora presenti, come in questo caso quello tra psichiatra ed internato. La giustificazione si trova proprio nel fatto che tale rapporto si instaura in un contesto istituzionale in cui operano professionisti formati e socialmente legittimati ad agire con queste modalità, considerate prassi in un "rapporto terapeutico". L'inferiorità sociale delle persone internate in manicomio trova quindi una spiegazione "razionale" e le stesse persone che risiedono in manicomio interiorizzano un sentimento di inferiorità, arrivando a non considerare più l'ipotesi di poter ricevere trattamenti diversi.

L'internato, quindi, per non soccombere ad un sistema istituzionale che lo porterebbe ad alienarsi completamente dal resto del mondo, inizia ad identificarsi con l'istituzione e i suoi meccanismi. Questo processo di identificazione, come spiegato da Goffman, avviene in ogni istituzione totale, proprio per la caratteristica comune ad ognuna di internare le persone in un contesto "parallelo" rispetto alla realtà.

*Il punto decisivo di convergenza fra le teorie di Goffman e quelle di Basaglia risiede nella convinzione che l'istituzione totale, come un corpo materno, obblighi l'internato - pena la morte - a un processo di identificazione fra il sé e lo spazio che lo contiene. L'escluso perde i punti cardinali personali e, non potendo più accedere liberamente all'idea della propria identità né a quella del proprio corpo, si trasforma in un oggetto la cui nuova essenza corporea corrisponde a quella dell'istituzione che lo contiene.<sup>39</sup>*

Entrando in manicomio, quindi, ci si trovava davanti ad un contesto di internamento raccapricciante: persone legate, sporczia, reparti chiusi e rigidamente suddivisi su criteri di genere ma anche di malattia, "terapie" tramite elettroshock, routine sempre uguali di giorno in giorno e per tutti i pazienti.

---

<sup>39</sup> Guglielmi, Marina. Raccontare il manicomio: La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini. 2018.

Basaglia giunse a Gorizia insieme alla moglie e al primo collaboratore, Slavich. Fin dall'inizio ha ritenuto necessario abbandonare tutte le pratiche violente come la lobotomia e le contenzioni, fino ad eliminare l'impiego dell'elettroshock. I primi passi verso l'umanizzazione dell'istituzione manicomiale, fino a farlo diventare una comunità terapeutica, saranno l'apertura dei reparti e l'abbandono delle contenzioni, per permettere ai pazienti di interagire tra loro, con gli infermieri, con i medici, ma anche con l'ambiente in cui si trovano, avendo la possibilità di svolgere delle attività. In caso di necessità, quindi non come prassi, si iniziano ad usare gli psicofarmaci al posto di contenzioni ed elettroshock. A partire dall'abbandono di queste pratiche deumanizzanti, i pazienti ricominciano ad acquistare dignità, in primo luogo come persone, e di conseguenza iniziano anche un processo di ritorno alla "normalità", di abbandono della vita parallela rispetto alla realtà esterna che erano stati costretti a vivere fino a quel momento. Il cambiamento avviato da Basaglia necessitava di tempo, per le forti innovazioni che portava nella visione e nel trattamento della malattia mentale. Ma, allo stesso modo, richiedeva tempo anche per i pazienti stessi: dopo anni di internamento ed alienazione erano provati, timorosi dell'autorità che per loro erano stati i medici e gli infermieri, timorosi di varcare le soglie di quelli che erano stati per anni i muri entro cui si svolgeva qualsiasi attività della propria vita. L'internamento e la mancanza di libertà aveva inciso così tanto sui pazienti da rendere loro difficile il fatto di riprendersi i propri spazi, la propria libertà, come emerge chiaramente in un episodio citato da Domenico Casagrande, facente parte dell'èquipe di Basaglia:

*Il primo muro di cinta che è stato abbattuto...ricordo che, abbattuto questo muro, c'era un paziente che continuava a girare per il cortile non andando oltre il muro abbattuto finché piano piano ha incominciato a mettere un piede dall'altra parte e a guardarsi attorno ma non nella stessa giornata, in giornate successive finché ad un certo punto ha visto che andando al di là non succedeva niente e ha cominciato ad andare: è la riconquista della libertà però non può bastare, l'abbattimento del muro è un momento importante, è un simbolo che tutti colgono e la persona ricomincia a riconquistare il proprio spazio insieme ad altre cose.<sup>40</sup>*

La possibilità per ogni paziente di riacquisire la dignità in precedenza sottratta si manifestava in diversi aspetti della vita quotidiana e dell'espressione della propria personalità che, fuori da un'istituzione totale, sarebbero normali e scontati. I pazienti

---

<sup>40</sup> Intervista a Domenico Casagrande. Consultato il 12.12.23  
reperibile in <https://micheleloreto.blogspot.com/>

potevano iniziare ad indossare abiti propri, invece della divisa, potevano farsi crescere i capelli, prima rasati a chiunque, potevano uscire in giardino, alternare sonno e veglia secondo i propri orari, quando prima in manicomio gli orari di riposo erano rigidamente stabiliti tra le 18 e le 5.30 del mattino, potevano interagire, consultare il medico e prendere sempre più decisioni, nel rispetto della propria autodeterminazione. Inoltre, in base alla legge Giolitti del 1904, Basaglia dimise i pazienti che potevano uscire e, per gli altri, si adoperò per programmare uscite giornaliere e la possibilità di rivedere anche la propria famiglia.

#### **4.2 Da manicomio a comunità terapeutica, verso la valorizzazione dell'autodeterminazione dei pazienti**

Un po' alla volta l'istituzione di Gorizia passò dall'essere un manicomio all'essere una comunità terapeutica, una sorta di "villaggio" all'interno della città, sempre separato da essa ma non più isolato. Era stato inaugurato, per esempio, un bar aperto sia ai pazienti che ai cittadini di Gorizia, in cui sarebbe stato difficile riconoscere i "matti" dagli infermieri, che avevano a loro volta smesso di indossare la divisa. Oltre al bar, era stato aperto anche un parrucchiere, in modo che i pazienti potessero lavorare e ricevere un vero riconoscimento per il loro lavoro, ovvero una busta paga. I pazienti potevano lavorare anche nella cura dei giardini, in segreteria, occuparsi della gestione degli spazi dedicati al tempo libero. Erano infatti presenti un campo da calcio, un circolo con tavoli da ping pong, sale con televisori e radio, una biblioteca. Dal 1962, poco dopo l'arrivo di Basaglia, era anche stato istituito il periodico "Il Picchio", curato da pazienti, infermieri e medici, in cui si riportavano le innovazioni all'interno del manicomio, desideri e speranze per il futuro, riflessioni sul significato della malattia mentale. Nel periodico venivano inoltre verbalizzate le assemblee, fulcro della quotidianità della comunità terapeutica che si stava costituendo.

Infatti, con l'obiettivo di attuare una riforma che davvero potesse eliminare il sistema alienante dei manicomi in favore di una comunità terapeutica e di forme di trattamento in cui l'autodeterminazione e la dignità della persona fossero al primo posto, Basaglia e la sua équipe si riunivano molto frequentemente allo scopo di confrontarsi, portare idee, discutere l'andamento della situazione. Gradualmente, a queste assemblee cominciarono a partecipare anche i pazienti, fino ad arrivare al coinvolgimento di familiari, volontari, ma anche conoscenti dei degenti, giornalisti,

aspiranti psichiatri. In queste assemblee si costituiva uno spazio autogestito, in cui venivano messe da parte le gerarchie in favore di una libertà di espressione che potesse appartenere a tutti, con pari dignità. La possibilità di partecipazione e di espressione era assolutamente innovativa all'interno di un'istituzione totale, dove in precedenza tutto ciò non era consentito ai pazienti, ma nemmeno al personale, che operava secondo una prassi obsoleta ma che pareva indiscutibile. Le prime assemblee si rivelarono un po' confusionarie, proprio perché costituivano una modalità di lavoro e confronto innovativa. Nel corso del tempo presero una forma sempre più definita, diventando uno spazio di discussione aperto a tutti, dove le aspirazioni ai cambiamenti potevano davvero essere accolte. Era un momento in cui i pazienti potevano "mettere da parte" la propria malattia mentale, essendo identificati, nei loro interventi, come partecipanti e non prettamente come malati. Alcuni potevano essere anche elementi disturbanti, che potevano far perdere il focus dell'argomento che si stava trattando. Ma per Basaglia anche questo costituiva un segnale positivo di ribellione, di inizio di un processo di cambiamento in cui anche i pazienti più "gravi" potessero iniziare a prendere parola e manifestare il proprio pensiero, con pari dignità rispetto a qualsiasi altra persona.

Durante le assemblee si prendevano decisioni, anche su votazione rispetto al funzionamento del manicomio, poi si verbalizzava quanto discusso. I pazienti venivano valorizzati sempre di più come persone, più che come pazienti di un manicomio. A loro venivano infatti affidate sempre più responsabilità reali, ad alcuni comprese anche quelle economiche e finanziarie. Si discuteva quindi rispetto al salario dei pazienti, a cui per la prima volta veniva riconosciuta la capacità di lavorare e di conseguenza una paga. Si decidevano insieme le gite, ma si discuteva anche della possibilità di uscire dall'istituzione stessa e rientrare nella società. Si parlava dell'apertura dei reparti ancora chiusi, che ospitavano persone con situazioni più complesse. Si parlava di cosa fosse la malattia mentale, di come fossero stabiliti i parametri per distinguere follia e normalità, di come si finisse in manicomio e perché. Ma soprattutto, i pazienti iniziavano ad interrogarsi su chi fossero, riprendendo la propria identità e la propria autodeterminazione, arrivando a considerarsi ed essere considerati prima di tutto come persone, piuttosto che come malati. Riprendendo la propria vita, le persone all'interno del manicomio, ricominciavano anche a riacquisire ruoli e status che erano stati loro tolti: tornavano ad essere cittadini, con responsabilità e diritti. Dimostravano di essere persone come

tutti gli altri all'esterno, di poter avere consapevolezza di sé stessi, di decidere per il proprio futuro, di potersi gestire come persone e come comunità. Le assemblee quindi, oltre ad essere una rivoluzione nel contesto dei manicomi, erano una terapia, in cui però i basagliani vedevano un limite: era sempre tutto all'interno del contesto del manicomio.<sup>41</sup>

Il manicomio di Gorizia, per le innovazioni che stava apportando, stava diventando sempre più conosciuto nel contesto italiano, ma non solo. Per la diffusione delle nuove idee e trattamenti promossi da Basaglia e la sua équipe il 1965 fu un anno fondamentale. Nel corso del 1965, infatti, si aggiunsero diversi professionisti nell'equipe: Lucio Schittar, Agostino Pirella, Domenico Casagrande, i coniugi Jervis. Furono tutti importanti collaboratori con un ruolo fondamentale anche dopo il periodo di Basaglia a Gorizia, continuando ad attuare principi e metodi della rivoluzione psichiatrica anche altrove. In circa tre anni il manicomio di Gorizia stava diventando un punto di riferimento nazionale, con un'équipe sempre più ampia e connotata da professionisti di rilievo. Diversi professionisti, volontari, ma anche giornalisti e l'opinione pubblica cominciarono ad interessarsi ad un manicomio di frontiera che fino a poco prima era stato soltanto un luogo di alienazione ed esclusione dimenticato da tutti. Gli stessi cittadini di Gorizia, fino a poco prima, avevano vissuto ignorando l'esistenza del manicomio. Ora prendevano coscienza della rivoluzione psichiatrica che stava avvenendo proprio vicino casa loro.

Il 1965 fu un anno importante non solo per il manicomio di Gorizia, ma in generale per tutta la riforma psichiatrica. In seguito ad un congresso del 1964 tenutosi a Bologna, intitolato "Processo al manicomio", l'opinione pubblica iniziò a discutere rispetto alle condizioni e ai metodi del manicomio. Nello stesso periodo usciva un libro intitolato "Manicomio come lager", del giornalista e storico Angelo Del Boca, in cui si trovava anche un'intervista al Ministro della Sanità Luigi Mariotti. La riforma psichiatrica aveva quindi un impatto ideologico così importante da non poter essere ignorata nemmeno a livello politico.

Il Ministro della Sanità Luigi Mariotti, infatti, appartenente al partito socialista, avviò un dibattito che verteva verso una riforma psichiatrica, vista la necessità di rivedere la legge del 1904, ormai obsoleta. Mariotti, sostenendo la posizione di Del Boca, associò la condizione dei malati nei manicomi italiani alla condizione drammatica dei

---

<sup>41</sup> Foot, John. *La repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*. Feltrinelli, 2014. pag. 115

lager nella Seconda Guerra Mondiale, per le modalità di operare oppressive, violente e segreganti che li accomunavano. Il paragone, essendo molto forte, vista anche la vicinanza temporale con la fine della Seconda Guerra Mondiale, che la maggior parte delle persone ricordava molto bene, essendo anche veritiero, fece effetto sull'opinione pubblica. Si prese coscienza di ciò che in manicomio era ordinaria quotidianità: contenzioni e torture, con l'unica differenza di essere inflitte sotto la denominazione di "terapia", omologazione e depersonalizzazione tramite l'uso di divise uguali per tutti e la decisione di rasare a tutti i capelli, l'impossibilità di uscire e l'obbligo, per tutti gli internati, di attenersi ad una routine uguale per tutti, senza la possibilità di svolgere alcun genere di attività. L'obiettivo era chiaramente internare ed isolare le persone dalla società, ma anche tra di loro, renderle esseri invisibili e fare in modo che non recassero disturbo e pericolo al resto della società. Sicuramente gli obiettivi del manicomio non erano il benessere e il recupero della persona, in un'ottica di miglioramento e ripresa della propria autonomia e autodeterminazione, nel maggior grado possibile. Basaglia e la sua équipe stavano invece dimostrando come i malati mentali fossero persone con una dignità e capacità di aderire ad un progetto di terapia che, essendo valorizzate e trattate con rispetto, potevano uscire dal manicomio e avere una vita normale.

*L'incidente del caso Miklus, punto cruciale nella progressione o nella regressione della rivoluzione psichiatrica*

All'apice del movimento rivoluzionario dei basagliani, ma anche di tutte le rivoluzioni sociali che hanno connotato il '68, avvenne un incidente nella comunità goriziana, che, riprendendo le parole di Franco e Franca Basaglia,

*[...] in una realtà in rovesciamento, dove un passo falso o un errore possono confermare - agli occhi dell'opinione pubblica - l'impossibilità di un'azione che rivela apertamente le sue falle e le sue incertezze, mentre ogni altra realtà istituzionale si premunisce di nasconderle, ciascuna sotto la propria ideologia.<sup>42</sup>*

Infatti, all'interno di un contesto così rivoluzionario e anticonformista, un qualsiasi intoppo come un suicidio o un atto di violenza sarebbe stato usato come argomentazione contro un'istituzione che è uscita troppo dagli schemi, che ha avuto un'ambizione troppo alta. Fu ciò che accadde in seguito ad un fatto di cronaca che

---

<sup>42</sup> Basaglia, Franco, et al. *L'istituzione negata*. 3. ed, G. Einaudi, 1968. pag. 362

vedeva come protagonista Giovanni Miklus, un paziente della comunità di Gorizia. L'incidente ebbe una fortissima diffusione mediatica, proprio perché avvenuto nel contesto di un manicomio che stava attuando riforme importanti, eliminando la segregazione dei malati e, quindi, per l'opinione pubblica antibasagliana, mettendo in pericolo la società.

Miklus era un bracciante agricolo, di origine jugoslava, sposato e con tre figli. Era stato partigiano per tre anni durante la guerra, e alla fine di essa aveva ricevuto dei ricatti. Da questi episodi, aveva iniziato a manifestare segni di malattia, arrivando ad essere internato nel manicomio di Gorizia nel 1951 per tentato suicidio, subendo vari elettroshock. Miklus attribuiva alla moglie la responsabilità per il suo internamento, arrivando a minacciarla in diverse occasioni. Riteneva di non essere malato, per questo motivo aveva tentato la fuga dal manicomio varie volte. Era ricoverato nell'ultimo reparto rimasto chiuso nel periodo basagliano, il reparto C, oggetto di continuo dibattito in quanto ospitava i pazienti più "complessi". Erano stati finalmente aperti nel 1967 e Miklus, nel periodo basagliano, aveva finalmente cominciato a dare segni di miglioramento nella propria condizione psichica, arrivando anche a partecipare alle assemblee. Proprio per questo, nell'autunno del '68, i medici e la comunità del manicomio concordarono nel fargli riprendere contatto con la famiglia. La mattina del 26 settembre 1968 venne quindi accompagnato a casa da un infermiere, che sarebbe tornato a prenderlo alla sera. Una volta a casa, mentre i figli non erano presenti, approfittando dell'essere rimasto solo con la moglie, la uccise a martellate per poi fuggire nel bosco. L'eco mediatica fu subito fortissima: un "matto" circolava liberamente, mettendo in pericolo l'intera società. Ne parlavano i giornali di tutta la nazione, ma in particolare "Il Piccolo", giornale dell'area goriziana, definiva questo caso "un incubo" che aveva suscitato nella comunità "autentiche ore di terrore".

Per le ricerche, rese difficili per l'area boschiva e ricca di trincee, vennero impiegate moltissime pattuglie, istituendo posti di blocco e contattando anche le autorità jugoslave. La mattina del 28 settembre, l'uomo venne trovato vivo nel bosco, in stato confusionale. Trascorse un periodo nel carcere di Gorizia, poi si decise di recluderlo nel manicomio criminale di Reggio Emilia. Al processo venne infatti ritenuto non imputabile per vizio totale di mente.

In seguito al delitto si scatenarono diversi attacchi nei confronti di basaglia e di tutta l'équipe. Se Miklus era infatti noto per essere socialmente pericoloso, ma non

imputabile in quanto malato di mente, a chi si doveva imputare la responsabilità di questo fatto? Attraverso questi interrogativi, si arrivò ad imputare la responsabilità del delitto all'èquipe basagliana, colpevole di aver rimesso in libertà, sebbene temporanea, una persona pericolosa per la società, eliminando le contenzioni necessarie, secondo l'opinione pubblica, per una persona così violenta ed imprevedibile. Inoltre, come in casi simili per categorie sociali stigmatizzate, l'opinione pubblica attuò una generalizzazione dell'intera categoria dei "malati mentali" internati in manicomio: elementi imprevedibili, dunque per questo motivo socialmente pericolosi, da isolare dalla società e contenere perché non facessero male agli altri e a sé stessi. Fu un periodo difficile per l'èquipe di Gorizia, che si trovò ad affrontare una fortissima gogna mediatica e a dover rimettere in discussione il lavoro svolto fino a quel momento. Basaglia arrivò a sostenere la necessità di concludere l'esperimento di Gorizia, ma fortunatamente non arrivò a questo punto. L'incidente provocato dal caso di Miklus portò conseguenze anche all'interno della stessa comunità terapeutica. Ci volle infatti tempo prima che, nelle assemblee generali, si riuscisse ad affrontare l'argomento. Sembrava che, simbolicamente, si fosse stabilito il fallimento dell'intero esperimento goriziano, generalizzando su tutti i pazienti, anziché fermandosi sul singolo individuo.

L'impatto dell'accaduto arrivò al punto da non fermarsi ad una discussione ideologica con un forte impatto mediatico, ma coinvolse anche lo Stato, nel tentativo di responsabilizzare qualcuno per questo fatto, visto che Miklus non era imputabile. Lo Stato e la società quindi, per sentirsi in qualche modo deresponsabilizzati, avevano bisogno di un capro espiatorio, qualcuno che avesse la colpa di aver permesso a un "matto" di uscire e mettere in pericolo la gente. "Il Piccolo" auspicava dei "provvedimenti dell'autorità giudiziaria", che non tardarono ad arrivare. Infatti, il 13 ottobre 1968, Franco Basaglia diventò ufficialmente indagato per omicidio colposo e venne interrogato dal procuratore di Gorizia. Inizialmente le imputazioni vennero confermate, sebbene al momento dei fatti Basaglia non fosse nemmeno in Italia. Era evidentemente indagato per le pratiche innovative da lui introdotte in manicomio, più che per il fatto stesso. Venne coinvolto anche Antonio Slavich, con l'accusa di aver costituito una parte decisiva nell'assemblea generale che aveva autorizzato l'uscita di Miklus. Simbolicamente, questo processo rappresentava un attacco diretto a tutto il movimento iniziato da Basaglia nella rivoluzione del sistema psichiatrico. L'istruttoria andò avanti a lungo e il processo pareva incentrato più su una questione

ideologica, viste anche le scarse prove raccolte nell'imputazione di Basaglia e Slavich. Di fatto, sostenendo la pericolosità sociale di Miklus, la propaganda politica che si era sviluppata attorno al processo era arrivata a sostenere che tutti i pazienti, al pari di Miklus, erano socialmente pericolosi. L'esperimento basagliano era quindi un enorme azzardo, da cui si doveva tornare indietro e riprendere a segregare a vita i pazienti.

L'indagine andò avanti per un paio di anni, finché nel gennaio del 1971 il pubblico ministero chiese che Basaglia e Slavich venissero processati per "cooperazione in omicidio colposo". A maggio il giudice istruttore prosciolsse Basaglia, poiché assente al momento della decisione, Slavich invece venne rimandato a giudizio.

Il processo di Slavich per omicidio colposo avvenne a Gorizia nel febbraio del 1972, quando ormai erano passati tre anni e mezzo dal delitto. Il processo fu molto veloce, solo due giorni. Slavich era stato accusato di «inosservanza di legge, negligenza e imperizia professionale, per aver disposto la dimissione "in esperimento" dall'ospedale psichiatrico», ma l'accusa era debole e Slavich imputato solo perché stretto collaboratore di Basaglia. Fu infatti dichiarato non colpevole «per non aver commesso il fatto», di cui solo Miklus avrebbe dovuto rispondere, quindi venne assolto con formula piena.<sup>43</sup>

Dall'epilogo e dallo svolgimento del processo appaiono evidenti le cause politiche ed ideologiche che hanno mosso l'accusa contro Basaglia e Slavich, "colpevoli" di aver tolto dallo stato di segregazione ed esclusione delle persone che non avrebbero potuto stare nella società di persone "normali". La stigmatizzazione verso la malattia mentale, nonostante il movimento dell'antipsichiatria, l'esperimento basagliano, le altre comunità terapeutiche in giro per l'Europa era ancora molto forte. Il contesto italiano, ma non solo, non era ancora pronto per una rivoluzione che arrivasse alla completa de-istituzionalizzazione dei malati mentali. Qualche anno dopo, infatti, con la legge Basaglia, si stabilì la chiusura dei manicomi, ma perché venisse effettivamente applicata ci sono voluti un paio di decenni.

A Gorizia, in particolare, la gogna mediatica fu particolarmente forte, vista la vicinanza territoriale. "Il Piccolo", fino a prima, aveva sempre ignorato l'esperimento basagliano, ma in seguito al "caso Miklus" iniziò una campagna aggressiva nei confronti di Basaglia, dell'équipe e dei nuovi metodi da loro applicati. L'opinione

---

<sup>43</sup> Foot, John. *La repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*. Feltrinelli, 2014.

pubblica, a Gorizia fortemente di destra e con un'importante presenza neofascista, criticava la libertà di cui godevano i pazienti del manicomio, generalizzando ognuno di essi come soggetto pericoloso, impossibile da curare, non degno di vivere in società. Veniva fomentato terrore nei confronti del manicomio e degli "alienati", alimentando anche il timore che avvenisse nuovamente un caso come quello di Miklus. Gli attacchi persistenti ed esagerati spinsero Basaglia ad inviare una lettera di protesta e a far notare come nei manicomi italiani tradizionali delitti, suicidi e altri atti di violenza fossero all'ordine del giorno proprio per l'exasperazione che vivevano i pazienti a causa del sistema punitivo e segregante a cui erano costretti.

*Dopo Gorizia: la riforma psichiatrica continua, fino alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Trieste*

In seguito al caso Miklus, l'équipe di Gorizia incontrava sempre più ostacoli nel proprio lavoro, a causa delle avversità verso il loro operato da parte dell'amministrazione locale. Anche gli stessi membri dell'équipe, vista la situazione, faticavano a riportare la situazione come in precedenza. La comunità terapeutica, a causa delle tensioni sia interne sia provenienti dall'esterno, cominciava una fase di declino. Nel contesto italiano, nonostante tutto, per la riforma che aveva apportato dal punto di vista della psichiatria, rimaneva un importante punto di riferimento. Franco Basaglia, la moglie Franca Ongaro, ma anche altri membri dell'équipe tra cui Schittar, Slavich e i coniugi Jervis avevano lasciato Gorizia nel 1969. Restava Domenico Casagrande a dirigere la comunità terapeutica, ma a causa del rifiuto da parte della Provincia ad aprire i Centri di Igiene Mentale (istituiti in quel periodo con la legge Mariotti), si stava tornando indietro rispetto ai progressi fatti nella deistituzionalizzazione dei malati. La comunità terapeutica costituiva infatti un controsenso rispetto agli ideali di Basaglia e tutta l'équipe: si volevano chiudere i manicomi e porre fine all'istituzionalizzazione, ma le persone continuavano a risiedere in un contesto separato dal resto della società.

Essendo però il modello costituito a Gorizia rimasto un punto di riferimento, i membri dell'équipe di Basaglia si erano sparsi negli altri manicomi italiani, continuando a portare avanti la riforma psichiatrica avviata. Basaglia era stato chiamato a dirigere il

manicomio di Colorno, in provincia di Parma, che aveva rapidamente accolto la riforma psichiatrica, grazie al favore dell'amministrazione provinciale.<sup>44</sup>

In seguito, nel 1971, Basaglia era arrivato a dirigere il manicomio di Trieste, un'istituzione rimasta indifferente alla riforma psichiatrica. A Trieste trovava pieno appoggio politico da parte del Presidente della Provincia, Michele Zanetti. In soli tre anni, nel 1974, a Trieste erano stati raggiunti gli obiettivi e i risultati che a Gorizia avevano richiesto quasi un decennio: erano stati aperti i reparti, abbandonate le contenzioni, "terapie" e trattamenti violenti aboliti. Oltre a ciò, si era dato valore ai malati in quanto persone, permettendo loro di esercitare le proprie capacità e competenze: erano state infatti istituite delle cooperative che permettessero loro di lavorare. Basaglia sosteneva fortemente la necessità del lavoro come mezzo, ma anche terapia, per rientrare a pieno titolo nella società: era utile a riacquisire autonomia, autogestire la propria vita quotidiana, potersi concretamente sostenere dal punto di vista economico. L'ospedale nel frattempo stava gradualmente chiudendo: un po' alla volta i pazienti venivano dislocati in alloggi sovvenzionati o in spazi comunitari, dove appunto vivevano come persone "normali" e non come degenti.

A Trieste questi cambiamenti venivano accolti con un'apertura mentale nettamente maggiore: era una città universitaria, multietnica, con diversi professionisti. Costituiva certamente un contesto ideale ai cambiamenti sociali che stavano avvenendo in quel periodo da diversi punti di vista.

Il progresso nella riforma psichiatrica a Trieste ha portato rapidamente all'obiettivo finale del lavoro di Basaglia: l'ospedale è stato infatti chiuso alla fine del 1977. I pazienti che necessitavano di un ricovero potevano finalmente ricevere assistenza sanitaria in un ospedale civile, solamente per il tempo necessario.

L'ospedale psichiatrico di Trieste è stato il primo ad essere chiuso, dando un'ulteriore "spinta" a livello legislativo verso la successiva legge 180/78.

### **4.3 Primi passi in direzione della deistituzionalizzazione: la legge 431/68, nota anche come legge Mariotti**

La rivoluzione avviata da Franco Basaglia insieme ai suoi collaboratori, partita dal manicomio di Gorizia, un'istituzione di frontiera altrimenti destinata ad essere un

---

<sup>44</sup> Foot, John. *La repubblica dei matti: Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978*. Feltrinelli, 2014. pag. 305

luogo di internamento ed alienazione, dimenticato dalla società, era arrivata ad una risonanza tale da non poter più essere ignorata a livello politico. La legge n. 36 del 1904 risultava ormai obsoleta, visto che si era dimostrato come gli “alienati” potessero in realtà avere la possibilità di un recupero e di riacquisire una vita normale attraverso dei trattamenti che non fossero segregazione, misure di contenzione, elettroshock ed altre pratiche fortunatamente cadute in disuso. Anzi, erano proprio queste modalità di trattamento ad accentuare la malattia mentale, alimentando un circolo vizioso per cui la persona non migliorava (spesso peggiorava), si riteneva quindi necessario continuare l'internamento e l'uso di pratiche di contenzione, che a loro volta peggioravano ulteriormente la situazione. La messa in discussione di come si era trattata la malattia mentale fino ad allora non poteva essere ignorata dalla politica, anche visto il periodo di rivoluzione e cambiamento grazie ai movimenti del '68. La legge 180/78 (o legge Basaglia) è infatti il culmine della rivoluzione nel trattamento della malattia mentale, ma, come tutte le rivoluzioni, tutti i punti di svolta, è il risultato di un periodo di cambiamenti, usanze messe in discussione, persone che hanno deciso di andare controcorrente, primi tentativi di cambiamento dal punto di vista legislativo.

Nel 1968, infatti, si era già arrivati ad una parziale revisione della normativa prevista dalla legge n. 36 del 1904, grazie alla legge n. 431, nota anche come legge Mariotti. Le più rilevanti innovazioni apportate, dal punto di vista del malato mentale, sono, innanzi tutto ricavabili dall'articolo 4:

*L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità.<sup>45</sup>*

Questo comporta una novità fondamentale per il malato mentale: la possibilità di effettuare un ricovero su base volontaria in Ospedale Psichiatrico, senza che questo comporti la perdita dei diritti civili e l'internamento in una struttura separata ed isolata dagli altri pazienti. Tale novità era valida per chi appunto ricorreva ad un ricovero volontario, ai sensi dell'art. 4, non per chi le cure le riceveva in modo coatto.

La possibilità di ricorrere ad un ricovero volontario costituisce una novità fondamentale nella visione del malato mentale: si assume che la persona sia in

---

<sup>45</sup> Art. 4, legge 18 marzo 1968 n. 431, in materia di Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968

grado di autodeterminarsi ed avere autocoscienza, anche in caso di malattia mentale, per poter decidere autonomamente di sottoporsi a delle cure. Infatti prima il ricovero avveniva in modo coatto solo ed esclusivamente su istanza di terzi, proprio perché la persona non era considerata capace di provvedere a sé stessa.

Un'altra novità è l'apertura dei Centri di Igiene Mentale, che rappresentano il primo luogo formalmente riconosciuto per ricevere cure psichiatriche fuori dalle mura del manicomio. Erano le strutture che, dal 1978, hanno preso l'attuale denominazione di Centri di Salute Mentale. L'apertura dei CIM segna un primo punto di partenza per il trattamento della salute mentale all'interno di un servizio comunitario.

Lo Stato, inoltre, si prendeva carico finanziariamente del budget necessario per il personale medico e psicologico, con l'istituzione di équipes organizzate per ricoprire tutti i ruoli necessari individuati, ai sensi dell'art. 5, che regola il Concorso dello Stato nelle spese degli enti pubblici per l'assistenza psichiatrica e delle province:

*Lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle province e agli enti da cui dipendano ospedali psichiatrici, per l'assunzione delle nuove unità di medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali [...]»<sup>46</sup>*

Si pensa poi anche alla questione del sovraffollamento, che, oltre ad essere un problema pratico di spazi e personale, va a ledere la possibilità di vivere in condizioni dignitose. All'art. 1 si stabilisce che:

*Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto.<sup>47</sup>*

E, oltre a ciò, si stabiliva per la prima volta una regola sulla proporzione tra personale e pazienti, che potesse garantire alle persone ammalate di poter essere seguite con più attenzione e con cure più attente all'individualità, non standardizzate. Si stabiliscono inoltre le figure professionali necessarie per il funzionamento di un ospedale psichiatrico, accentuando l'attenzione che si pone sempre di più sulla necessità di fornire cure specifiche ed adeguate. Tali novità sono stabilite dall'art. 2:

*Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.*

---

<sup>46</sup> art.5, legge 18 marzo 1968 n. 431, in materia di Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968

<sup>47</sup> art.1, legge 18 marzo 1968 n. 431, in materia di Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968

*L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per una assistenza sanitaria, specializzata e sociale. Tale personale è assunto per pubblico concorso. Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti letto.<sup>48</sup>*

Questa legge rappresenta un punto di partenza verso quella che sarà una svolta nell'ambito della malattia mentale: si passa da un'ottica custodialistica ad un'ottica di cura. Il progressivo abbandono della custodia del malato mentale, che avveniva in manicomio attraverso il suo internamento, è sancito dall'apertura dei CIM. Essi rappresentano appunto la prima struttura in cui malattia mentale può essere trattata da figure professionali specifiche al di fuori del manicomio. Era un servizio, come ora, presente sul territorio, non un luogo chiuso ed isolato dalla società come il manicomio. Al suo interno, oltre a fornire cure, anche tramite gli psicofarmaci che iniziano a diffondersi in quel periodo, si fanno anche attività di prevenzione.

La legge Mariotti va anche ad abrogare l'art. 604 del Codice di Procedura Penale, che stabiliva l'iscrizione del malato mentale al casellario giudiziario. Anche questo sancisce un chiaro segnale di cambiamento nella visione della malattia mentale: il malato mentale non è più da segnare come un soggetto pericoloso, ma una persona che necessita di cure e sostegno.

La legge Mariotti avviò quindi un primo cambiamento contro la de-umanizzazione che subivano i malati psichiatrici nelle istituzioni totali. Soprattutto a livello di relazioni e trattamenti, con il raggiungimento tramite assunzioni per concorso pubblico si arrivò ad avere un infermiere ogni tre pazienti. All'inizio degli anni '70 iniziò ad esserci anche la figura dell'assistente sociale, anche se non è ancora presente il relativo albo professionale.

I cambiamenti apportati dalla legge Mariotti andavano nella direzione della rivoluzione psichiatrica in corso ormai in diversi contesti manicomiali italiani, oltre a Gorizia. Ma per una piena attuazione degli ideali rivoluzionari in ambito psichiatrico era necessario un passaggio ulteriore: chiudere le istituzioni che avevano causato l'esclusione sociale dei malati mentali, i manicomi. Per arrivare a questo sono serviti altri dieci anni.

---

<sup>48</sup> art.2, legge 18 marzo 1968 n. 431, in materia di Provvidenze per l'assistenza psichiatrica, Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968

#### **4.4 Verso la completa deistituzionalizzazione. La legge 180/78 stabilisce definitivamente la chiusura dei manicomi**

In seguito ai dibattiti avviati nel corso del decennio precedente, si stava manifestando una posizione sempre più antagonista nei confronti dei manicomi e della legge n. 36/1904, per cui l'opinione pubblica esercitava pressioni sempre più forti perché si prendessero provvedimenti in questo ambito. Il Partito radicale aveva avviato una campagna contro la legge del 1904, raccogliendo 700.000 firme, per cui, se si fosse arrivati ad un referendum abrogativo, ci sarebbe stato un vuoto legislativo.<sup>49</sup>

Nella Commissione sanità si discusse quindi per un cambiamento, in cui venne coinvolto Basaglia stesso, ma anche altri psichiatri moderati e organizzazioni professionali.

Il 13 maggio 1978 viene emanata la legge n. 180, recante le disposizioni in merito ad "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", pilastro fondamentale nell'ambito della psichiatria in Italia, in seguito inclusa all'interno della legge 833/78, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Questa legge, nota anche come legge Basaglia, sancisce l'importanza fondamentale della tutela della salute mentale, in passato non equiparata all'importanza della salute fisica. Si rivela fondamentale nella lotta allo stigma sociale che, imponendosi sulle modalità di trattamento della persona, può davvero impattare negativamente nel suo percorso di terapia. Si riconosce inoltre pari dignità ad ogni persona, attribuendo ad ogni individuo la capacità di autodeterminarsi.

Di fatto, però, nel contesto italiano molti manicomi avevano continuato ad operare in modo "tradizionale", come se la rivoluzione psichiatrica avviata altrove non ci fosse mai stata. La legge costituiva un'innovazione importante a livello ideologico, ma risultava di difficile applicazione. Per esempio, ci sono voluti diversi decenni perché tutti i manicomi venissero definitivamente chiusi davvero. In ogni caso, nonostante le resistenze all'applicazione di questa legge (ed in seguito della legge 833/78), non sono più sorti nuovi manicomi, mentre i pazienti in quelli già esistenti cominciavano ad essere visti effettivamente come pazienti, non solo internati. In quanto pazienti, avevano quindi diritti e responsabilità, oltre a, come stabilito dalla nuova legge, poter

---

<sup>49</sup> Foot, John. La repubblica dei matti : Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978. Feltrinelli, 2014. pag. 282

autodeterminarsi nella scelta degli accertamenti e dei trattamenti sanitari, obbligatori solo in via eccezionale.

Concretamente, la legge 180 contiene 11 articoli, di cui i primi 9 sono stati inglobati nella successiva legge 833/78.

Nei primi articoli si regolano gli accertamenti e i trattamenti sanitari, che vengono definiti volontari. La loro obbligatorietà diventa quindi una circostanza eccezionale, regolata nelle motivazioni e nelle modalità dalla presente legge. Si stabilisce che

*possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.<sup>50</sup>*

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori possono essere richiesti dal Sindaco, su istanza motivata del medico, nei casi in cui si sia accertato che la persona non sia effettivamente in grado di provvedere al meglio alle proprie necessità e alla cura di sé. Ma, nonostante l'obbligo, si deve tenere in considerazione l'opinione della persona e ricercarne il più possibile il consenso. Nel caso di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale, si dispone la possibilità di effettuare tali prestazioni in un contesto ospedaliero

*solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.<sup>51</sup>*

Gli articoli 1 e 2 vanno quindi a sottolineare come l'autodeterminazione della persona sia un principio fondamentale da tenere in considerazione, anche in caso di alterazione di giudizio nella persona. L'obbligatorietà può essere prescritta solo in circostanze eccezionali, con l'obiettivo di salvaguardare gli interessi della persona per cui si dispone un accertamento o un trattamento sanitario. Sempre nell'ottica di valorizzare l'autodeterminazione della persona e la sua dignità, si stabilisce all'art. 4 che ognuno possa richiedere, in qualsiasi momento, la revoca o la modifica del provvedimento che prescrive l'accertamento o il trattamento sanitario.

---

<sup>50</sup> art.1, legge 13 maggio 1978 n. 180, in materia di Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978

<sup>51</sup> art.2, legge 13 maggio 1978 n. 180, in materia di Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978

Per quanto innovativa, dal punto di vista ideologico, la legge 180 ha presentato delle criticità nell'applicazione al contesto italiano. Il ricorso a trattamento sanitario obbligatorio e la gestione degli ospedali erano infatti una questione di competenza delle singole amministrazioni locali. Per cui, dagli anni '80 fino agli anni 2000 l'Italia non ha avuto un modello unitario per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica.<sup>52</sup> Se da una parte, infatti, si potevano trovare contesti di eccellenza nell'assistenza psichiatrica, dall'altra si potevano ancora incontrare realtà che di fatto continuavano ad operare come i manicomi tradizionali.

Nonostante la lentezza dei cambiamenti, la legge 180, successivamente inclusa nella legge 833, ha comunque costituito un passaggio importante. Il ruolo fondamentale è stato proprio il costituire dei principi di parità tra i malati mentali e il resto della società di persone "sane". I malati di mente venivano finalmente considerati persone con diritti civili che non potevano essere loro tolti: il diritto di voto, il diritto di decidere sull'assistenza socio-sanitaria da ricevere, il diritto di vivere la propria vita senza essere chiusi in un'istituzione che li isola dalla società. Nonostante la chiusura completa dei manicomi abbia richiesto molto tempo, con la legge 180 si era stabilita chiaramente la loro estinzione futura. Non si consentiva l'inizio di nuovi ricoveri a lungo termine, anche se poi di fatto ci sono state delle proroghe speciali. In ogni caso, però, i nuovi ricoveri hanno costituito circostanze eccezionali. Inoltre, punto fondamentale per l'applicazione nella legge negli anni successivi, non sono stati costruiti nuovi manicomi.

La legge 180 era quindi una legge debole, che di fatto non "ufficializzava" completamente la riforma psichiatrica già in corso in diversi manicomi italiani. Ma comunque, dal punto di vista ideologico, ha costituito un punto di partenza nell'apertura di un dibattito sia a livello politico che sociale sulla necessità di rivedere leggi e metodi della psichiatria.

Nei decenni successivi, fino agli anni 2000, si sono susseguite varie riforme, a partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in tutto il funzionamento dei servizi socio-assistenziali, fino ad arrivare all'offerta che conosciamo oggi.

---

<sup>52</sup> Foot, John. La repubblica dei matti : Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978. Feltrinelli, 2014. pag. 284

## **V. Il percorso verso l'attuale offerta socioassistenziale e la formazione dei servizi dedicati alla salute mentale**

L'attuale offerta dei servizi socioassistenziali per la salute mentale si basa, per quanto riguarda i principi di riferimento, sulla legge 180 e i cambiamenti culturali e sociali che hanno portato alla promulgazione di questa legge. Aveva finalmente avviato un processo di deistituzionalizzazione e territorializzazione nella cura e nell'assistenza delle persone con problemi di salute mentale, segnando un'attenuazione dello stigma sociale da loro subito, ancora oggi a volte presente. L'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale e le successive leggi, sia in generale nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria, sia nello specifico nell'ambito della salute mentale, hanno poi contribuito nella formazione dell'attuale offerta dei servizi socioassistenziali, anche quindi per quanto riguarda i servizi legati alla salute mentale.

### **5.1 Dopo la legge Basaglia: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e le successive normative in ambito sociosanitario**

Nel 1978, oltre alla riforma psichiatrica, in Italia c'è stato un ulteriore passaggio fondamentale per l'intero sistema di welfare. La legge Basaglia è stata infatti soltanto un'anticipazione, solo nell'ambito della psichiatria, di una riforma totale nell'organizzazione e nella gestione dei servizi socio-assistenziali. Viene infatti istituito, con la legge 833/78 il Sistema Sanitario Nazionale, che ha sancito il passaggio ad un sistema di welfare istituzionale e non più meramente assistenzialistico. Il sistema sanitario italiano era infatti in crisi da diverso tempo, per la forte frammentazione e disomogeneità nell'offerta dei servizi, ma anche nell'accesso ad essi. Oltre a rivedere l'organizzazione e la gestione dei servizi socio-sanitari, si è anche rivisto il concetto stesso di salute: i servizi non esistono ora al solo scopo di offrire cure, ma anche di attuare progetti di prevenzione e riabilitazione. In considerazione dei precedenti problemi nell'offerta socio-sanitaria, si è anche data rilevanza alla necessità della maggiore partecipazione dei cittadini nella gestione e programmazione delle politiche sanitarie.<sup>53</sup> Inoltre, coerentemente con quanto delineato dalla legge Basaglia, anche nella legge 833 si sostiene una

---

<sup>53</sup> Rossi, Paolo. L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione. Carocci Faber, 2014. pag. 75

politica di deistituzionalizzazione e domiciliarizzazione, come forma di contrasto alla discriminazione e all'emarginazione sociale di chiunque si trovi a dover svolgere un progetto terapeutico di lunga durata.

L'istituzione del SSN ha portato all'istituzione di alcuni principi fondamentali che ora sono alla base del funzionamento del sistema sociosanitario. Innanzi tutto, si è stabilita l'universalità dei servizi sociosanitari, abbandonando il sistema delle casse mutue, che prevedeva un meccanismo di differenziazione delle coperture assicurative e delle spese sanitarie. Il nuovo sistema universalista consentiva quindi a tutti i cittadini, in condizioni di parità, l'accesso ai servizi sociosanitari, quindi a prescindere dalle proprie condizioni sociali e lavorative, in coerenza anche con il principio di uguaglianza sancito all'Art. 3 Cost.<sup>54</sup>

Per garantire ulteriormente l'universalità dei servizi, si è incentivata una logica di programmazione, su più livelli. Sono stati stabiliti tre livelli territoriali: statale, regionale e locale, per favorire l'adeguamento dell'offerta al territorio di riferimento e la vicinanza al bacino di utenza. Per mettere in pratica la territorializzazione dei servizi sono state costituite le USL: l'ente locale che costituisce un riferimento istituzionale e organizzativo per la programmazione, la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari. Le USL costituivano un organo strumentale dei Comuni, riuniti in un Comitato di gestione, per assolvere al compito del loro coordinamento. I Comitati di Gestione erano a loro volta stabiliti dalle Regioni. Ogni USL era ulteriormente suddivisa in distretti, che, concretamente, disponevano dei servizi ospedalieri e ambulatoriali. Il nuovo modello di gestione dei servizi socio-sanitari era quindi decentrato e unitario: garantivano la territorialità dell'offerta attraverso il decentramento, ma superavano il precedente divario tra enti e competenze poiché il loro funzionamento seguiva un modello unitario. Nell'ambito dell'assistenza sociale, l'istituzione delle USL aveva portato molti Comuni, specialmente quelli più piccoli, a scegliere di delegare la gestione di alcuni servizi, come per esempio quelli per minori e famiglie. Proprio per le crescenti responsabilità dal punto di vista sociale, alcune USL avevano cambiato denominazione in USSL o ULSS, per cui una S stava per sanitario e l'altra sociale.

---

<sup>54</sup> Rossi, Paolo. L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione. Carocci Faber, 2014. pag. 76

Nel corso degli anni '80 si sono riscontrate diverse criticità nel funzionamento del SSN, per cui sono state necessarie delle riforme, attuate negli anni '90.<sup>55</sup> La responsabilità politica e la responsabilità tecnica e manageriale nella gestione delle USL non era infatti particolarmente distinta: per questo in certi casi si era arrivati ad una cattiva gestione, per incompetenza del personale, che spesso era nominato per l'affiliazione ad un certo partito politico, più che per le competenze gestionali. La politicizzazione delle USL portava quindi ad avere un servizio di qualità insufficiente, con il secondo di fine di ottenere o mantenere il consenso elettorale. Si era creata quindi una certa confusione anche nelle responsabilità di governo, con una forte dispersione di responsabilità e competenze istituzionali. A livello Regionale si erano create o accentuate delle disparità, per cui non tutte le USL seguivano le indicazioni legislative.

Le difficoltà riscontrate nell'attuazione della legge 833/78 avevano reso sempre più necessari degli interventi di riorganizzazione, attuati negli anni '90.<sup>56</sup>

#### *Gli anni Novanta e la sistemazione dell'organizzazione e del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale*

Negli anni '90 le necessarie riforme e sistemazioni dell'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale italiano sono state attuate attraverso tre importanti decreti legislativi.

Il primo, il D.Lgs. 502/92, insieme poi al D.Lgs. 517/93, sono stati necessari vista la crisi finanziaria del settore pubblico in quel periodo, intervenendo per contenere i costi dei servizi pubblici. In seguito, la riforma ter, ovvero il D.Lgs. 229/1999, ha confermato i cambiamenti già attuati, inserendo ulteriori novità. Prima fra tutte la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LIVEAS), con l'obiettivo di regolare l'offerta dei servizi sanitari. La struttura di governo delle USL risultava molto differente rispetto all'inizio. Pur restando un ente pubblico dal punto di vista giuridico, per evitare la loro politicizzazione, sono diventate delle aziende con personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, contabile, gestionale, quindi non più sotto il controllo dei Comuni. Di conseguenza è stata cambiata la denominazione, che è passata da USL ad ASL (Azienda Sanitaria Locale), o con

---

<sup>55</sup> Rossi, Paolo. L'organizzazione dei servizi socioassistenziali : istituzioni, professionisti e assetti di regolazione. Carocci Faber, 2014. pag. 78

<sup>56</sup> *ibidem*. pag. 78

altre denominazioni come Azienda USL in Lazio, AULSS in Veneto e AUSL in Emilia-Romagna. Nelle ASL, non essendoci un controllo diretto da parte dei Comuni, il personale ai vertici viene nominato direttamente dalla Giunta regionale. Si segue quindi comunque una logica di decentramento dallo Stato a favore del territorio di riferimento dell'ASL, ma in un'ottica di centralizzazione su scala regionale, per cui i Comuni esercitano solo una funzione consultiva tramite la Conferenza dei sindaci di distretto. Con le riforme degli anni '90 è stato anche ridotto il numero di ASL, che a loro volta sono rimaste suddivise in distretti su base territoriale. Gli ospedali di dimensioni ridotte rimangono sotto il controllo delle ASL, con la denominazione di Presidi Ospedalieri. Mentre gli ospedali maggiori sono diventati autonomi dal punto di vista giuridico, con autonomia gestionale e organizzativa simile alle ASL, ma con la denominazione di Aziende Ospedaliere.<sup>57</sup>

I cambiamenti introdotti negli anni '90, oltre a riformare il sistema sanitario, avevano incentivato la sempre maggiore presenza del settore privato in ambito sanitario, alimentando la concorrenza. I Comuni inoltre, se in precedenza avevano delegato le funzioni dei servizi sociali, ritiravano le deleghe alle ASL, in favore di forme di gestione associata a livello intercomunale. La gestione dei servizi socioassistenziali necessitava quindi sempre di più di un'organizzazione associata.

### *La riforma dei servizi socioassistenziali con la legge 328/2000*

Come per l'istituzione del SSN, anche la legge che ha riformato il settore dei servizi socioassistenziali è stata promulgata in seguito ad un percorso e ad un dibattito culturale, sociale e politico impegnativo. La legge 328/2000 va infatti a riformare l'assetto istituzionale dei servizi socioassistenziali, nello specifico per quanto riguarda le competenze di Stato, Regioni, Province e Comuni. Di particolare rilievo risulta il ruolo assegnato al Comune: essendo l'ente territorialmente più circoscritto, quindi più a conoscenza e più vicino alle necessità della cittadinanza, diventa l'ente principale nella gestione dei servizi socioassistenziali. Infatti, stando all'Art. 6 della legge 328/2000, ai Comuni spettano:

-le funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali svolti a livello locale e partecipazione alla programmazione regionale;

---

<sup>57</sup> Rossi, Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Carocci Faber, 2014. pag. 80

- programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali in una logica di lavoro di rete, attraverso proprie risorse umane e finanziarie;
- erogazione di servizi e prestazioni economiche;
- autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o del privato sociale;
- determinazione dei parametri di valutazione per stabilire una scala di priorità nelle condizioni di accesso ai servizi da parte dell'utenza.<sup>58</sup>

Le Regioni diventano quindi una cornice di riferimento normativo nell'operato dei Comuni. Come stabilito dall'Art. 8, le Regioni:

- esercitano funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, verificandone la relativa attuazione;
- programmazione degli interventi sociali, promuovendo collaborazione e coordinamento tra gli enti locali, favorendo rapporti di cooperazione;
- definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o del privato sociale;
- definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;
- definizione di criteri idonei a stabilire i costi di compartecipazione a carico degli utenti nelle spese sociali;
- stabilire requisiti di qualità minimi nella gestione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni;
- predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
- determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
- stabilire criteri di concessione dei titoli sociali.<sup>59</sup>

Alle Province viene invece assegnato un ruolo più marginale, principalmente di supporto ai Comuni e alle organizzazioni del settore sociale.

---

<sup>58</sup> Art. 6, Legge 8 novembre 2000 n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000

<sup>59</sup> Art. 8, Legge 8 novembre 2000 n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000

Allo Stato, che ha un ruolo di coordinamento e di determinazione delle linee guida per gli enti locali, compete la definizione dei LIVEAS, ovvero i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale, anche se ancora adesso non si ha una definizione chiara e precisa per la loro effettiva applicazione.<sup>60</sup> I LIVEAS costituiscono quell'insieme di interventi in ambito sociale da definirsi come essenziali perché andrebbero a garantire dei diritti sociali imprescindibili per persone, famiglie, particolari soggetti con situazioni più complesse di disagio e bisogno. Queste categorie di persone sono individuate nel comma n. 2 dell'Art. 22, mentre al comma 4 si chiariscono gli interventi da garantire. L'introduzione dei LIVEAS ha costituito un riconoscimento fondamentale nell'ambito dei diritti sociali e dell'assistenza sociale, soprattutto nella parificazione e nell'eventuale innalzamento dell'offerta dei servizi socioassistenziali in tutto il contesto italiano. La loro concreta attuazione, però, rimane ancora oggi incompleta per la mancanza di una definizione sufficientemente specifica e perché sono direttamente collegati e proporzionati alla disponibilità economica.<sup>61</sup>

La legge 328/2000, oltre a regolare l'assetto organizzativo dei servizi socioassistenziali, introduce o rafforza alcuni principi e modalità di funzionamento ed erogazione dei servizi.

Al comma 2 dell'Art.2 si stabilisce:

*Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. [...]*<sup>62</sup>

Mentre al comma 3:

*I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.*<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Rossi, Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Carocci Faber, 2014. pag. 83

<sup>61</sup> *ibidem*. pag. 149

<sup>62</sup> Art. 2, comma 2, Legge 8 novembre 2000 n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000

<sup>63</sup> Art. 2, comma 3, Legge 8 novembre 2000 n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000

L'accesso ai servizi viene quindi stabilito tramite il criterio dell'universalismo selettivo: è riconosciuto come diritto soggettivo di tutti i cittadini, ma alcune persone, proprio per la loro condizione di maggiore fragilità, godono di un accesso prioritario ai servizi, per poter garantire il più possibile il raggiungimento di una condizione di uguaglianza a tutti.<sup>64</sup>

Altra novità fondamentale introdotta con la legge 328, proprio per poter assicurare l'accesso ai servizi, è la maggiore importanza attribuita alla logica di programmazione degli interventi e l'operatività per progetti. In questo modo diventa più semplice garantire in uniformemente gli standard minimi di qualità, gestire il budget a disposizione e perseguire degli obiettivi nell'attuazione degli interventi.

Con la legge 328 si introduce inoltre l'adozione dei titoli sociali, ovvero un ulteriore strumento di accesso ai servizi sociali, alternativo ai contributi economici e alle prestazioni. I titoli sociali, fruibili tramite buoni sociali o voucher, permettono a diverse organizzazioni di prestare servizi ed assistenza sociale, consentendo allo stesso tempo all'utente di scegliere a chi rivolgersi. Allo stesso tempo, chi eroga servizi socioassistenziali, deve accreditarsi e disporre di una carta dei servizi.

La concreta applicazione di tutte le disposizioni della legge 328 risulta ancora controversa e incompleta, soprattutto vista anche la contraddittorietà di alcuni provvedimenti o leggi sopraggiunti in seguito.<sup>65</sup>

### *La riforma del Titolo V della Costituzione*

Con la legge n. 3/2001, ad un solo anno di distanza dalla legge 328, si è approvata una legge di riforma costituzionale dell'Art. 117, riguardante le competenze legislative di Stato e Regioni. Questa riforma costituzionale ha portato ad un ridimensionamento delle predisposizioni date dalla legge 328, poiché il potere legislativo per quanto riguarda l'assistenza sociale viene riconosciuto in modo esclusivo alle Regioni. Storicamente, in ambito di assistenza sociale, sono state prevalentemente le Regioni a prendere iniziativa legislativa: con la riforma costituzionale si "ufficializzava" così questa tendenza, mentre con la 328 si dava un ordinamento unitario dal punto di vista nazionale, con l'obiettivo di appianare le

---

<sup>64</sup> Rossi, Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Carocci Faber, 2014. pag. 83

<sup>65</sup> *ibidem*. pag. 86

differenze regionali sorte di conseguenza. Con questa riforma la legge 328 è stata sostanzialmente abrogata sul piano operativo, visto che l'unica competenza statale in ambito di assistenza sociale rimane la definizione dei LIVEAS. Ma, come già detto, la definizione dei LIVEAS non è sufficientemente chiara e attuabile concretamente. Di conseguenza le politiche regionali sono rimaste e sono tuttora differenziate nella regolazione dell'accesso ai servizi socioassistenziali e nella gestione della loro offerta.

Oltre a ridefinire la competenza legislativa in materia di assistenza socioassistenziale, rendendola competenza legislativa esclusiva delle Regioni, la riforma costituzionale ha sancito il mantenimento della competenza legislativa esclusivamente allo Stato e l'assegnazione di una competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni per quanto riguarda per esempio l'ambito della sanità.<sup>66</sup>

## **5.2 L'istituzione dei servizi socioassistenziali per la salute mentale nel nuovo assetto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale**

I servizi per la salute mentale che esistono oggi operano secondo una logica di territorializzazione dell'offerta e domiciliarizzazione della persona che ne necessita, seguendo le direttive stabilite dalla legge Basaglia e confermate nuovamente nella legge 833/78. Le istituzioni, per rendere operative queste linee guida, hanno promosso in particolare due progetti obiettivo fondamentali nella definizione di ruoli, finalità e assetti organizzativi degli enti che erogano servizi socioassistenziali, ovvero "Tutela della salute mentale 1994-1996" e "Tutela della salute mentale 1998-2000."<sup>67</sup>

### *Il Dipartimento di salute mentale e i servizi ad esso collegati*

I vari servizi predisposti alla tutela della salute mentale ruotano intorno al Dipartimento di Salute Mentale (DSM), ovvero l'unità organizzativa che coordina le attività di cura e assistenza nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, afferente all'Azienda ULSS del territorio di riferimento. I due progetti obiettivo sopracitati prevedono diverse strutture sia direttamente afferenti al DSM sia altri servizi con cui ci sono rapporti di collaborazione, al fine di proporre servizi integrati tra loro e quindi

---

<sup>66</sup> Rossi, Paolo. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*. Carocci Faber, 2014. pag. 87

<sup>67</sup> *ibidem*. pag. 123

più efficienti. Fondamentale è anche la collaborazione del DSM con altri enti e servizi del privato sociale, associazioni di volontariato, fondazioni e cooperative che offrono attività e servizi che possono essere integrativi o alternativi rispetto a quelli normalmente offerti nel settore pubblico. Le due principali strutture territoriali direttamente sottoposte al DSM sono il Centro di Salute Mentale (CSM) e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Il CSM costituisce il primo punto di riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei cittadini con patologie psichiche. Svolge funzioni di ascolto, accoglienza e valutazione della domanda, con lo scopo di definire una risposta alla situazione di disagio. I programmi di intervento sono personalizzati e avvengono attraverso interventi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Tra gli interventi più rilevanti del CSM ci sono: trattamenti psichiatrici, psicoterapie, interventi sociali, inserimenti in Centri Diurni, attività di Day Hospital, accessi in reparto (SPDC), diagnosi attraverso visite psichiatriche, colloqui psicologici, definizione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi, attraverso un approccio integrato che prevede interventi ambulatoriali, domiciliari e residenziali in una logica di continuità dal punto di vista terapeutico. Il CSM svolge inoltre attività di raccordo con i medici di medicina generale per fornire una consulenza dal punto di vista psichiatrico e per collaborare nei progetti terapeutici, ma anche attività di consulenza psichiatrica per altri servizi presenti sul territorio, come il SerD o le strutture residenziali per anziani e disabili. Assicura la continuità terapeutica in seguito ad un ricovero in SPDC o in una struttura residenziale accreditata, svolge monitoraggi costanti nell'andamento della presa in carico, con eventuali revisioni nel progetto di intervento. Instaura collaborazioni con associazioni di volontariato, enti del terzo settore, cooperative sociali e altri enti della stessa rete territoriale. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è invece il reparto situato all'interno dell'Azienda ospedaliera, dei Presidi ospedalieri, e nei Policlinici universitari, è previsto un posto letto ogni 10.000 abitanti, con un limite di 16 posti letto per reparto. Effettua ricoveri in regime volontario e obbligatorio, quando subentrano circostanze che richiedono un TSO (trattamento sanitario obbligatorio). L'accesso è mediato dal Pronto Soccorso dell'ospedale o dal

Medico del CSM. Le attività di consulenza vengono svolte anche presso gli altri reparti ospedalieri.<sup>68</sup>

Accanto a questi due principali servizi, afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale altre strutture che invece forniscono servizi a carattere domiciliare e/o semiresidenziale, ovvero il Day Hospital e il Centro Diurno. Il Day Hospital è un'area spesso collocata all'interno del CSM o di un ospedale che opera in regime semiresidenziale, che offre prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative a breve e medio termine. Gli accertamenti diagnostici permettono poi di effettuare anche trattamenti farmacologici all'interno dello stesso servizio, riducendo il ricorso al ricovero in SPDC o limitandone la durata. Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale che, a differenza del Day Hospital, persegue anche obiettivi di socializzazione. Il CD è attivo durante la settimana, per almeno otto ore al giorno. Vi si svolgono percorsi riabilitativi terapeutici per le persone che, a causa della malattia mentale, hanno sviluppato difficoltà nel vivere la quotidianità. L'obiettivo è quindi raggiungere un migliore funzionamento nelle relazioni interpersonali, valorizzando l'autonomia della persona nella gestione della quotidianità e del tempo libero, anche con la finalità di un inserimento lavorativo. Le attività riabilitative sono di diverso genere, in modo da poter valorizzare la personalità di ogni individuo che frequenta il Centro Diurno. Le principali aree di attività generalmente proposte sono nelle aree motoria, espressiva, di autonomia, ricreativa, cognitiva, pratico/manuale, psico-educativa. I Centri Diurni sono generalmente gestiti dal DSM, ma possono essere anche gestiti dal privato sociale ed imprenditoriale, seguendo gli standard nazionali per l'accreditamento e stipulando apposite convenzioni con il DSM per la presa in carico.<sup>69</sup>

### *Le strutture a carattere residenziale*

Non sono stati totalmente eliminati gli interventi che prevedono la residenzialità della persona presso la struttura che li prende in carico, ma le strutture residenziali attuali hanno dimensioni decisamente ridotte rispetto ai manicomi del passato, con limiti ben precisi in base al tipo di struttura. Si ricorre ad un intervento residenziale solo

---

<sup>68</sup> Ministero della Salute. La rete dei servizi per la salute mentale. Consultato a gennaio 2024 <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

<sup>69</sup> Ministero della Salute. La rete dei servizi per la salute mentale. Consultato a gennaio 2024 <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

nel momento in cui risulti particolarmente difficoltoso un progetto di intervento nel contesto familiare o in generale nel contesto di vita della persona, quando i fattori di rischio sono troppi o hanno un'incidenza tale da ostacolare il progetto di intervento. Come approvato dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale, nel corso della Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio 2013, l'offerta a livello residenziale si differenzia in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, che può variare da un trattamento intensivo ad un sostegno socio-riabilitativo.<sup>70</sup> Le strutture residenziali, individuate dal Progetto obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000, effettuano interventi terapeutico riabilitativi o interventi di supporto socio-sanitario per persone affette da problemi di salute mentale che necessitano di una presa in carico a livello residenziale, a causa di forti e marcate difficoltà a livello personale e sociale che renderebbero molto difficile agire diversamente. Chi risiede in una struttura residenziale è stato precedentemente preso in carico presso il CSM, la cui équipe, sulla base della diagnosi e dell'analisi della persona e del contesto, redige un Piano Terapeutico Individualizzato (PTI) che può prevedere, appunto, un inserimento temporaneo in una struttura terapeutica residenziale. Il PTI deve necessariamente adempiere alla sottoscrizione di un accordo o impegno di cura tra il DSM e l'utente, con il possibile coinvolgimento anche della famiglia e della rete sociale, in modo da valorizzare l'autodeterminazione della persona, per quanto possibile, ma anche facilitare la sua adesione al progetto di cura. Presso le strutture residenziali, come negli altri servizi dedicati alla salute mentale, sono presenti diverse figure professionali, che costituiscono un'équipe: medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori socio-sanitari, assistenti sociali.

Come detto sopra, le strutture residenziali si suddividono in base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente. Si individuano quindi tre tipi di strutture: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1), Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2), Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di

---

<sup>70</sup> Ministero della Salute, Le strutture residenziali psichiatriche, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 . Consultato a gennaio 2024  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)

intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Nelle SRP di tipo 1 risiedono pazienti con gravi compromissioni nel funzionamento personale e sociale, che necessitano di un intervento ad alta intensità riabilitativa, sia nel caso di esordi psicotici, sia nel caso di fasi post-acuzie. Nello specifico si parla quindi di pazienti che presentano condizioni psicopatologiche che richiedono frequenti ricoveri, nonostante l'aderenza a progetti riabilitativi adeguati. Si tratta spesso di persone per cui la frequentazione del contesto familiare o l'inserimento in contesti socio-lavorativi risultano prevalentemente una causa di scompenso, piuttosto che un fattore protettivo. Essendo tali strutture ad alta intensità riabilitativa, avviene un frequente monitoraggio attivo delle condizioni psicopatologiche della persona, con conseguenti interventi strutturati con l'obiettivo di recuperare abilità di base interpersonali e sociali per reinserire la persona nel suo contesto di vita. Quest'ultimo punto costituisce la più marcata differenza rispetto ai manicomi: al di là delle modalità di trattamento, le attuali strutture residenziali hanno sempre il fine ultimo di reinserire la persona nel suo contesto sociale e di recuperare il più possibile l'autonomia. Il manicomio era invece una struttura da cui si entrava per problemi psichiatrici, ma senza la possibilità di uscirne, o comunque era un'ipotesi piuttosto remota.

Fondamentali anche gli interventi finalizzati alla risocializzazione: si prevedono infatti diverse attività di gruppo che possono essere di tipo espressivo, ludico o motorio, per ricostruire la rete sociale delle persone. Sono previsti diversi incontri con il CSM, al fine di monitorare l'andamento della persona, del suo progetto di intervento, ed eventualmente anche per decidere rispetto alla fine della permanenza nella struttura residenziale. La durata massima del programma non può essere superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

Nelle SRP di tipo 2 si accolgono persone che invece presentano condizioni psicopatologiche stabilizzate, ma le cui funzioni e abilità risultano compromesse in modo grave o moderato, con problemi relazionali sia in ambito familiare che sociale e che possano aderire sufficientemente ad un progetto terapeutico e riabilitativo. Queste strutture funzionano come quelle di tipo 1, ma i programmi sono a media intensità riabilitativa. Ciò significa che il monitoraggio delle condizioni psicopatologiche avviene con una minore frequenza, e si cerca di mantenere per

quanto possibile la stabilizzazione clinica raggiunta. Si dà maggiore importanza alle attività di risocializzazione, piuttosto che a quelle di riabilitazione, promuovendo l'autonomia della persona anche per esempio coinvolgendola nelle mansioni di vita quotidiana della struttura. La durata massima del programma non può essere superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento.

Le SRP di tipo 3 accolgono sempre pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e sociale, con diversi livelli di compromissione nel funzionamento personale e sociale e diversi gradi di autosufficienza, ma che necessitano di interventi a bassa intensità riabilitativa. La durata della permanenza in struttura è definita del Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato. L'offerta di queste strutture residenziali, per quanto riguarda attività e professionisti, è la stessa. La differenza sta nel fatto che le persone che vi risiedono risultano maggiormente stabilizzate, non necessitando quindi di un monitoraggio costante. Sono prioritari gli interventi di risocializzazione e di recupero dell'autonomia, in vista di un reinserimento nella vita sociale e lavorativa a tutti gli effetti. Le SRP di tipo 3 sono ulteriormente suddivise in tre categorie, sulla base della presenza del personale, che può esserci per 24 ore, 12 ore giornaliere o per fasce orarie. La necessità di presenza del personale varia in base all'autonomia dei pazienti, che comunque rispetto ai pazienti delle strutture di tipo 1 e 2 presentano più necessità di supporto, riabilitazione e mantenimento delle condizioni psicosociali raggiunte, piuttosto che bisogni terapeutici.

Le strutture terapeutiche residenziali, oltre a svolgere le funzioni indicate fino ad ora, devono sottostare a dei requisiti di accreditamento, che fungono da garanzia della qualità organizzativa, come stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. Per adempiere ai requisiti di accreditamento si richiede di esplicitare la tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati, le modalità di presa in carico dei pazienti e quindi l'offerta di continuità assistenziale, modalità e frequenza di monitoraggio e valutazione, modalità di gestione della documentazione sanitaria. Si deve inoltre garantire la presenza di personale qualificato, opportunamente formato per il contesto di lavoro e a cui si deve garantire una formazione continua. Per garantire l'efficacia del progetto di cura si deve anche garantire una comunicazione efficace tra operatori e pazienti, infatti:

*Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento.*<sup>71</sup>

Le attuali strutture residenziali, quindi, a differenza dei manicomi, non agiscono in una logica repressiva e di segregazione del malato. Al contrario, anzi, ricercano la collaborazione della persona e la sua aderenza al progetto terapeutico, che ha sempre come fine ultimo il raggiungimento del maggiore grado possibile di autonomia e autodeterminazione. Le attuali strutture abitative che accolgono persone con problemi di salute mentale sono nate «creando e costruendo spazi e ambiti, esterni all'ospedale e sempre più prossimi alla società civile».<sup>72</sup> Non sono più incentrate sul controllo sociale, come i manicomi, ma su una logica di cura e riabilitazione della persona, per questo motivo anche la permanenza della persona in questi contesti viene limitata nel tempo.

*Gli ultimi retaggi dell'idea di pericolosità sociale: gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. La loro chiusura e la nascita delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*

Nel periodo in cui si stavano progressivamente chiudendo i manicomi, in una logica di progresso rispetto alla visione della malattia mentale e al relativo trattamento, era stato istituito l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, una struttura di internamento dedicata alle persone con problemi di salute mentale che avevano commesso un reato. Invece di scontare la propria condanna in carcere, in quanto non imputabili per vizio parziale o totale di mente, i malati si trovavano quindi a dover stare in una struttura che di fatto si poneva come unione tra due istituzioni totali: il carcere e il manicomio. L'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) era una struttura che, ricalcando l'idea della pericolosità sociale di una persona affetta da una malattia mentale, aggravata dalla commissione di un reato, aveva la finalità di costituire una misura di sicurezza detentiva. L'ingresso in OPG era destinato a:

-persone non imputabili a causa di infermità psichica, intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, socialmente considerate pericolose;

---

<sup>71</sup> Ministero della Salute, Le strutture residenziali psichiatriche, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013. Consultato a gennaio 2024

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)

<sup>72</sup> Ba, Gabriella. Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. FrancoAngeli, 2004. pag. 64

-persone sottoposte ad altra misura di sicurezza detentiva colpite da un'infermità psichica tale da richiedere il ricovero.

Tale struttura è sorta in sostituzione dei manicomi criminali, nella seconda metà degli anni '70, con una duplice funzione: di custodia al fine della difesa sociale e di reinserimento, attraverso la cura e il trattamento della persona. L'OPG si è rivelato però una struttura che ricalcava l'operato e lo stigma sociale dei manicomi, nonostante la loro chiusura. La loro esistenza e il loro operato sono stati fortemente dibattuti, arrivando quindi alla loro abolizione nel 2013 e definitiva chiusura il 31 marzo 2015.

Sono stati sostituiti dalle REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), previste dalla Legge 81/2014, strutture destinate all'accoglienza delle persone affette da disturbi mentali, autrici di reati, a cui viene applicata dalla magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'assegnazione a casa di cura e custodia. La permanenza nelle REMS ha carattere esclusivamente transitorio ed eccezionale, poiché applicabile «solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente».<sup>73</sup>

La gestione delle residenze è di competenza esclusiva della Sanità, a differenza degli OPG che erano gestiti dal Ministero della Giustizia. Le attività di sicurezza e vigilanza esterna sono invece svolte tramite uno specifico accordo di intesa con le prefetture. Le REMS hanno natura più prettamente medico-sanitaria. La logica che sta alla base di queste nuove strutture è quella riabilitativa: gli operatori sono medici psichiatri, psicologi, infermieri, operatori socio sanitari, assistenti sociali, educatori. Il loro scopo è quello di aiutare il paziente, tramite un progetto di intervento personalizzato, al fine di compiere un percorso di reinserimento nella società. Nelle OPG non era previsto un termine massimo di durata della misura, nelle REMS invece la durata di una misura di sicurezza non può essere superiore al massimo edittale della pena prevista per il reato.

---

<sup>73</sup> Ministero della Giustizia. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Aggiornato al 10 luglio 2018. Consultato a gennaio 2024  
[https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_14\\_3\\_1.page?contentId=GLO127349#](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_3_1.page?contentId=GLO127349#)

### **5.3 La fine dell'internamento dei malati mentali e gli odierni progetti terapeutici**

L'odierna offerta dei servizi socioassistenziali si presenta sicuramente molto più diversificata in base alle esigenze, accessibile, orientata al recupero e alla diminuzione dello stigma, soprattutto se si va a prendere in considerazione l'evoluzione storica trattata fino ad ora riguardo le malattie mentali. I servizi per la salute mentale, ora, non sono più un servizio a cui si può ricorrere solo per un problema conclamato e riconosciuto, per cui non esiste un progetto riabilitativo, poiché l'unica prospettiva possibile sarebbe l'internamento in manicomio. La psichiatria, e di conseguenza i servizi ad essa collegati, agiscono ora in logica territoriale, di personalizzazione dei progetti di intervento e di prevenzione, oltre che cura. La maggiore vicinanza territoriale dei servizi permette ai cittadini di poter usufruire di essi con più facilità, ma anche di conoscerli meglio e semplificare l'integrazione tra essi. I progetti di intervento sono pensati per il singolo individuo: partendo dalla sua situazione, analizzando fattori di rischio e di protezione, limiti e opportunità, i diversi professionisti collaborano tra loro, ma anche e soprattutto con la persona direttamente interessata, nello stabilire modalità e frequenza degli interventi, progetti terapeutici, obiettivi da raggiungere. I progetti terapeutici hanno sempre come fine ultimo il raggiungimento del maggior grado possibile di benessere e di autonomia per l'individuo, nel rispetto dei suoi tempi, della sua personalità e della sua autodeterminazione. Viene valorizzata anche la collaborazione di familiari e altre persone o enti nella rete di supporto informale intorno alla persona, fondamentali nell'aumentare la qualità della sua vita. Questi cambiamenti strutturali nelle modalità di trattamento dei problemi di salute mentale sono di fondamentale importanza nel contribuire a ridurre lo stigma legato ad essi, che in passato ha consentito la creazione dei manicomi, con conseguente isolamento e segregazione dalla società.

## **VI. L'integrazione socio-sanitaria e il lavoro dell'assistente sociale nell'ambito della salute mentale**

Fondamentale nel progetto di recupero della persona è l'integrazione dell'operato dei diversi servizi che la prendono in carico, il contesto socio-familiare della persona e gli eventuali contesti semi-formali che può frequentare, come per esempio gruppi di auto-mutuo-aiuto o gruppi di volontariato. Nella collaborazione tra i servizi entrano quindi in gioco i diversi professionisti che seguono in modo più o meno diretto la persona e la sua situazione dal punto di vista psichico, sociale, familiare, lavorativo, economico. Per la buona riuscita di un progetto di intervento è quindi fondamentale trovare un'integrazione sul piano sociale e sul piano sanitario, poiché ugualmente importanti e non mutualmente esclusivi.

### **6.1 Il raccordo tra assistenza sociale e sanitaria nel Centro di Salute Mentale: la collaborazione tra professionisti e il ruolo dell'assistente sociale**

Nell'ambito della tutela della salute mentale lavorano diverse figure professionali, accomunate da un background formativo che verte a sviluppare competenze in ambito assistenziale, educativo e preventivo per garantire una risposta adeguata alle difficoltà e una qualità adeguata all'interno dei servizi. Presso il Centro di Salute Mentale si trovano medici psichiatri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi, assistenti sociali, infermieri, ma con loro collaborano anche educatori professionali e terapisti occupazionali. I professionisti lavorano in équipe, portando ognuno la propria specificità e autonomia dal punto di vista professionale, nell'ottica di una presa in carico globale dell'individuo.<sup>74</sup> In un progetto terapeutico è fondamentale, oltre alla partecipazione della persona e la presenza di risorse adeguate, la capacità da parte dei professionisti di instaurare rapporti di collaborazione sia all'interno dello stesso servizio, sia in collaborazione con altri servizi. Presupposto fondamentale tra persona e singoli professionisti è l'instaurarsi di una relazione stabile e basata sulla fiducia, che consentirà alla persona di sentirsi accolta ed ascoltata e ai professionisti di intervenire nelle modalità e tempi opportuni. La complessità di ogni singolo individuo, caratteristica che ci accomuna tutti in quanto esseri umani, richiede che le singole competenze degli specialisti non siano frammentate, ma che possano

---

<sup>74</sup> Ba, Gabriella. *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. FrancoAngeli, 2004. pag 124

rendere insieme un progetto efficace. Ai professionisti, oltre alle competenze necessarie per il proprio lavoro, si richiedono quindi capacità di lavorare in gruppo, di comunicare efficacemente, capacità di adattamento e integrazione, competenze organizzative, decisionali, ma anche da un punto di vista introspettivo e di contatto emotivo, per poter sviluppare un rapporto di empatia con la persona, ma senza immedesimarsi e confondersi con lei.

La funzione di raccordo tra gli interventi sanitari, effettuati dai medici e dagli infermieri, e degli interventi sociali effettuati da educatori e psicologi è svolta dalla figura professionale dell'assistente sociale. Si confronta infatti costantemente con ogni figura professionale del CSM in merito alle condizioni, ai cambiamenti e al vissuto della persona presa in carico, con l'obiettivo di avere una conoscenza globale rispetto alla situazione della persona. L'assistente sociale partecipa alle attività svolte dal Centro di Salute Mentale apportando le proprie competenze nella cura della componente sociale, relazione e di integrazione nei programmi di prevenzione, cura e riabilitazione rivolti all'individuo, al nucleo familiare e alla comunità. Collabora con le altre figure professionali nella progettazione e nella realizzazione di progetti di intervento. Il ruolo di integrazione socio-sanitaria dell'assistente sociale si declina principalmente attraverso la sua partecipazione alle UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali), ovvero delle riunioni di raccordo e confronto tra diversi professionisti che seguono un certo caso. Possono essere finalizzate per esempio alla decisione in merito al come procedere in una certa situazione, per esempio valutando un ingresso in una struttura residenziale, progettare percorsi di dimissione protetta, passaggi nella presa in carico da servizi per minori (in questo caso la Neuropsichiatra Infantile) e servizi rivolti agli adulti. Lavorare in collaborazione e confrontandosi permette ai professionisti di facilitare l'attuazione di un progetto di intervento, evitando disfunzioni e sovrapposizioni.

La figura professionale dell'assistente sociale è inoltre presente in ogni servizio socioassistenziale del territorio: in Comune nell'area servizi sociali, in ospedale per occuparsi soprattutto di dimissioni protette e ricoveri di persone con situazioni socio-familiari complesse e in tutti i servizi extra-ospedalieri dedicati alle diverse aree di problematicità della persona o di un nucleo familiare, quindi, per esempio, il SerD, i servizi per la tutela dei minori, le RSA; per cui, quando necessario l'assistente sociale si confronta anche con gli altri colleghi che si occupano della presa in carico della persona.

Il ruolo dell'assistente sociale presso il Centro di Salute Mentale si declina in un lavoro di equipe e di rete, svolgendo una funzione di raccordo tra prestazioni di tipo sanitario e interventi a livello sociale. L'obiettivo dell'assistente sociale che lavora nell'ambito della salute mentale è creare una relazione positiva tra la persona con disagio psichico, il suo territorio, il suo nucleo familiare e le risorse sia formali che informali da cui può ricevere supporto. Grazie ai cambiamenti sopravvenuti nella visione e nei trattamenti dei problemi di salute mentale, ora la persona non è più vista come un individuo pericoloso da isolare, come si faceva in passato. Ora, nonostante lo stigma legato alla malattia mentale ancora presente, si cerca la massima valorizzazione possibile della persona dal punto di vista umano e sociale. Il ruolo dell'assistente sociale è molto cambiato rispetto al passato, grazie anche al maggiore riconoscimento di questa figura professionale avvenuto con l'istituzione del relativo albo e la riforma dei servizi socioassistenziali con la legge 328/2000. Si è inoltre riconosciuta la fondamentale importanza del connettere tra loro interventi sanitari e sociali, sia nei progetti individuali, sia nei programmi generali, istituendo quindi luoghi che offrono anche possibilità di riabilitazione e socializzazione, come i Centri Diurni. Si è presa poi consapevolezza dell'importanza di lavorare contestualmente al recupero e al potenziamento dal punto di vista emotivo e psicologico, ma calando l'intervento all'interno del contesto di vita e di relazioni della persona. L'assistente sociale, tramite il suo lavoro, ha un importante ruolo di sensibilizzazione e facilitazione, per consentire alla persona un inserimento in un contesto sociale, relazionale e lavorativo il più possibile positivo, cercando di diminuire il più possibile gli eventuali ostacoli legati allo stigma sociale ancora presente sulle malattie mentali. Con l'obiettivo di tutelare la persona, dal punto di vista dei suoi diritti civili e sociali, l'assistente sociale accompagna la persona anche nelle questioni amministrative e burocratiche. Il Servizio Sociale, nella programmazione degli interventi, sviluppa azioni finalizzate alla progressiva restituzione della persona all'ambiente esterno: si tiene conto del suo contesto di vita, delle sue relazioni, dei suoi interessi allo scopo di incrementare e valorizzare l'autonomia e l'autodeterminazione della persona. Tra gli interventi dell'assistente sociale a questo scopo ci sono per esempio un mettere in contatto la persona con attività e progetti di volontariato e di socializzazione, per aiutarla ad inserirsi in un contesto relazionale informale, o l'avvio di un tirocinio lavorativo con il Servizio di Integrazione Lavorativa, con la collaborazione di educatori professionali e terapisti

occupazionali. L'assistente sociale partecipa al progetto terapeutico, tenendo in considerazione, nel processo di reinserimento sociale, la necessità per la persona di procedere gradualmente e secondo tempi che stabilisce insieme ai professionisti che la prendono in carico, soprattutto se in seguito ad un lungo ricovero. Aiuta la persona nel prendere consapevolezza rispetto alla propria situazione e alla malattia, per favorire in seguito una maggiore capacità di autonomia e diminuire progressivamente le necessità di aiuto da parte del servizio, in modo che non si instauri un rapporto di dipendenza. La relazione di aiuto con la persona si fonda su un rapporto di disparità dal punto di vista informativo, basato però sulla fiducia, l'empatia e sulla proiezione di aspettative positive sulla persona, senza sottovalutare le sue debolezze. L'assistente sociale sostiene il mantenimento di rapporti familiari positivi, fornendo supporto e informazioni anche ai familiari della persona.

Il sostegno diretto alla persona si può declinare quindi attraverso diversi interventi: promozione della socializzazione nel tempo libero, avvio di attività occupazionali, come tirocini formativi o finalizzati all'assunzione, passaggio da alloggi assistiti (strutture residenziali) a GAP (Gruppi Appartamenti Protetti) o all'autonomia abitativa, dai sussidi economici al passaggio ad una sempre maggiore autonomia, in funzione anche di quanto percepito dalla persona tramite il proprio reddito. L'assistente sociale promuove l'auto-mutuo-aiuto per la persona e familiari, rendendo note le possibilità di socializzazione presenti sul territorio. Il processo di aiuto messo in atto dall'assistente sociale si declina secondo diverse fasi, regolate e riconosciute dal Codice Deontologico professionale, tenendo in considerazione le differenti situazioni personali e sociali dei diversi individui.

La figura dell'assistente sociale costituisce dunque un raccordo fondamentale nel passaggio di informazioni tra professionisti, tra la persona, i servizi, la famiglia, i suoi contesti di vita. La presa in carico è globale e finalizzata al raggiungimento del maggior grado possibile di autonomia, in modo da dover richiedere sempre meno l'intervento di professionisti e servizi.

Gli strumenti a disposizione dei professionisti per integrare in modo proficuo le proprie competenze sono molteplici: riunioni di équipe, gruppi di lavoro, UVMD (Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali). La collaborazione tra professionisti, a seconda degli specialisti e dei servizi coinvolti, si può configurare come lavoro di rete o lavoro in rete.

*Le modalità per la collaborazione tra professionisti nel Centro di Salute Mentale: il lavoro di rete e il lavoro in rete*

Come sopra evidenziato, la collaborazione tra professionisti è fondamentale per dare linearità e coerenza al progetto terapeutico, in modo che la persona possa effettivamente arrivare ad un concreto recupero sotto diversi punti di vista. Questa collaborazione avviene concretamente attraverso il lavoro in rete, ovvero la collaborazione tra i professionisti che costituiscono l'équipe di un servizio, e il lavoro di rete, ovvero la collaborazione tra più servizi. All'interno del DSM, come già visto, sono presenti diversi servizi e specialisti. Il Centro di Salute Mentale risulta essere il principale servizio: svolge una funzione di raccordo tra tutti gli altri servizi, offre la maggior parte delle prestazioni utili in ambito di salute mentale (consulenze psichiatriche, supporto psicologico, day hospital, supporto da parte di un assistente sociale) e, spesso, è il primo servizio a cui una persona si rivolge spontaneamente o effettua il primo accesso su istanza del medico di base o del pronto soccorso. Proprio per le diverse professionalità che vi lavorano, il CSM rappresenta anche il luogo dove avviene l'integrazione delle esigenze sanitarie e sociali, quindi anche lo snodo principale del lavoro di rete e in rete per la collaborazione tra professionisti

Il lavoro in rete indica le diverse azioni di coordinamento tra professionisti con l'obiettivo di una collaborazione interprofessionale su un caso, attraverso una precisa struttura organizzativa, che può essere l'équipe. Concretamente, l'équipe di cui si compone il Centro di Salute Mentale, è formata da medici psichiatri, psicologi, educatori, infermieri e assistenti sociali. Da una parte medici e infermieri si occupano di seguire la persona dal punto di vista medico e quindi, quasi sempre, tramite una terapia farmacologica. Gli altri professionisti si prendono invece cura della persona dal punto di vista sociale: lavorano per un suo reinserimento nella società cercando di incrementare il benessere psicologico della persona, le sue competenze relazionali, la sua capacità di resilienza, stimolando (quando si sono create le condizioni) la sua capacità di intraprendenza e di prendere iniziative in autonomia, o comunque con necessità di supporto sempre minori. Il lavoro di équipe è quindi il lavoro che svolgono insieme i professionisti dell'ente, nell'ottica di una presa in carico globale della persona. L'insieme di ogni contributo apportato da ogni singolo professionista costituisce una risorsa importante per la persona: se il progetto di intervento va a buon fine migliora la sua situazione dal punto di vista psicologico,

sociale, relazionale, permettendo alla persona di gestire meglio molti aspetti della sua vita.

Il lavoro di rete è la collaborazione che un professionista di un servizio instaura con altri professionisti afferenti ad altri servizi, con enti del terzo settore, con associazioni di volontariato, o comunque con realtà che operano nell'ambito in cui si interviene, al fine di usufruire al meglio delle risorse formali ed informali presenti sul territorio. L'obiettivo è creare una rete sociale e di relazioni che possa supportare la persona nel suo percorso, sotto i diversi punti di vista di cui si possono occupare altri operatori e servizi. L'importanza del lavoro di rete viene sottolineata anche dal Codice Deontologico dell'assistente sociale, all'Art. 38:

*L'assistente sociale deve conoscere i soggetti attivi in campo sociale, sia privati che pubblici, e ricercarne la collaborazione per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera articolata e differenziata a bisogni espressi, superando la logica della risposta assistenzialistica e contribuendo alla promozione di un sistema di rete integrato.<sup>75</sup>*

Il lavoro di rete si svolge focalizzandosi su tre elementi fondamentali:

- la persona, quindi l'assistente sociale in fase di assessment conosce le reti sociali in cui l'individuo è inserito, allo scopo di supportare un buon funzionamento di quelle già esistenti e capire che tipo di nuove reti sociali promuovere;
- nel servizio e tra i servizi, lavorando in équipe e coinvolgendo altri servizi, oltre a quello in cui opera il professionista stesso, allo scopo di una presa in carico completa;
- sul territorio, favorendo la creazione di legami e l'impiego delle risorse formali e informali nel contesto territoriale di riferimento.

Tra le reti a supporto della persona si possono distinguere:

- le reti primarie, in riferimento alla famiglia, al gruppo di amici e/o di vicinato. Si tratta di persone che l'individuo preso in carico conosce personalmente, frequenta e di cui molto spesso si fida, in una relazione di reciprocità;
- le reti secondarie informali, tra cui rientrano le associazioni di volontariato, i gruppi di auto-mutuo-aiuto, quindi relazioni basate sul principio di solidarietà;
- le reti secondarie formali, costituite da enti e servizi accreditati che svolgono prestazioni regolate dalla legge e dalla deontologia professionale.

---

<sup>75</sup> CNOAS. Il Nuovo Codice Deontologico dell'Assistente Sociale. 2020. Consultato a gennaio 2024 <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>

Il funzionamento dei servizi tramite un lavoro di rete è fortemente promosso dalla Legge 328/2000, che all'Art. 1 infatti dice: "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali [...]" , con l'obiettivo, individuato all'Art. 22, di «ottimizzare le risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte».<sup>76</sup>

L'assistente sociale del Centro di Salute Mentale svolge il lavoro di rete promuovendo e instaurando collaborazioni con assistenti sociali e altri professionisti come educatori, psicologi, medici di altri enti o servizi, come il Comune, il SerD, il SIL, con le comunità e le strutture residenziali accreditate presenti sul territorio, con gli operatori delle associazioni di volontariato, con le reti informali che ruotano attorno al contesto di vita della persona.

### *Il processo di aiuto dell'assistente sociale presso il Centro di Salute Mentale: modelli teorici di riferimento e fasi*

L'Assistente Sociale lavora con autonomia dal punto di vista tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi di intervento e prevenzione di situazioni di difficoltà di individui, famiglie e comunità. La discrezionalità nell'operato dell'Assistente Sociale è regolata dal Codice Deontologico professionale e dalla legge. Il Codice Deontologico è lo strumento attraverso cui il professionista giustifica alla persona e alla comunità il proprio lavoro. Allo stesso tempo guida il professionista nelle scelte di comportamento, nel capire meglio come affrontare i dilemmi etici e deontologici, senza però dare soluzioni standardizzate, ma solo delle linee guida comportamentali. La professione dell'Assistente Sociale si fonda sulla tutela dei valori e degli interessi della persona/famiglia presa in carico. La relazione con la persona (e spesso con i suoi familiari) deve quindi basarsi su un rapporto di fiducia, nel rispetto dell'asimmetria informativa che caratterizza una professione di aiuto.

Nell'ambito della salute mentale, come in qualsiasi altro ambito di lavoro di un assistente sociale, deve essere data priorità al maggior grado di benessere e qualità di vita possibile dell'individuo, soprattutto perché si lavora con persone la cui qualità di vita è spesso decisamente scarsa o compromessa a causa della malattia mentale e dello stigma che l'individuo vive. Nel progetto di intervento si cercherà quindi, sempre considerando opportunamente l'autodeterminazione della persona, di

---

<sup>76</sup> Legge 8 novembre 2000 n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000

aiutarla in un processo di reinclusione sociale, tenendo in considerazione i suoi tempi, le necessità dal punto di vista della terapia farmacologica, i cambiamenti che possono avvenire nel suo contesto familiare, relazionale, lavorativo.

Il processo di aiuto, soprattutto se considerato dal punto di vista dell'ambito della salute mentale, non segue un andamento sempre lineare. Si può però stabilire oggettivamente un momento di inizio, ovvero il primo contatto della persona con il servizio. Il primo accesso presso il Centro di Salute Mentale può avvenire su base volontaria della persona, o tramite un invio da parte del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (quindi in seguito ad un ricovero) o su richiesta del medico di base. Tramite il primo accesso, si va a definire la situazione della persona dal punto di vista sanitario e sociale. Ogni professionista quindi si occupa del suo ambito di competenza, andando poi a definire, tramite un lavoro di équipe, un quadro generale della situazione. Il processo di aiuto vero e proprio ha poi inizio quando si definisce un progetto di intervento concreto che, per essere attuato, necessita come requisito fondamentale il consenso della persona con la conseguente maggiore valorizzazione possibile della sua autodeterminazione rispetto a quanto si stabilisce nel progetto. Nel corso del progetto di intervento avvengono monitoraggi costanti della situazione, andando eventualmente ad apportare cambiamenti dal punto di vista terapeutico o negli interventi in ambito sociale, in base alle necessità che sopraggiungono dalla persona e/o dal contesto. Quando si ha a che fare con problemi legati alla salute mentale succede molto spesso di dover rivedere il progetto di intervento, proprio per la forte instabilità che talvolta può caratterizzare questo tipo di problematiche. Per i professionisti è quindi fondamentale avere un buon grado di empatia e tolleranza, per riuscire a lavorare con la persona senza vederla solo come un malato da curare. Così facendo si rischierebbe di tornare alla visione esclusivamente segregante e assistenzialista, che caratterizzava gli interventi prima della rivoluzione psichiatrica avviata da Basaglia nel secolo scorso. Quindi, nonostante le possibili ricadute, in quanto professionisti si cerca sempre la maggiore valorizzazione possibile della persona, anche in situazioni che richiedano un intervento più "forte" come un ricovero o l'inserimento in una struttura residenziale.

Spesso, nell'ambito della salute mentale, succede che la situazione, anche se non cronicizzata, diventa una presa in carico con tempi indefiniti. Da una parte è per la forte instabilità che può caratterizzare la malattia mentale, dall'altra dipende dal

contesto di vita della persona, dalle risorse e dai limiti della persona stessa e del servizio. In ogni caso, se anche la presa in carico diventa a tempo indeterminato, la permanenza della persona all'interno di una struttura residenziale ha sempre una durata limitata nel tempo, con i limiti in base al tipo di struttura individuati dalla legge. Non è quindi più possibile internare la persona come in passato, fortunatamente, perché si cerca di migliorarne l'inserimento sociale, lavorativo e l'autonomia.

Sebbene le malattie mentali siano ancora stigmatizzate, ora il malato non viene più de-umanizzato e visto solo come soggetto da curare: viene considerato una persona, con pari dignità rispetto a tutti gli altri individui. L'offerta e la diversificazione dei servizi dedicati alla salute mentale contribuiscono al miglioramento della qualità di vita della persona affetta da problemi di salute mentale. Le politiche sociali sia nazionali che internazionali prestano un'attenzione sempre maggiore alla tutela della salute mentale, sia dal punto di vista riabilitativo che preventivo, in particolare da dopo la pandemia covid-19, che ha contribuito ad evidenziare quanto fosse necessario tutelare la salute degli individui sotto diversi punti di vista



## Conclusioni

Attualmente i servizi rivolti alla salute mentale forniscono un'offerta molto diversificata, per poter rispondere in modo opportuno alle diverse necessità e difficoltà. La diversa offerta dei servizi socio-assistenziali contribuisce ulteriormente nella riduzione dello stigma, poiché non si deve più necessariamente ricorrere all'ospedalizzazione o all'internamento in una struttura residenziale a tempo indeterminato. Per ricevere supporto si può ricorrere a diversi servizi, che hanno di conseguenza anche diversi livelli di assistenza, con professionisti opportunamente formati. Tutti questi cambiamenti sono avvenuti in tempi relativamente brevi: con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale si è colta la necessità di fornire alla cittadinanza servizi socioassistenziali di maggiore qualità e con un'organizzazione che consentisse omogeneità nell'offerta e nella qualità in tutto il contesto italiano. L'implementazione e il miglioramento dei servizi socioassistenziali ha portato di conseguenza anche ad un netto miglioramento dell'offerta dei servizi dedicati alla salute mentale. Con i cambiamenti e gli aggiustamenti effettuati nel corso degli anni si è costruita una rete di servizi con un'importante presenza a livello territoriale, contribuendo significativamente, soprattutto a livello ideologico, a non isolare la persona dal resto della società. L'intervento riabilitativo ora prevede, perché abbia senso e possa risultare positivo, una proficua interazione e sviluppo di due punti fondamentali: l'incremento di risorse e abilità del soggetto in relazione ai suoi bisogni, desideri e al suo stile di vita e, allo stesso tempo, lo sviluppo di risorse e abilità da parte dell'ambiente e delle persone rilevanti nel contesto di vita della persona, in modo da amplificare e rinforzare i cambiamenti positivi dell'individuo, in una prospettiva di reciproco adattamento.<sup>77</sup> Si dà quindi uguale importanza a persona e contesto: esattamente come si è arrivati a considerare salute fisica e salute mentale alla pari, si considerano anche persona e contesto come elementi che si influenzano a vicenda, per cui risulta fondamentale una loro interazione positiva. Sarebbe infatti, per esempio, inefficace che una persona migliorasse fortemente le proprie competenze relazionali e comunicative, magari con il fine di un inserimento lavorativo, se poi si trova ad essere esclusa e rifiutata dai contesti in cui prova ad inserirsi o reinserirsi. Il miglioramento di persona e contesto devono quindi

---

<sup>77</sup> Ba, Gabriella. Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. FrancoAngeli, 2004. pag. 29

andare di pari passo, per non rischiare di incorrere in una regressione o nella rinuncia da parte della persona al suo progetto terapeutico.

L'interazione proficua tra persona e contesto si può riassumere nel concetto di buona qualità di vita, che deve essere l'obiettivo fondamentale nel processo di riabilitazione, poiché una buona qualità di vita è il punto di partenza essenziale affinché un individuo raggiunga uno stato di salute e benessere tale per cui possa decidere per la propria vita con il maggiore grado possibile di autodeterminazione ed autoefficacia. Come infatti evidenziato dal Piano d'azione per la Salute Mentale 2013-2020, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

*I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire.<sup>78</sup>*

Le politiche sociali e i progetti di trattamento, ora, includono diverse azioni, risorse e impegno da parte dei professionisti nella direzione di un miglioramento della qualità di vita su tutti i fronti, anche verso la sensibilizzazione di tutta la popolazione riguardo la salute mentale e la necessità di abbattere lo stigma sociale che spesso la accompagna.

Dunque, oltre a tutti i cambiamenti strutturali riguardo il trattamento delle malattie mentali, è fondamentale anche considerare come lo stigma sociale va ad influenzare l'efficacia di un progetto terapeutico. I cambiamenti apportati dalle politiche sociali implementate a partire dalla seconda metà del secolo scorso riflettono i cambiamenti avvenuti nella società anche a livello ideologico, e viceversa. Ideologia e politica vanno infatti di pari passo, influenzandosi a vicenda. Le politiche sociali a sostegno della salute mentale e l'attuale offerta dei servizi socioassistenziali sono state quindi rese possibili anche grazie ad una maggiore conoscenza ed interesse nei confronti delle malattie mentali, proprio perché si è iniziato ad andare oltre lo stigma. Di conseguenza, il mettere in discussione i motivi che portano alla stigmatizzazione delle malattie mentali porta anche a migliorare sempre di più le condizioni e la

---

<sup>78</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Piano d'azione per la Salute Mentale. 2013. pag. 9. Consultato a gennaio 2024  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf)

qualità di vita di chi ne soffre. Lo stigma nei confronti di chi ha un problema di salute mentale si è fortunatamente ridotto, o comunque almeno in gran parte.

Vengono ancora però attribuiti stereotipi e pregiudizi fortemente radicati nella storia passata: imprevedibilità, pericolosità sociale, incapacità di stare in contesti sociali e lavorativi, con gravi conseguenze:

*A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali – sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all'istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute. Esse possono persino essere soggette a condizioni di vita caratterizzate da scarsa igiene, quindi disumane, a sevizie e abusi sessuali, all'abbandono, a trattamenti nocivi e degradanti all'interno delle strutture sanitarie. Sono spesso privati anche dei loro diritti civili e politici, quali il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia, il diritto alla libertà personale, il diritto di voto e di partecipazione attiva ed effettiva alla vita pubblica, il diritto di esercitare la loro capacità giuridica in merito alle questioni che li riguardano in prima persona, incluso ci che riguarda trattamenti e cure. Come tali, le persone con disturbo mentale vivono spesso in situazioni di vulnerabilità e possono essere escluse dalla società ed emarginate; ciò rappresenta un grosso ostacolo alla realizzazione degli obiettivi di sviluppo nazionali ed internazionali.<sup>79</sup>*

Affinché la riduzione dello stigma fosse possibile, hanno contribuito diverse azioni, sia sul piano dell'offerta dei servizi socioassistenziali, sia per quanto riguarda l'approccio dei professionisti, ma anche della diversa narrazione fornita alla società per quanto riguarda la salute mentale. Oggigiorno la salute mentale viene considerata una priorità, alla stregua della salute fisica, per questo motivo le politiche sociali sono rivolte sempre di più nella direzione della valorizzazione degli interventi e degli investimenti per la creazione di servizi o il miglioramento di essi. Essendo ora la salute mentale una questione vista come prioritaria per il benessere individuale e sociale, se ne parla di più, in termini molto meno stigmatizzanti e soprattutto in un'ottica finalizzata al suo mantenimento o recupero.

Oltre alle politiche pubbliche, però, è fondamentale anche come i singoli individui, sia nei contesti formali che in quelli informali, contribuire alla riduzione dello stigma sociale nei confronti delle malattie mentali. Nel contrasto allo stigma sociale è necessario smettere di rappresentare la malattia mentale con un'unica modalità e spesso in modo distorto: esistono diverse malattie mentali, con diversi sintomi e

---

<sup>79</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità. Piano d'azione per la Salute Mentale. 2013. pag. 10. Consultato a gennaio 2024

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf)

conseguenze, non per forza sempre visibili. Una persona con un problema di salute mentale non è necessariamente instabile e depressa, né tanto meno socialmente pericolosa. Normalizzare la possibilità che una persona possa avere un problema di salute mentale significa quindi riconoscerle dignità in quanto essere umano, con la consapevolezza della possibilità che ha ogni individuo, per diverse cause, di poter soffrire per queste problematiche. Affinché si possa avere un approccio inclusivo nei confronti della malattia mentale è importante, come per qualsiasi altra questione sociale, l'educazione: la conoscenza contribuisce a non credere, non interiorizzare e non generalizzare stereotipi e pregiudizi che portano alla stigmatizzazione. L'educazione consiste anche nelle attività di sensibilizzazione, facilmente accessibili e fruibili da tutti, ma, soprattutto, che possono essere svolte anche da chi è direttamente colpito da problemi di salute mentale. Quest'ultimo punto è particolarmente rilevante: il contatto diretto è una strategia che si basa sull'assunto che «chi interagisce direttamente con le persone con una malattia mentale ha meno probabilità di avallare credenze stigmatizzanti e più probabilità di farsi opinioni positive sul tale categoria di individui».<sup>80</sup> La partecipazione ad eventi di sensibilizzazione, a gruppi di volontariato, il lasciare da parte stereotipi e pregiudizi che si può aver appreso sono azioni determinanti nel migliorare il contesto sociale di chi può avere una malattia mentale. Ma sono anche azioni a beneficio di tutti, poiché contribuiscono alla creazione di una società più inclusiva.

La salute mentale è, a mio avviso, un tema di fondamentale importanza nella società in cui viviamo ora. Viviamo infatti in una società ambigua: abbiamo una molteplicità potenzialmente vastissima di scelte e opportunità diverse, ma allo stesso tempo viviamo, come la definisce Beck, in una società del rischio, in cui le certezze sono sempre più difficili da costruire. I cambiamenti sociali degli ultimi decenni hanno connotato il nostro contesto di vita e di relazioni di una forte instabilità, dovuta alla continua possibilità di cambiamento. Questo ha portato a dei cambiamenti positivi nella vita di ogni persona: disponiamo di una libertà e di una vastità di possibilità impensabili rispetto al passato. Allo stesso tempo, questo ha portato però ad un aumento della richiesta e della necessità socio-assistenziale nell'ambito della salute mentale. Sviluppare difficoltà a livello psichico diventa molto più semplice in una società frenetica e in continua evoluzione, ma allo stesso tempo dovrebbe essere

---

<sup>80</sup> Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, *Journal of Health Care Education in Practice*. Novembre 2021

normalizzata la possibilità di parlarne e sentirsi a proprio agio nel chiedere supporto. Riprendendo quanto sostenuto da Amadei, la mente è malata non solo quando si manifestano in modo molto evidente forti difficoltà nel vivere il quotidiano e malattie mentali conclamate. Infatti,

*[...] le malattie della mente sono anche quelle in cui la nostra mente ci impedisce di prendere in considerazione che possiamo contribuire significativamente al benessere come al malessere del nostro corpo e della nostra mente.<sup>81</sup>*

Non si deve quindi vedere la malattia mentale come un qualcosa di lontano da noi e che non potrà mai toccarci, soprattutto vista la prioritaria importanza di costruire una società davvero inclusiva sotto tutti i punti di vista, quindi anche considerando la salute mentale. Esistono chiaramente anche derive particolarmente forti ed invalidanti della malattia mentale, ma sicuramente soluzioni adottate in passato, come l'internalizzazione nei manicomi e l'esclusione dalla vita civile e sociale, non sono risolutive rispetto al problema. Questo, oltre ad andare a discapito della persona malata, va a discapito dell'intera società, che vive in questo modo un arresto nel processo evolutivo mirato all'inclusività e al benessere.

La tutela della salute mentale, se vogliamo davvero essere una società dove si possa vivere con un alto livello di civiltà e benessere, deve diventare un interesse e una priorità di tutti, non un motivo di discriminazione e stigma sociale nel momento in cui viene meno.

---

<sup>81</sup> Amadei, Gherardo. Come si ammala la mente. Bologna: Il Mulino, 2014.

## Bibliografia

- Amadei, Gherardo. Come si ammala la mente. Bologna. Il Mulino, 2014.
- Ba, Gabriella. Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale. FrancoAngeli, 2004.
- Basaglia, Franco, et al. L'istituzione negata. 3. ed, G. Einaudi, 1968.
- Basaglia, Franco. Ongaro, Franca. Morire di classe. Einaudi, 1969.
- Carozza, Paola. Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità, Journal of Health Care Education in Practice. Novembre 2021.
- Colombo, Giovanni. Elementi di psichiatria. CLEUP, 2008.
- Cooper, David. Psichiatria e antipsichiatria. Armando, 1969.
- Foot, John. La repubblica dei matti : Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978. Feltrinelli, 2014.
- Foucault, Michel, et al. Storia della follia nell'età classica. Biblioteca universale Rizzoli, 1998.
- Goffman, Erving, et al. Asylums: le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Einaudi, 2010.
- Goffman, Erving, et al. Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata. Ombre corte, 2018.
- Guglielmi, Marina. Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini, 2018.
- Rossi, Paolo. L'organizzazione dei servizi socioassistenziali: istituzioni, professionisti e assetti di regolazione. Carocci Faber, 2014.

## Riferimenti normativi

- Codice Civile del Regno d'Italia. 1865
- Costituzione della Repubblica Italiana. 1948
- Legge 14 febbraio 1904, n. 36, in materia di Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati. Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904
- Legge 18 marzo 1968, n. 431, in materia di Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968
- Legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Gazzetta Ufficiale n. 133 del 16 maggio 1978
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di Istituzione del servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421. Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992
- Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, in materia di Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Gazzetta Ufficiale n. 293 del 15 dicembre 1993
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 in materia di Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Gazzetta Ufficiale n.165 del 16 luglio 1999
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, in materia di Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000
- Legge 30 maggio 2014, n. 81, in materia di Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Gazzetta Ufficiale n. 125 del 31 maggio 2014

## Sitografia

- CNOAS. Il Nuovo Codice Deontologico dell'Assistente Sociale. 2020.  
Consultato a gennaio 2024  
<https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>
- Intervista a Domenico Casagrande. Consultato a dicembre 2023  
<https://micheleloreto.blogspot.com>
- Ministero della Giustizia. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Aggiornato al 10 luglio 2018. Consultato a gennaio 2024  
[https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg\\_14\\_3\\_1.page?contentId=GLO127349#](https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_3_1.page?contentId=GLO127349#)
- Ministero della Salute. La rete dei servizi per la salute mentale. Consultato a gennaio 2024  
<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentali.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>
- Ministero della Salute, Le strutture residenziali psichiatriche, Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 . Consultato a gennaio 2024  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2460\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf)
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Constitution of the World Health Organization. Consultato a novembre 2023  
<https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Mental disorders. 2022. Consultato a novembre 2023  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organizzazione Mondiale della Sanità. Piano d'azione per la Salute Mentale. 2013. Consultato a gennaio 2024  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2448\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf)