

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,
GIURIDICHE ESTUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea
Triennale in



La ragione prova a guarire sé stessa. Storia
italiana e internazionale dei movimenti che
hanno cambiato la salute mentale dal 1952 al
1978

Relatore: Prof. David Burigana

Laureando:
Giuseppe
Buson
matricola
N.1012568

A.A. 2022/2023

Indice

Introduzione	2
Capitolo I: L'inizio del cambiamento. Cenni sulla salute mentale prima della rivoluzione antipsichiatrica	5
La Psichiatria del passato e il controllo sociale	5
San Servolo, il manicomio. La sala anatomica e le chincaglierie positiviste	7
Dall'addestramento all'annientamento. La follia della guerra e Agostino Gemelli	14
Dalla follia alla poesia	18
La psichiatria tra le due guerre e durante il Ventennio	20
Capitolo II: Le cose cambiano. I movimenti del secondo dopoguerra	23
L'OMS, l'ICD e il DMS	23
Una questione di diritti umani	28
Il movimento dell'Antipsichiatria	31
La critica alle istituzioni totali di Goffman	37
Foucault e il suo pensiero	39
La svolta nel manicomio di Karl-Bonhoeffer e la psichiatria sociale	46
La sfida politica e legislativa	49
La legge Basaglia	51
La salute mentale e l'infanzia. La testimonianza di Massimo	

Ammaniti.	53
Capitolo III: Un nuovo punto di partenza	58
Il trattato di Alma-ata (1978)	58
LGBT e diagnosi. Le parole sono importanti.	61
Mario Galzigna	64
Il problema correlato alle droghe: La storia di Syd Barrett	67
Il manicomio al cinema	69
Alda Merini	72
La mostra “La Follia. Le storie e i luoghi”	79
Conclusioni	83
Bibliografia	87

Introduzione

L'idea di una tesi che riguardasse questo argomento nasce dalla necessità di parlare di questa tematica nel clima di inclusività proprio delle epoche recenti. Sicuramente non sono infatti sufficienti, nell'attuale narrazione, le attuali menzioni alla problematica del disturbo mentale e la sua concezione e percezione nella società contemporanea. Lo stigma e il pregiudizio tuttora presenti e la mancanza di un'adeguata informazione a livello sociale su questi fatti mi suggeriscono di proporre proprio questo argomento riflettendo soprattutto a proposito del periodo storico immediatamente successivo alla Seconda Guerra Mondiale. Rifletterò a proposito di come ciò abbia coinvolto tra le più illustri organizzazioni internazionali le quali, sono state sia promotrici nella comprensione del fenomeno, sia attente all'evolversi della situazione. Si sono trovate talvolta comunque protagoniste o precorritrici riguardo gli approcci e la sensibilizzazione su questo tipo di problematica.

La storia dal secondo dopoguerra in poi ha visto numerosi stravolgimenti sul piano politico, economico ma soprattutto culturale. A partire dai primi decenni del '900 la psichiatria e la concezione stessa della malattia e salute mentale cambiano radicalmente da svariati punti di vista: dalla ricerca scientifica alla concezione diffusa a livello sociale e culturale tra la popolazione.

Nello studiare il fenomeno mi sono concentrato soprattutto sul cosiddetto mondo occidentale per quanto riguarda la ricerca delle fonti e la trattazione del periodo per poi comunque concludere pensando al preoccupante divario che talvolta si nota tra quest'ultimo e i paesi cosiddetti "in via di sviluppo".

Uno degli aspetti più difficili da accettare riguardo la malattia mentale per la società precedente alla seconda guerra mondiale era il suo aspetto di essere considerata a deviante prescindere o comunque era presupposta una correlazione costante tra salute mentale e devianza. Pregiudizio che è tutt'oggi da demolire.

Come precisazione mi sento di dover affermare che non sono sceso nel dettaglio della storia della psichiatria non essendo direttamente trattata la materia soprattutto e necessiterebbe da sole una lunghissima trattazione. Lo stesso identico ragionamento vale anche per gli aspetti teorici ed etico filosofici che richiedono anche una conoscenza tecnica e specialistica della quale non dispongo e che richiederebbe un approccio ben diverso.

La terminologia e l'esposizione della trattazione della tematica a carattere psicologico o psichiatrico è trattata in maniera parziale e non possiede nell'intento un approccio di tipo accademico. Alcune informazioni potrebbero sembrare omesse o mancanti ma di sicuro non si è qui voluta operare una storpiatura dei contenuti o di quanto l'attuale prassi in materia considera corretto e fondato a livello teorico. In altre parole qualsiasi eventuale errore non concernente la materia storica o politica non è intenzionale ed è frutto del caso e dell'assenza di competenza in materia.

Il filo conduttore della tesi è quindi il tema salute mentale intesa dal punto di vista storico andando però a vedere come essa si sviluppi e talvolta si generi anche a livello internazionale e all'interno delle organizzazioni istituzionali preposte alla governance globale o nelle loro agenzie soprattutto l'OMS.

Il primo capitolo si sviluppa quindi attorno alla tematica dell'origine dell'istituzione manicomiale in un'ottica comunque susseguente un pensiero supportato dall'ipotesi scientifica. Ma il tutto non ha una trattazione approfondita e cronologica come di una storia vera e propria ma cerca di creare un sottofondo concettuale che descriva il cambiamento che ho poi esaminato più approfonditamente nel secondo capitolo. Il capitolo termina con una breve trattazione purtroppo senza la possibilità di approfondire il periodo tra le due guerre mondiali con due osservazioni entrambe relative alle Due Guerre Mondiali: la prima sul disastro per la salute mentale conseguente la Grande Guerra e la sua portata anche teorica e il secondo è un semplice accenno al tema della deportazione in epoca nazista durante la Seconda Guerra Mondiale.

Nel secondo capitolo ho cercato di andare ad esaminare la storia delle idee, delle leggi e dei trattati e delle organizzazioni su questa piccola grande rivoluzione della storia umana. Il tutto ha ovviamente anche un focus sulla situazione italiana.

Il terzo e ultimo capitolo invece denominato *Un nuovo punto di partenza* è insieme una carrellata di concetti e idee sulla situazione che si è andata a creare all'alba del decennio successivamente le riforme attuate. Non costituisce nell'intento una vera e propria storia post 180/1978 ma piuttosto un insieme di considerazioni sul tema oltre a cercare di illustrare tematiche che sono ancora irrisolte.

Tra questo insieme di considerazioni c'è un omaggio ad alcune delle maggiori personalità protagoniste della storia che hanno il tema dell'istituzione manicomiale. Tra tutti è principalmente degno di nota la personalità di Mario Galzigna, soprattutto in riferimento alla vicinanza geografica e tematica della sua personalità e del suo pensiero con l'Ateneo di Padova o comunque con la regione geografica del Veneto.

Capitolo I: L'inizio del cambiamento. Cenni sulla salute mentale prima della rivoluzione antipsichiatrica

La Psichiatria del passato e il controllo sociale

Il modo di intendere il malato e la malattia in genere è mutato più volte durante la storia. L'approccio alla risoluzione delle problematiche riguardanti il corpo ha subito molti stravolgimenti. Ma del resto cos'altro non è la ricerca scientifica se non un cambiamento di prospettiva? Lo stesso, e anzi forse ancora di più, vale per l'intangibile e delicato campo della mente. Il modo di intendere la malattia mentale e quindi la sua cura o comunque del suo trattamento e posizione all'interno della società ha avuto nelle varie epoche storiche diverse sembianze. Esse alle volte possono essere anche inaspettate a dispetto di quanto si possa essere portati a pensare ai giorni nostri per quanto riguarda per esempio le società antiche, non europee e lo stesso medioevo europeo. Escluse chiaramente in questa sede, anche se non completamente, questioni riguardanti le epoche più remote da quella che è la storia internazionale e delle organizzazioni internazionali trattate qui, potremmo tuttavia andare ad individuare un primo cambiamento, oltre matrice culturale e politica tra i più importanti della storia moderna, anche dal punto di vista medico e scientifico. In Pinel e successivamente Connolly in coro con gli ideali della rivoluzione francese e i valori illuministici, il malato inizia ad essere visto come bisognoso di essere ascoltato, compreso e aiutato. Inizia in altre parole ad emergere l'aspetto sociale e umano della cura del malato mentale. Di esso si inizia a considerare il lato umano e personale, la sua storia, ciò che racconta, le parole, i pensieri, quello che ha subito e vissuto. La cura inizia a coinvolgere l'ascolto, i mezzi coercitivi e violenti non sono più giusti e necessari a prescindere. Ma sono invece esattamente il motivo per cui la cura non funziona. Da subito si registrano successi nei primi decenni del XIX secolo: i malati iniziano effettivamente a

guarire. Ma con il passare dei decenni non fila tutto liscio come l'olio. Il sistema e l'approccio da essi proposto aveva dei grossi limiti. I problemi della neonata psichiatria, ma quindi più che altro della cura del malato mentale, erano tutt'altro che risolti.

[...] gli atteggiamenti di Pinel e Connolly piuttosto che segnare la liberazione del malato di mente dalle catene d'acciaio e dalle superstizioni, costituiscono l'imposizione di una decisamente più marcata 'uniformità sociale e denuncia sociale' ovvero il momento storico in cui la professione medica si assicurò il dominio sul malato, lanciando il 'gigantesco imprigionamento morale che non abbiamo l'abitudine di chiamare, [...] la liberazione del folle [...]'. Il mito del progresso è qui rovesciato. Per il folle, secondo Foucault, "la liberazione del corpo significa meramente l'impiego di nuove torture per la mente..., l'imposizione di più sottili e terrificanti 'manette applicate alla mente' imponenti senso di consapevolezza e auto-controllo".¹

Un'esemplificazione ulteriore dei contrasti morali e delle contraddizioni la offre sempre Pappalardo. Il problema era come la polvere nascosta sotto il tappeto. Nelle cliniche USA durante il secolo XIX i malati più docili e mansueti venivano messi nei padiglioni in mostra ed accessibili al pubblico mentre la maggioranza dei malati stavano nei padiglioni più nascosti e subivano per tutta la degenza torture e vessazioni. Tutto ciò ebbe l'effetto di indebolire e delegittimare la psichiatria. Il fallimento delle promesse e degli obiettivi che si era posta era stato invalidato a causa della sua incapacità di esprimere giudizi scientifici ed arrivare a punti fermi nello spiegare i fenomeni di cui si occupava. Gli alienisti, come erano definiti all'epoca, risposero alle critiche concentrando le proprie argomentazioni spostando l'attenzione sulla sicurezza. La linea che tennero tendenzialmente riguardava la tematica della sicurezza collettiva. Essi

¹ F. Pappalardo, "L'affermazione della psichiatria come agenzia di controllo sociale", *Studi Urbinati* 79 (2009), pp. 419-431.

stessi di fatto avrebbero garantito tale sicurezza togliendo e separando fisicamente dalla società i “dannati” e per rendere convincente tale argomentazione insistevano riportando alcuni fatti di cronaca in cui gli alienati avevano commesso atti violenti. La linea consisteva in altre parole nell’illustrare e cercare di dimostrare il fatto che i malati di mente fossero presupposti alla devianza e quindi ripetevano queste “storie esemplari”. Il vero e proprio cambiamento si avrà come vedremo con l’avvento della psicoanalisi e della psicologia.

La crisi dell’istituto manicomiale culmina principalmente nel periodo che prenderò in esame ovvero gli anni ‘60 e ‘70 ma che in realtà si può considerare esaurito con la chiusura definitiva dei principali istituti nei decenni successivi e anzi, assumendo come vero un altro punto di vista ancora si può considerare la chiusura degli OPG in data 1 aprile 2015 come data cardine e tuttavia non ancora finale di tale processo (per lo meno per quanto concerne la nostra nazione). Tuttavia i segni di questa crisi erano in atto e i suoi sintomi noti già agli inizi del XX secolo. Insomma, rispetto a quanto professato dai più illustri pensatori di quell’epoca e delle epoche passate si può dire che le cose all’interno dei centri di cura andavano diversamente rispetto a quanto previsto e auspicato dagli stessi e questo è vero soprattutto una volta passata la metà del secolo.

L’Italia all’inizio del secolo è da considerare su posizioni a carattere nettamente conservatore. I modelli *open door* e *no restraint* erano rifiutati dal pensiero dominante diffuso tra gli alienisti. Le idee di Conolly tendenti verso l’esclusione o la limitazione del ricorso alla coercizione fisica tuttavia contemplavano, come già visto, la coercizione a carattere morale sostanziata poi nella vera e propria *cura morale* che si era rivelata devastante a fini curativi. La psichiatria insomma aveva una vera e propria impronta di igiene sociale e di pubblica sicurezza piuttosto che un’indole terapeutica e riabilitativa. Nonostante ciò non vi è una omogeneità tra criminologia Lombrosiana e psichiatria italiana e il suo pensiero. Le terapie di shock delle cui strumentazioni e pratiche sono presenti resti nei vari musei come quello

di San Servolo, erano volte ad attenuare questi sintomi tra cui appunto questa pericolosità latente. In Italia all'epoca si può dire che fosse generalmente rifiutata la psicoanalisi.

San Servolo, il manicomio. La sala anatomica e le chincaglierie positiviste

San Servolo, toponimo riferito a un'isola del territorio di Venezia che ospita i resti di ciò che era l'omonimo manicomio tra i più importanti a livello culturale sul panorama psichiatrico italiano. Il primo ospite a San Servolo risale all'anno 1725. San Clemente è invece il nome dell'isola vicina in cui, a partire dal 1898, si iniziò a ospitare la parte femminile del complesso manicomiale veneziano. Altro ruolo molto importante dal punto di vista ospedaliero sanitario era la presenza dell'ospedale per i pellagrosi. Con la sua rappresentazione è una metafora vivente della "follia reclusa", relegata distante da tutto e da tutti, isolata geograficamente, imprigionata e imbrigliata perché pericolosa, dannosa, diabolica e da estirpare dal mondo invece retto e salvo dal diavolo in persona. Al giorno d'oggi a San Servolo è presente, per volere e ideazione iniziale di Mario Galzigna un museo, in memoria di quegli anni oscuri di reclusione e violenza. Sono presenti anche altre istituzioni ed enti come la Venice International University che fa parte della Ca' Foscari, un Hotel. Come ultima istituzione degna di nota c'è una piccola parte della Biennale di Venezia insieme alla quale ruotano altre iniziative di carattere artistico, culturale e anche musicale. All'isola di San Clemente invece è presente un altro Hotel. Istituito successivamente alla chiusura del manicomio dopo qualche mese dell'approvazione della legge 180/1978 (la succursale a San Clemente invece fu chiusa nel 1992) nel museo sono presenti vari reperti a testimonianza del passato dell'isola. Inoltre vi sono: a una ricostruzione della sala anatomica con i relativi strumenti per sezionare, apparecchi per la terapia e contenzione dei malati e insomma strumentazioni della clinica a scopo terapeutico oppure diagnostico e di ricerca scientifica. La tipologia e caratterizzazione di gran

parte di questa oggettistica, soprattutto per quanto riguarda gli strumenti di diagnosi e ricerca, testimoniano la diffusione in quel periodo dell'organicismo e del riduzionismo nell'ambito della ricerca psichiatrica e la loro presenza a San Servolo. Anche la presenza dei crani umani e dei cervelli in quanto raccolti dagli specialisti dell'epoca sono la prova dell'approccio organicista: l'origine della malattia mentale poteva essere "trovata" nella biologia, anatomia in quanto essa sarebbe stata sempre presente sotto forma di lesione anatomica o disfunzione bio-chimica. A testimoniare l'arretratezza dell'approccio dialogico terapeutico di tipo ottocentesco fu quella che era stata definita appunto la "cura morale" enunciata da Esquirol (lo studente prediletto di Pinel) nel 1805 la quale presupponeva la presenza di un efficace "apparato di forza" al fine di rimediare alla situazione patologica del malato mentale. L'uso della repressione e della contenzione però non era sistematico in linea di principio e così fu per lo meno fino alla seconda metà dell'Ottocento. La crisi della prima psichiatria, in declino dalla metà del 1800 e la relativa delegittimazione si fece sentire anche nell'isola nel 1901, anno in cui fu svolta un'indagine richiesta svolta dal consiglio provinciale di Venezia. Tale inchiesta diede inizio alla vicenda chiamata scandalo Minoretti. Diventò un vero e proprio caso giudiziario che portò alla destituzione e all'arresto del direttore del manicomio dell'epoca, il Fatebenefratelli Camillo Minoretti, a causa dell'abuso di "barbari mezzi di coercizione" durante il suo servizio. Minoretti in realtà non aveva fatto altro che continuare la condotta verso il malato che si era tenuta per tutto il secolo precedente, condotta fatta di torture e prigionia forzata. Lo scandalo Minoretti, insieme ad altri episodi analoghi portarono alla promulgazione di quella che fu una delle prime leggi di regolamentazione dei manicomi, la legge 36/1904.

Un'altra parte molto importante del museo è quella che rappresenta gli strumenti e stanze necessari per la ricerca delle famigerate cause organiche delle patologie mentali (organicismo): il laboratorio anatomico ricostruito vede esposti addirittura crani e cervelli che avrebbero dovuto avere caratteristiche patologiche, questi ultimi conservati fino ad oggi col

metodo della plastinazione. Tra la strumentazione si possono annoverare i microscopi per le ricerche a carattere istologico, ulteriore prova del carattere positivista della psichiatria manicomiale, assimilata a branca della medicina clinica. Seguendo il clima di positivismo che imperversava nel campo fino alla metà del XX secolo in cui tale tendenza della psichiatria si trasformò nella cosiddetta psichiatria biologica che rappresentava la prosecuzione di tale tendenza positivista. La strumentazione diagnostica neuropsichiatrica comprendeva altri ora anacronistici strumenti diagnostici volti alla misurazione antropometrica nel cui elenco non mi addentrerò. Interessante infine è il patrimonio fotografico sia relativo alla vita quotidiana di testimonianza di com'era la vita all'interno di San Servolo ma anche a carattere sempre descrittivo e diagnostico come per esempio il famoso "Album comparativo" (riportato anche alla mostra *La follia. Le storie e i luoghi*) che mette in luce i successi apparenti ottenuti sui pazienti prima e dopo il ricovero a San Servolo, tramite una foto all'ingresso del manicomio e un'altra foto una volta terminato il decorso terapeutico. Questo genere di foto del tipo del "prima e dopo" per dimostrare le trasformazioni corporee visibili che avrebbero subito i malati con la guarigione manicomiale in realtà tradivano spesso l'efficacia supposta del ricovero e divennero successivamente più che altro un obbligo che sembra quasi essere analogo ad una schedatura del paziente in funzione della sua pericolosità (per sé o per gli altri). A ciò sono quindi anche associate le relative apparecchiature fotografiche.

Un'altra pratica diffusa nel mondo occidentale con diverse intensità che aveva sulle persone risultati definitivi e irreversibili è la lobotomia. Rientrando nel campo della cosiddetta psicochirurgia era stata concepita nell'ottica e con l'intento di essere una sorta di soluzione perfetta e sicura al problema dell'alienazione. È tra gli aspetti maggiormente persistenti nell'immaginario comune sulla psichiatria. Rimedio al fastidio e paura che il demente arreca alla società. La pratica è stata resa celebre dalla cinematografia statunitense, paese in cui era diffusissima, e praticata fino all'inizio degli anni '70 ma di cui in realtà gli ultimi casi registrati sono

addirittura risalenti agli anni '80. Il suo ricorso iniziò ad essere meno frequente con il diffondersi della clorpromazina. La lobotomia raggiunse un livello di tollerabilità e di normalità da parte della popolazione tale che arrivò a coinvolgere e stravolgere la vita anche di persone appartenenti a famiglie illustri come la sorella di John Fitzgerald Kennedy ovvero Rosemary Kennedy, lobotomizzata all'età di 23 anni nel 1941 in quanto diventata altamente irritable e difficile a causa di una disabilità intellettiva insorta al momento del parto, in cui c'erano state complicazioni. Walter J. Freeman, medico e neurologo, non era nemmeno autorizzato ad utilizzare il bisturi ma girava l'America con un furgone chiamato "lobotomobile". Intervistato da James W. Watts, il chirurgo del George Washington University Hospital che lo aveva assistito nell'operare proprio Rosemary. Il metodo era barbaro e grossolano alla pari del lavoro di un macellaio: mentre chiedeva alla paziente di recitare una preghiera, contare a ritroso o cantare, Watts incideva con un coltello la povera Rosemary fino al punto in cui diventò incoerente. Era stato proprio il padre a volere la lobotomia per la figlia scomoda e pericolosa per la reputazione dei Kennedy.

Tra le pratiche terapeutiche esercitate vi è anche l'idroterapia. Era una terapia che si basava sul fatto di ottenere cambiamenti in positivo nell'umore del malato con bagni d'acqua di diverse temperature a seconda del sintomo da sedare, acqua che poteva essere applicata tramite una vera e propria doccia a forma di gabbia oppure in una vasca. Ad esempio per i cosiddetti malinconici, i furiosi e maniaci una doccia fredda sarebbe bastata, secondo il pensiero dell'epoca, a quietare i loro comportamenti mentre nel caso per esempio degli insonni, gli agitati e gli inquieti era indicato come migliore un bagno nell'acqua calda. Tra gli apparecchi di cui si nota maggiormente la presenza al museo vi sono sicuramente le macchine per somministrare l'elettroshock. La cosiddetta elettroterapia era largamente utilizzata nel manicomio di San Servolo per la cura delle nevrosi e delle psicopatie. Le prime utilizzazioni dell'elettricità a scopo terapeutico sono antiche, ovvero del XVIII secolo. L'elettroterapia si inseriva in realtà nella categoria più generale delle terapie di shock le quali includono anche lo shock insulinico.

Quest'ultima, meno conosciuta, si proponeva di causare uno stato di sonnolenza o anche di coma tramite l'abbassamento del livello di glicemia del sangue. Il paziente veniva poi risvegliato tramite la somministrazione di zucchero. Fortunatamente nel 1958, alla conferenza internazionale sull'insulinoterapia, la maggioranza dei partecipanti dichiarò fosse anch'essa superata dalle cure farmacologiche che come sappiamo furono introdotte qualche anno prima. Altre terapie di minor utilizzo furono rapidamente abbandonate come l'induzione di crisi convulsive tramite l'iniezione di Cardiazol, uno stimolante circolatorio.

Prevalse invece la ufficialmente denominata e già menzionata terapia elettroconvulsivante (ECT) in quanto di più facile applicazione. Ugo Cerletti, uno dei più influenti psichiatri dell'epoca, direttore della Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Roma arrivò nel 1938 all'applicazione della cura sull'uomo, facendo un test su un vagabondo schizofrenico. Riuscì per la prima volta a provocare crisi convulsive tramite l'elettricità al paziente con l'attrezzo che egli stesso battezzò con il noto pseudonimo. Applicando gli elettrodi sulle pareti del cranio la scarica è di 110 Volt per una frazione di secondo, sufficiente a provocare una crisi epilettica, alla seguente fase tonica con apnea e al successivo risveglio. I risultati furono ampiamente illustrati sulla "Rivista Sperimentale di Freniatria" nel 1941. L'elettroterapia divenne lo strumento di cura più diffuso e facile da applicare. Il suo utilizzo fu così largamente diffuso che diventò una "panacea automatica" (Henri Ey) e venne utilizzato come mezzo di controllo dei sintomi senza che fosse mai chiarito il meccanismo di azione delle cure. Furono proprio le tecniche di shock ad aprire la strada alla psicoturgia, via dettata dalla convinzione di cercare di intervenire direttamente nel problema per risolverlo. In ambito terapeutico *"l'impiego degli psicofarmaci e la psicoterapia hanno ottenuto risultati terapeutici tali da facilitare la chiusura dei manicomi, per cui all'azione dei farmaci si è aggiunta anche quella grande cura che è la libertà"*².

² Museo del manicomio di San Servolo, op. cit.

Tra le cose più curiose e inaspettate al museo ma che è annoverata tra le terapie più antiche vi è anche la musicoterapia, rappresentata tra l'altro dalla presenza di un pianoforte al museo. La musicoterapia rientrava infatti nell'ambito della "cura morale" della scuola parigina di Pinel ed Esquirol. Il suo precursore Cesare Vigna comunque è considerato un antesignano della musicoterapia ed era anche collaboratore della "Gazzetta musicale lombarda" e amico di Giuseppe Verdi. I malati e gli infermieri insomma, potevano dilettarsi a suonare brani al pianoforte ed erano addirittura tenute lezioni di strumento presso una delle stanze del manicomio.

Testimoni ancor di più dell'esistenza di un passato tragico sul fronte psichiatrico sono i numerosissimi mezzi di contenzione meccanici: Manicotti di contenzione, catene, cinture e la purtroppo celeberrima camicia di forza sono tra gli oggetti più presenti e utilizzati e la cui vista, relativamente al loro impiego eccessivo, da parte dell'ispettore Belmondo nel 1901 sarà il fattore scatenante dello scandalo Minoretti. Il *no restraint* professato da Connolly ovvero il presupposto di fare il meno possibile ricorso ai mezzi di contenzione era considerato irrealizzabile a San Servolo nella filosofia di chi lo dirigeva. Il mezzo contenitivo in generale non solo a San Servolo si sa che arrivò a eguagliare la gravità e la sofferenza apportate dalla tortura vera e propria e a ciò si aggiunse che spesso si considerava che gli strumenti della contenzione potessero avere un ruolo educativo.

Un'altra forma di terapia che coinvolge anch'essa l'immaginario comune e che è tuttora presente nei più svariati ambiti è l'ergoterapia. L'idea sottostante l'ergoterapia era l'affaticamento del corpo del malato al fine di consentirgli un riposo e tranquillità maggiori. Essa fu a lungo criticata per la componente che ebbe di sfruttamento dei pazienti. A San Servolo l'ergoterapia aveva luogo nei locali del manicomio, nei terreni sempre dell'isola, ed era presente anche una colonia esterna sita a Marocco nell'entroterra sotto il comune di Mogliano Veneto. L'ospedale venne inaugurato nel 1900 ed era di fatto una colonia agricola, vera e propria e succursale dei manicomi centrali veneti di San Servolo e di San Clemente.

Venivano generalmente trasferiti i pazienti definiti "dementi cronici e tranquilli" o comunque in grado di svolgere un lavoro. Era dotata di casa colonica con 70 posti letto, di 15 ettari di terreno coltivabile, stalla, porcile, pollaio e officine. La colonia aveva anche la funzione di rifornire gli ospedali veneziani dei generi alimentari della campagna di cui avevano bisogno.

Altro aspetto da analizzare della psichiatria di epoche più remote e anche in questo San Servolo non faceva differenza, era la farmacoterapia. Essa aveva come caratteristica principale l'interesse quasi esclusivo alla sedazione dei malati al fine di calmare i sintomi e il disturbo che arrecava fino alla diffusione dei primi neurolettici a partire dal 1953, anno di diffusione della clorpromazina. I Fatebenefratelli, comunità religiosa operante all'interno del manicomio di San Servolo, erano interessati da sempre allo studio delle erbe e altre sostanze curative. San Servolo era la "Spezieria" che riforniva in epoche più antiche farmaci alle navi e ospedali della Serenissima ed è tuttora conservata e visitabile insieme al museo la Farmacia con reperti del XIX secolo. A testimoniare l'arretratezza, ovvia, e comunque l'inesistenza della psicofarmacologia come la intendiamo ora è la composizione dei farmaci e la loro provenienza dal punto di vista biologico o chimico. Alle volte per quanto riguarda soprattutto farmaci di utilizzo più antico essi potevano addirittura mancare di una spiegazione e motivazione che avesse carattere scientifico ed essere prodotti seguendo criteri di tipo spirituale o religioso. Per quanto riguarda i medicinali prodotti e presenti dal 1847 in poi, anno di insediamento di Prosdocimo Salerio, essi iniziarono ad avere invece un'impronta più farmacologica. Si possono elencare i "vescicanti" per demenza, mania, malinconia; il "cauterio alla nuca" per dementi, torpidi, allucinati; i purganti, gli emetici, il chitino etc.. Ma soprattutto i calmanti: il digitale, i bromuri, l'oppio e il cloralio. Infine in riferimento all'altro importante ruolo ospedaliero, il ferro per combattere la pellagra, "che toglie le braccia all'agricoltura". Come già detto tutto ciò fino al 1953, anno di diffusione del primo neurolettico della storia. Successivamente si aggiunsero ansiolitici ed antidepressivi. Il tutto fece ridurre il numero e la durata degli internamenti. La successiva rivoluzione

su questo campo sarà l'introduzione dei neurolettici di seconda generazione, volti a ridurre i sintomi negativi e gli effetti collaterali, il tutto in linea con la chiusura dei manicomi e la possibilità di affrontare la realtà da parte dei pazienti.

Dall'addestramento all'annientamento. La follia della guerra e Agostino Gemelli

Un altro aspetto concernente la relazione tra la salute mentale della persona e lo Stato o comunque l'organizzazione politica in genere è legato a come la cultura politica e i valori e la tecnologia determinino le scelte e influiscono sullo svolgimento della guerra e della preparazione strategica e militare. Ma soprattutto di assoluto interesse è il come tutto ciò abbia avuto dei risvolti sulla salute mentale, sulla sua concezione e sull'approccio verso la patologia della mente. La Grande Guerra con la sua modalità di svolgimento all'interno della trincea, la pressione durante i bombardamenti dell'artiglieria e le lunghe e noiosissime attese fino al rischiosissimo assalto mettevano a dura prova la mente e l'umore dei soldati. In questo contesto rientra la figura di Padre Agostino Gemelli, personaggio dal singolare percorso di vita includente l'adesione al fascismo e la sicuramente più degna di nota fondazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano; fu anche nominato consulente di psicologia delle masse presso il ministero della guerra. Per vincere la guerra le forze armate avevano bisogno di automi, manipolabili e passivi. La disciplina ha la funzione di impoverire la mente per portare il soldato ad uno stato di torpore e di indifferenza.

Ricerche durante l'ultima decade hanno suggerito che l'educazione in tempo di pace, strutture occupazionali, e credenze religiose influenzano i comportamenti sociali verso i conflitti armati, influenzano la volontà

degli uomini a combattere e danno forma alle loro strategie psicologiche per affrontare le battaglie.³

Allora c'è un nesso tra cultura, modalità di addestramento e tecnologia (militare e non) nella storia della guerra e nello svolgimento del conflitto. Ed in particolar modo e come sembrerebbero dimostrare i fatti, è proprio la modalità della strategia e della tattica di combattimento che portò i soldati, in particolar modo quelli definiti "deboli" ad avere ripercussioni dal punto di vista dello stress emotivo e mentale benché fossero illesi fisicamente. Ciò è accentuato ancor più dalla tendenza alla standardizzazione delle unità da combattimento. Ciò è valso e vale per tutte le guerre, ma l'intensità del ruolo del soldato umano che ancora persiste ed è centrale nella prima guerra mondiale, la "guerra industriale", a differenza delle guerre delle epoche successive fa la differenza. Negli altri principali conflitti del ventesimo secolo infatti hanno una maggiore preponderanza mezzi, l'artiglieria e insomma le tecnologie e la loro applicazione sotto forma di armi. La Prima Guerra Mondiale era combattuta tra le trincee metro per metro e le attese erano lunghe e gli assalti finali dopo giorni e giorni di ansia e terrore nei duranti i quali si poteva venire colpiti da un momento all'altro. Per il Gemelli la psicologia, tanto quanto la religione, avevano un ruolo fondamentale nella conduzione del conflitto. Soprattutto in vista del suo successo. Il Gemelli precedentemente aderente al positivismo e al marxismo entrò in convento nel 1903 e aiutò a suo modo l'uscita dal pensiero lombrosiano nell'ottica di "scienziato cattolico". Egli separava infatti il piano fisico organico da quello psichico e morale. Vedeva infatti nella ricerca a carattere psicologico e quindi non psichiatrico la possibile correlazione tra biologia e mente (alla quale annetteva tuttavia l'aspetto morale e spirituale). Il Gemelli

si sentì attratto dal fascino di una guerra moderna, di massa, per tanti versi inedita. Mise fin da subito in luce i risvolti religiosi del conflitto, esaltando i vantaggi di una unione tra fede e patriottismo. La fede religiosa avrebbe

³ A. Watson, "Culture and Combat in the Western World", *The Historical Journal*, 51:2 (2008), pp. 529-546. Traduzione dall'originale inglese mia.

potuto dare argomenti alla propaganda per una “guerra giusta” e per diffondere l’amor di patria. Sacro e profano dovevano allearsi. La guerra sarebbe stata un terribile flagello, senza dubbio, che però andava accettato, perché provvidenziale, vera espiazione collettiva, e possibile strumento di rinascita. La guerra andava in primo luogo pensata come un problema di cultura cristiana e non da ultimo come problema di psicologia.⁴

A questo punto della trattazione, è di vitale importanza introdurre il termine *shell shock*. Traducibile in italiano come shock da granata, questa parola fu coniata nel 1915 - in piena Grande Guerra - e va a indicare tutti quei disturbi psichici che si manifestavano nei reduci; inizialmente, si trattava del modo per indicare una lesione neurologica dovuta all’esposizione a forti agenti esterni che caratterizzavano la guerra. La definizione però mutò ben presto, quando ci si accorse che raramente era possibile tracciare una linea di causa-effetto tra i sintomi mostrati e l’aver subito degli effettivi danni cerebrali. Si fece dunque avanti l’ipotesi che i sintomi avessero un’origine di natura psicologica, tanto da essere definiti come disturbi causati da uno stress traumatico. In Italia i numerosi combattenti che presentavano questa sintomatologia finirono per essere chiamati con il poco lusinghiero appellativo di “scemi di guerra”, a sottolinearne la loro ormai estraneità rispetto alla normale vita.

Dall’altra parte del fronte, quello austro-ungarico, si ritrovò a occuparsi di queste persone l’ebreo triestino Edoardo Weiss, noto per i suoi contributi alla psicoanalisi in Italia e, soprattutto, alla psicopatologia bellica. Il giovane Edoardo, dopo la laurea in medicina conseguita a Vienna nel 1914, fu inviato dall’esercito imperiale sul fronte orientale con il ruolo di medico militare. Qua ebbe modo di avere un primo assaggio degli effetti che la guerra poteva avere sugli uomini, ma fu solo solo a partire dal 1919 che cominciò a occuparsi sistematicamente di coloro che presentavano delle psicosi belliche (*shell shock*, appunto). Il Dottor Weiss esercitò infatti la

⁴ Ibidem.

professione psichiatrica dal 1919 al 1929 presso il Civico Frenocomio di Trieste e, come emerge dalle cartelle cliniche (Corsa, 2013), oltre un terzo dei suoi pazienti era reduce di guerra. La mole di dati raccolta da Weiss lo portò a essere uno dei primi studiosi a evidenziare come la definizione iniziale di *shellshock* risultasse sbagliata. I pazienti osservati dal medico triestino presentavano sintomi non legati a danni al cervello e, di conseguenza, era da scartare il problema meccanico e da osservare più da vicino quello psicologico. Ciò che realmente aveva turbato la mente dei reduci curati a Trieste - così come in altri luoghi - erano gli orrori sperimentati durante la guerra; un conflitto che in quelle proporzioni e modalità mai si era visto prima. Le nuove tecnologie di inizio '900 disegnano un modo totalmente nuovo di combattere la guerra e con questo l'esperienza di chi la viveva in prima persona da soldato. Lo stallo che si venne a creare durante il conflitto e la conseguente permanenza forzata nelle trincee si rivelarono un insopportabile stillicidio per le menti dei soldati, che si ritrovarono a vivere un'esperienza totalizzante e spersonalizzante.

Non solo, anche la cultura che andava imponendosi - come abbiamo visto con le idee di Gemelli - contribuiva a rendere poco sostenibile la vita del soldato della Prima Guerra Mondiale. In particolare, l'addestramento per cui erano passati i soldati era mirato a renderli delle macchine da guerra pronte a uccidere senza che il senso di colpa prendesse il sopravvento. Questa cosa si accentuò ancora di più nella guerra moderna, dove l'individualità della persona non contava quasi più nulla e piuttosto aveva valore la specializzazione e la riduzione a un minuscolo ingranaggio all'interno della macchina bellica. L'addestramento però spesso fallì nel togliere ogni briciolo di umanità ai soldati e una delle cause principali di *shell shock* fu spesso l'atto di togliere la vita a qualcun altro:

Nelle trincee il soldato sperimentò il dominio totalizzante dello stato: all'interno della sua struttura burocratica, della macchina organizzativa produttrice di morte, si sentì un insignificante, impotente ingranaggio [...] La tecnologia bellica, la più aberrante espressione

della modernità, è percepita come dotata di volontà propria, che persegue l'unico fine ad essa intrinseco: la distruzione dell'umanità.⁵

Soprattutto in Italia la relazione tra la guerra e i disturbi psicologici portò a un cambiamento di paradigma negli studi. Sempre Bruna Bianchi fa notare che durante la guerra era possibile notare una tendenza diversa nel trattare il problema rispetto alla Germania: l'ossessione per la disciplina nel regio esercito portò a un alto numero di fucilazioni, sovente tra quelli che presentarono dei disturbi sul campo di battaglia o all'interno delle trincee; al contrario, il basso numero di condannati alla stessa sorte tra le fila tedesche è probabilmente da mettere in relazione all'ampio ricorso all'ospedalizzazione per cause nervose o mentali. I soldati che mostravano questi segni di instabilità venivano considerati poco maschi e adatti alla guerra, persone deboli perché spesso i loro problemi psicologici li portavano a diventare dei disertori. Il problema era considerato dunque l'individuo e una sua scarsa propensione alla mascolinità e allo spirito guerresco tanto richiesto durante il conflitto.

La grande produzione di lettere da parte dei soldati durante la Prima Guerra Mondiale risulta importante per capire appieno lo stato d'animo di chi aveva dovuto prendere parte al conflitto e passare svariati mesi in trincea. In questi scritti si possono trovare tracce della loro condizione: sullo sfondo di ogni missiva sembra sempre aleggiare lo spettro della follia, anche se mai citato esplicitamente. Ci si sofferma piuttosto su eventi che si erano particolarmente impressi nella memoria dei combattenti e che venivano raccontati con grande trasporto emotivo, in particolare emergeva la solidarietà tra compagni e l'attaccamento a valori come quello della famiglia e dell'amicizia. Emerge dunque un sentimento collettivo in cui ci sente sempre sull'orlo di un precipizio e si cercano dei valori a cui aggrapparsi per non sprofondare nella disperazione. «L'analisi delle cartelle cliniche ha

⁵ B. Bianchi, Il trauma della modernità, in Andrea Scartabellati (a cura di), *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, Marco Valerio, Torino 2008, pp. 9-64.

dimostrato che la solitudine, la mancanza di legami di amicizia al fronte erano sufficienti a far sprofondare nello sconforto e nella depressione»⁶.

A conclusione di questa breve trattazione, va comunque segnalato che lo *shell shock* - nonostante le indubbe novità che lo provocarono - non è appannaggio dei reduci della Prima Guerra Mondiale. In particolare, gli studi a proposito di questo fenomeno sono emersi con forza durante la Guerra del Vietnam: furono in tanti tra i reduci a sviluppare il cosiddetto *Post Traumatic Stress Disorder*, legato direttamente al vissuto del conflitto e fu proprio in occasione di quel conflitto che la psichiatria mondiale avanzò le proprie ricerche sul campo.

Dalla follia alla poesia

Uno dei tanti modi attraverso cui si tentava di sfuggire alla guerra e di manifestare o sfogare la propria sofferenza al fronte fu la scrittura. Nei suoi studi sui poeti britannici ricoverati per disturbi nervosi, Daniel Hipp si è concentrato sulla creazione poetica utilizzata appunto come mezzo per sfuggire a quel senso di angoscia che era sempre sullo sfondo delle lettere dei soldati. Secondo lo studioso la poesia avrebbe una forte componente terapeutica e avrebbe la capacità di rimettere al centro la personalità dell'individuo per far fronte alla progressiva spersonalizzazione data dalla guerra e dalla sua componente di elevata tecnologia. Oltre, naturalmente, a esaltare tutti quei valori che emergevano dalle lettere come l'amicizia, la famiglia, la fragilità individuale di fronte all'esperienza totalizzante dei combattimenti. Non solo dalle lettere e dalle poesie, ma anche dai diari tenuti da soldati semplici si nota come la parola scritta avesse una grande importanza per rimanere attaccati a un pizzico di umanità e di razionalità durante le lunghe giornate passate in trincea. Allargando lo sguardo di osservazione si potrebbe vedere l'immensa produzione letteraria dei soldati come un corpus artistico con un valore terapeutico, una sorta di tentativo di cura individuale attraverso cui liberarsi dello stress bellico. Effettivamente,

⁶ B. Bianchi, *Il trauma della modernità*, op. cit.

come evidenziato precedentemente, la musicoterapia era già stata praticata a San Servolo e ultimamente presso il MUSME di Padova è in corso una mostra tematica dal titolo *La follia: le storie e i luoghi* in cui sono esposte alcune opere d'arte dei pazienti dei manicomi.

Emerge sempre ne *Il trauma della modernità* di Bruna Bianchi anche il ruolo femminile in questa serie di disturbi associati al conflitto armato. La testimonianza delle mogli dei mariti veterani di guerra tornati "mai più come una volta" si può notare anche nella letteratura. Esempi noti sono presenti ne *Il ritorno del soldato* di Rebecca West e *La signora Dalloway* di Virginia Woolf:

[...] Septimus divenne un uomo, fu promosso, attirò l'attenzione, a dire il vero l'affetto, del suo comandante, Evans si chiamava. Erano come due cani che giocano sul tappeto davanti al camino: uno tormenta una pallina, l'azzanna, ringhia, mordicchiando, di tanto in tanto, un orecchio del cane più vecchio; l'altro sonnecchia sbirciando il fuoco, solleva una zampa, si gira e mugola bonariamente. Non potevano fare a meno di stare insieme, di condividere tutto, di fare la lotta, di litigare tra loro. Ma quando Evans (Rezia, che l'aveva visto una sola volta, lo definì «un uomo tranquillo», un tipo massiccio, rosso di capelli, riservato in compagnia delle donne), quando Evans fu ucciso, alla vigilia dell'armistizio, in Italia, Septimus, lungi dal mostrare qualunque emozione o dal riconoscere che era la fine di un'amicizia, si congratulò con se stesso per aver sofferto poco, e molto ragionevolmente. La guerra gli aveva insegnato qualcosa. Magnifico. Aveva partecipato all'intero spettacolo, amicizia, guerra in Europa, morte, era stato promosso, non aveva ancora trent'anni ed era destinato a sopravvivere. In ciò non si sbagliava. Le ultime granate lo mancarono. Le guardò esplodere con indifferenza. Quando venne la pace si trovava a

Milano, alloggiato nella casa di un albergatore, con un cortile, ori nei mastelli, tavolinetti all'aperto, figlie che confezionavano cappelli, e con Lucrezia, la figlia minore, si fidanzò una sera, quando fu preso dal panico – di non provare più nulla. Perché adesso che era tutto finito, l'armistizio firmato, e i morti sepolti, lui aveva, soprattutto di sera, quegli improvvisi attacchi di panico. Non provava più nulla.⁷

La psichiatria tra le due guerre e durante il Ventennio

Se le condizioni dei malati psichiatrici erano queste, quale fu la risposta della scienza psichiatrica in Italia a seguito della Grande Guerra?

Già prima del conflitto si era tentato di prendere di petto il problema con l'approvazione della legge 36/1904, conseguenza di quel fenomeno chiamato "Il Grande Internamento" i cui effetti si videro come già detto anche a San Servolo. A cavallo tra i due secoli si era avuto un vertiginoso aumento dei ricoveri psichiatrici come si evince dai dati che abbiamo a disposizione: nel 1892 la percentuale era di 0,77 ricoverati ogni 1000 abitanti, con una crescita fino a 1,16 nel 1905 e che arriva addirittura a 1,48 nel 1914 prima dell'entrata italiana in guerra.

La legge in questione disponeva il ricovero coatto in manicomio per chiunque presentasse segni di una malattia mentale. La legge considerava il malato psichico un soggetto irrecuperabile e da allontanare dai sani e lo equiparava al criminale. Il problema stava proprio nella concezione di pubblico scandalo, che finiva per ridurre il problema sanitario a uno di pubblico decoro e sicurezza: si finiva così per trovare nei manicomi non solo reali malati psichiatrici, ma anche epilettici, disabili fisici, anziani con demenza senile e altri casi che non presentavano sintomi riconducibili a una reale malattia mentale. La pratica manicomiale sembrava ridotta più a un

⁷ V. Woolf, *La signora Dalloway*, Traduzione dall'originale inglese a cura di A. Nadotti, Torino, Einaudi, 2012, pp. 89-90.

ulteriore braccio della polizia e spogliata della propria funzione sanitaria: l'art.153 del Testo Unico di Pubblica Sicurezza intimava a chi praticava la professione sanitaria di denunciare alla pubblica autorità chi tra i loro assistiti presentasse problemi tali da rendersi pericolosi per se stessi o per gli altri.

Nella stessa mentalità si inserisce il Codice Rocco con l'articolo 604 che sancirà l'obbligo di aggiungere al casellario giudiziale le sentenze relative all'internamento dei malati psichiatrici. Il fascismo sposterà quindi, con il codice Rocco il focus dal reato a chi lo commette, in parziale accordo con le teorie lombrosiane. Si andava a valutare il soggetto giudicato negli aspetti fisici, psicologici e sociali al fine di avere una valutazione che permettesse di comminare una pena adeguata alla pericolosità dell'individuo. Anche nel caso della malattia psichica, non ci si interessava alla causa, ma si andava a punire e controllare il soggetto portatore di essa.

Le pratiche non si fermarono però al solo controllo e internamento coatto, ma si spinsero fino alla sistematica pratica di sterminio che - se pur maggiormente utilizzata sotto il nazionalsocialismo in Germania - trovò dei riscontri anche in Italia sotto il fascismo. La mostra *Schedati, perseguitati, sterminati - Malati psichiatrici e disabili durante il nazionalsocialismo*⁸ tenutasi presso il Palazzo di Giustizia a Milano nel 2019 ha provato a raccontare soprattutto quello che successe in Germania tramite l'applicazione del protocollo Aktion 4. A partire da questo nella Germania hitleriana si praticò sistematicamente l'utilizzo dell'eutanasia nei confronti di coloro che erano ritenuti geneticamente inferiori e pericolosi per la società come disabili, alcolisti e - appunto - malati mentali di modo che non vi fosse possibilità che la malattia continuasse a propagarsi tramite la loro discendenza. In Italia, come anche riportato dalla mostra succitata, non vi fu lo stesso progetto di sterminio sistematico, benché il fascismo condividesse in parte quelle teorie. Come però si è visto, la materia

⁸ F. Milano, «Geneticamente inferiori»: lo sterminio di malati mentali e disabili, *ilsole24ore*, <https://www.ilsole24ore.com/art/geneticamente-inferiori-sterminio-malati-mentali-e-disabili-AEyLxMCH>

giudiziaria fascista inasprì e non poco la situazione dei malati mentali, cosa che portò anche a un peggioramento delle condizioni dei ricoverati. Certo, in Italia molti si batterono per un miglioramento e una riforma delle leggi che legavano strettamente malattia mentale e illegalità come fece la Lega italiana di igiene e di profilassi mentale, di cui tra gli altri faceva parte Edoardo Weiss, benché:

La psichiatria e, più in generale, l'intera medicina italiana avevano mantenuto una posizione contraria all'eugenetica «negativa», quella che - semplificando - propugnava controllo delle nascite, sterilizzazione ed eutanasia, pratiche pure abbastanza diffuse nel Nord America e nell'Europa del tempo. I venti di guerra e il radicalizzarsi del dibattito razziale in Italia avevano esacerbato la questione, fino al punto di vedere il nome di Arturo Donaggio, il già citato presidente della Società italiana di psichiatria, quale firmatario del «Manifesto della razza» pubblicato nel 1938.⁹

⁹ M. Moraglio, *Dentro e fuori dal manicomio*, cit., pag. 33.

Capitolo II: Le cose cambiano. I movimenti del secondo dopoguerra.

L'OMS, l'ICD e il DMS

L'OMS deve la sua esistenza a diversi precedenti tentativi da parte della comunità internazionale di arrivare a un cooperazione sul tema della salute. Essa corrispondeva e deteneva le funzioni e il ruolo del suo omologo *Comitato per la salute* che faceva però parte della Società delle Nazioni. I primi esempi di un tentativo di organizzazione si hanno addirittura nel XIX secolo. Il primo esempio concreto è l'assemblea internazionale convocata a Parigi nel 1851. La cooperazione internazionale in questo caso era finalizzata alla regolamentazione del settore marittimo relativamente alla quarantena in mare e formulò quello che fu chiamato il regolamento sanitario internazionale (1853). Vi furono poi altre due conferenze una a Parigi (1859) e a Costantinopoli (1866). Queste ultime avevano la forma di conferenze diplomatiche. Altre conferenze relative al colera vennero tenute a Vienna nel 1874.

Fu creato invece a Roma il 9 dicembre 1907 un Ufficio Internazionale di Igiene Pubblica (OIHP) con sede a Parigi. L'ufficio forniva informazioni generali, agli Stati partecipanti, sulla sanità pubblica e in generale soprattutto in relazione alla peste e alla febbre gialla sulla base delle convenzioni sanitarie. Invece l'Organizzazione per l'Igiene della Società delle Nazioni (OHSN) nasce dopo la prima guerra mondiale per coinvolgere il maggior numero di Paesi extraeuropei. L'Organizzazione per l'Igiene della Società delle Nazioni era un organismo intermedio che garantiva una collaborazione funzionale tra le nazioni. Il Consiglio consultivo generale di igiene dell'OHSN, non era altro che il Comitato permanente dell'OIHP, mentre erano veri e propri organi dell'Organizzazione il Comitato di igiene, che dirigeva le attività nel campo dell'igiene svolte dalla Società delle Nazioni, e un segretariato, assicurato dalla sezione di igiene.

Le principali difficoltà derivarono dalla mancanza di unificazione dell'azione sanitaria internazionale. Un contributo prezioso a ciò fu la Convenzione Sanitaria Internazionale del 1926 che includeva il tifo e il vaiolo tra le malattie di cui occuparsi nell'ambito della cooperazione tra gli stati. Anche la malaria iniziò ad rientrare nelle cure prese in considerazione da parte delle organizzazioni.

I lavori per la fornitura di forme concrete, alla fine della seconda guerra mondiale, come l'assistenza diretta ai paesi più colpiti dalla violenza della guerra furono svolti dall'Agenzia per l'Assistenza e la Responsabilità Amministrativa delle Nazioni Unite ovvero La United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA). Quest'ultima si può considerare la prima vera e propria agenzia operante in materia di assistenza sanitaria internazionale. Fu dissolta nel 1946 per lasciare spazio ad OMS e UNICEF.

Insomma le organizzazioni internazionali si erano già da tempo prodigate nell'organizzazione della tutela dalle malattie particolarmente pericolose dal punto di vista sociale e quantomeno numerico e similmente all'ONU anche la sovraordinata SdN aveva i suoi omologhi.

Il 24 ottobre 1945 viene ufficialmente fondato l'ONU e - per quello che è di interesse a questa trattazione - durante le riunioni preliminari per la fondazione dell'organizzazione viene proposto, dai rappresentanti di Cina e Brasile, di creare una costola della stessa che si occupasse di salute a livello globale.

All'interno ONU esistono diverse agenzie. Queste agenzie sono degli organi che svolgono dei ruoli specifici e hanno tematiche precise e sono numerosissime. Soprattutto dagli anni sessanta e settanta in poi ne furono create tantissime. Tra le agenzie della prima e tra le più importanti e più influenti vi è sicuramente l'OMS. Agenzia nota soprattutto in seguito agli ultimi anni attorniata di responsabilità e colpe il seguito alla gestione del Covid-19 e purtroppo con un periodo di calo di termini di pregio e stima da parte di una porzione della popolazione mondiale.

Il primo passo per la fondazione dell'OMS è il 22 luglio 1946 tramite il trattato di New York. La conferenza fu firmata da 51 membri e altri dieci paesi questa fu la dichiarazione che diede i principi fondamentali che ispirano poi la successiva organizzazione e la sua formazione. Il 7 Aprile 1948 nacque l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'istituzione dell'OMS e dell'ONU si possono considerare fenomeni aderenti alla teoria del funzionalismo nelle relazioni internazionali. Secondo questa teoria, la terra è divisa in nazioni sovrane e indipendenti le quali però hanno causato molte guerre e violenza ed il loro sistema sarebbe ormai obsoleto.

Presupporrebbe la creazione di una nuova rete di relazioni tra nazioni basata su interessi comuni e sulla creazione di un sistema di rapporti basato sulla cooperazione internazionale.. La creazione di un'organizzazione internazionale e quindi delle relative agenzie specializzate funzionali in un particolare campo di attività, dovrebbe quindi tradursi nella formazioni di gruppi internazionali specializzati nei rispettivi campi per indebolire gradualmente la sovranità nazionale e mantenere la pace. Le attività insomma, sociali e culturali e tecnologici che dovrebbero svilupparsi indipendentemente dalla politica. Di primaria importanza dovrebbero essere la cooperazione tra paesi. Ovviamente tutto ciò, secondo tale teoria dovrebbe svilupparsi anche a scapito del sistema politico di tipo interstatale e del sistema di rapporti diplomatico classico.

Un aspetto molto importante dell'OMS ed una delle cose per cui si può considerare come una entità a carattere nella sostanza vera e propria, positivo ed innovativo anche a livello mondiale, è il fatto che ha rivoluzionato e successivamente diffuso il concetto di salute in tutto il globo. L'OMS ha sempre avuto l'orientamento verso l'efficiamento e l'incentivazione dei sistemi sanitari tradizionali invece di propendere per la creazione di un sistema sanitario di propria direzione. In particolar modo si è sempre occupata di provvedere all'addestramento e all'informazione del personale sanitario cercando di rendere sfruttabili le risorse sanitarie nazionali locali e le relative strutture di ricerca.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha sede a Ginevra ed è quindi l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie. L'Italia aderì ufficialmente all'OMS in data 11 aprile 1947. L'OMS si avvale dei suoi Organi: il Segretariato, l'Assemblea Mondiale ed il Consiglio Esecutivo, di 6 uffici regionali, dei propri uffici dislocati negli Stati Membri e dei centri collaboratori che supportano le sue attività. È coinvolta nel fornire indicazioni su problemi di salute globale, dirigere la ricerca sanitaria, stabilire norme e standard e formulare scelte di politica sanitaria basate sull'evidenza scientifica; fornisce assistenza tecnica agli Stati Membri, monitora e valuta le tendenze in ambito sanitario, finanzia la ricerca medica e fornisce aiuti di emergenza in caso di calamità. Attraverso i propri programmi, l'OMS lavora anche per combattere in tutto il mondo il problema della nutrizione, le condizioni abitative, l'igiene e le condizioni di lavoro. L'OMS esattamente così come riportato anche nel sito del ministero della salute de governo italiano si è anche dotata di un'agenda di sei punti:

- due obiettivi di salute: sviluppare ed aumentare la sicurezza sanitaria;
- due necessità strategiche: potenziare i sistemi sanitari e mettere a frutto la ricerca, le informazioni e le evidenze scientifiche;
- due approcci operativi: intensificare i partenariati e migliorare la performance.

L'obiettivo dell'Organizzazione era ed è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute" definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non in realtà l'"assenza di malattie o infermità". L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e

sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità"¹⁰. I limiti a tutto ciò si trovano nell'ambito della descrizione del confine e la sua posizione in base ai vari campi a proposito delle varie tematiche di politica che di volta in volta occorre affrontare. Inoltre non è chiaro a questo punto se lo Stato sia il garante di questo tipo di tutela e sia il migliore a svolgere questo ruolo.

Nel trattato istitutivo dell'OMS viene affermato che i suoi obiettivi richiedono tre condizioni essenziali. La prima è che tutte le nazioni estendano ai propri cittadini l'accesso alle cure mediche anche in ambito mentale. Insomma, secondo le linee guida dell'OMS i governi sono responsabili del benessere dei propri cittadini. Di conseguenza, devono attuare tutti gli interventi medici e sociali disponibili. Il trattato stabilisce i numerosi compiti che devono essere svolti per raggiungere i suoi obiettivi. Ciò può essere fatto attraverso lo sforzo collettivo di più governi o lavorando insieme alle Nazioni Unite come organo che dirige e coordina. A sostegno di questa idea c'è il fatto che le Nazioni Unite e le sue agenzie dovrebbero collaborare efficacemente con altre organizzazioni coinvolte nella sua causa. Insomma le organizzazioni internazionali si erano già da tempo prodigate nell'organizzazione della tutela dalle malattie particolarmente pericolose dal punto di vista sociale e quantomeno numerico. Diversi tentativi erano già stati svolti per la tutela della salute. Ma per quanto concerne la cooperazione internazionale e le relative organizzazioni cosa si può dire a proposito della salute mentale? Quali misure sono state prese in atto e quali metodi di valutazione?

Per quanto concerne il rapporto tra tutela della salute mentale nell'ambito dell'organizzazione internazionale uno dei casi più emblematici si può sicuramente trovare nel supporto da parte dell'OMS per quanto riguarda l'accettazione del DSM acronimo semplificato Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. La prima versione del DSM risale al 1952

¹⁰ Preambolo alla costituzione dell'organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; (*Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100).

(DSM-I) e fu redatta dall'American Psychiatric Association (APA), seguirono le edizioni del 1968 (DSM-II), del 1980 (DSM-III, revisionato nel 1987), del 1994 (DSM-IV). Di esso ne esistono diverse edizioni e ristampe. Esso, benché sia noto anche con lo pseudonimo di *Bibbia degli psicologi* e sia stato di fondamentale importanza oltre che teorica anche ovviamente storica si deve precisare in questa sede che comunque non è considerato unanimemente come affidabile nella sua interezza o che avrebbe in ogni caso un approccio eccessivamente sistematico ed effettuando una suddivisione dei disturbi eccessivamente categorica e delineata non sarebbe funzionale a descrivere la realtà. Di fatto questo categorizzare visto talvolta come eccessivo potrebbe costituire una forzatura nella comprensione della realtà per quanto concerne l'interpretazione dei sintomi e inoltre i disturbi e malattie di questo tipo non hanno spesso una definizione netta e possono presentarsi contemporaneamente i sintomi di più di un disturbo. Tuttavia è di fondamentale importanza oltre che storica in quanto ha l'intento di elencare, da un punto di vista oggettivo, i disturbi studiati fino a quell'epoca; per l'intento della formulazione delle linee guida da seguire è sicuramente un'opera fondamentale. Serve di fatto a formulare una concettualizzazione condivisa o condivisibile fino a quel momento assente. Esso infatti viene utilizzato in maniera flessibile e serve più che altro come punto di riferimento per le diagnosi e la descrizione dei vari disturbi.

In realtà il manuale ha iniziato ad avere un ruolo di primo piano solo a partire dalla sua terza edizione, il DSM-III, del 1980. Edizione dalla quale ha iniziato ad assumere una certa preminenza nel campo e ad essere di centrale importanza. Il cambio è dovuto soprattutto ad introduzione di differenti criteri diagnostici fonte. Allo stesso tempo da parte OMS c'era un intento nel progredire in ambito medico e diagnostico, acronimo che sta per International Classification of Disease denominato solitamente con l'acronimo ICD. Esso corrisponde al versante parallelo entro il quale si può far rientrare la nostra narrazione ma da parte dell'organizzazione internazionale.

Le prime versioni di esso ovvero dall'ICD-1 all'ICD-5 sono poco note e il loro contenuto non è facilmente accessibile al giorno d'oggi né presente solitamente a livello di informazione. La difficoltà a reperire le fonti di tali edizioni dell'ICD potrebbero essere sintomo della sua arretratezza.

Un fatto quindi senz'altro importante di cui tenere conto nella trattazione in esame è il fatto che la stessa OMS richiedette a fini medico scientifici per svolgere i suoi fini un riassunto del DSM. Questa comunanza di intenti consistente da una parte nella volontà di proseguire con la descrizione e catalogazione a fini diagnostici i disturbi di natura mentale e dall'altra di raccogliere e convogliare in un unico sistema i disturbi della sfera psichiatrica da prendere in considerazione nell'ambito della cooperazione internazionale. Il fatto può considerarsi di portata teorica rilevante in quanto testimonia la volontà e la comunione di intenti tra le principali organizzazioni internazionali e l'ente di specialisti in materia psichiatrica ovvero l'APA. In ogni caso dimostra l'inizio dell'interesse dal punto di vista internazionale delle organizzazioni e va a collocarsi primo in ordine cronologico di fatti storicamente rilevanti sul tema.

Una questione di diritti umani

Il punto focale a livello legale per quanto riguarda i trattati e l'ONU risiede nelle dichiarazioni inerenti la materia dei diritti umani. È la *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo*, adottata dall'Assemblea Generale delle UN il 10 dicembre del 1948. È il risultato di un susseguirsi di fatti che hanno nella pratica costituito la concezione dei diritti umani e della consapevolezza che abbiamo su di essi. Essa si rivolge ad ogni individuo senza la minima discriminazione che sia motivata dalla provenienza geografica, dall'età o dal genere. Essa sancisce i diritti individuali, civili, politici, economici, sociali, culturali della persona e menziona tra i diritti fondamentali: il diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza. Ma anche il diritto all'educazione, alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione; alla libertà di opinione e di espressione; il diritto al lavoro; il diritto di chiedere e ottenere asilo politico

dalle persecuzioni. Gli stati membri si impegnano quindi ad agire in base alla tutela dei diritti umani e a preservarli nel caso della loro violazione. Per promuovere il rispetto universale e l'osservanza dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali. Questo rappresenta un obbligo di carattere completamente legale. La dichiarazione rappresenterebbe un'indicazione autorevole di che cosa sono i diritti umani e di che cosa sono le libertà fondamentali.

Nell'ambito della nostra trattazione inoltre è necessario menzionare nonostante il suo carattere che è per lo più prevalentemente dichiarativo, la *Dichiarazione dei diritti dei disabili mentali* approvata dall'ONU nel 1971: In inglese *Declaration on the Rights of Mentally Retarded People* fu adottata dall'Assemblea Generale il 20 dicembre 1971, equipara i diritti delle persone con ritardo mentale ai diritti riconosciuti a tutti gli esseri umani mettendoli di fatto sullo stesso piano. La dichiarazione in questione per esempio ebbe effetti diretti e fu citata nell'ambito delle riforme del welfare della legislazione federale americana. L'obiettivo della garanzia di uguaglianza è infatti esplicito nello statuto del dipartimento governativo statunitense denominato *Health, Education and Welfare (HEW)*.

I regolamenti del dipartimento HEW disciplinano i servizi per i disabili e comprendono servizi specializzati volti ad alleviare le sofferenze e difficoltà derivanti dall'avere una vita con disabilità dello sviluppo o abilitano e riabilitano dal punto di vista sociale, personale, fisico o economico la persona con disabilità. I servizi comprendono diagnosi, la valutazione, il trattamento, l'assistenza, la formazione, l'istruzione, il lavoro secondo le categorie protette, le attività ricreative e la consulenza anche dal punto di vista legale.

Inoltre l'HEW ha cercato di stimolare l'interesse e attuare iniziative di sensibilizzazione all'interno degli Stati Uniti per i diritti dei ritardati mentali ed ha sponsorizzato, nel marzo 1971, una Conferenza Nazionale sui Diritti Umani per i Ritardati Mentali.

Diversi stati americani hanno poi assunto la causa della tutela legale dei diritti dei ritardati mentali. Il New Jersey proibì la discriminazione contro le persone con handicap fisici e incluse gli epilettici. Il Massachusetts vietò la discriminazione contro le persone con handicap. Il Maryland, la California e New York hanno promulgato la legge per concedere alcuni diritti ai residenti degli istituti. La California garantisce che ogni paziente possa indossare i propri vestiti, conservare i propri effetti personali, fare piccoli acquisti con il denaro di proprietà, ricevere visite quotidianamente, avere accesso al telefono e avere materiale per scrivere, oltre a poter rifiutare trattamenti come shock e lobotomie. Il Maryland e New York forniscono diritti simili ai pazienti istituzionalizzati.

La dichiarazione ha influenzato il lavoro di varie conferenze a tema sempre negli Stati Uniti. Vari *Congress* nati nella federazione negli anni a seguire hanno svolto all'epoca un importante ruolo nella promozione dell'inclusione sociale dei disabili mentali. Importanza è stata data, per lo meno a livello formale ed esplicito la consacrazione della parità dei diritti sociali all'interno dell'ordinamento USA per quanto riguarda le persone con disabilità. In particolare si può considerare come esempio di maggiore portata e con maggiori dettagli la Conferenza di Dallas e del Comitato di azione sociale costituito ad hoc. La Conferenza di Dallas ha proposto tredici diritti sociali così elencati con precisione:

1. il diritto alla dignità personale.
2. il diritto alla contribuzione, dare opinioni e ad aiutare gli altri.
3. il diritto a vivere in comunità.
4. il diritto di essere socialmente accettati.
5. il diritto ad una vita familiare normale.
6. il diritto alla soddisfazione dei propri bisogni di vita, dentro o fuori la famiglia.

7. il diritto ad essere trattati conformemente alla propria età.
8. il diritto a sposarsi.
9. il diritto a riprodursi.
10. il diritto a svolgere i lavori di casa e famiglia e di responsabilità.
11. il diritto di prendere decisioni e il diritto a commettere errori.
12. il diritto di essere trattato conformemente ai propri bisogni.
13. il diritto di rifiutare offerte.

Il massimo raggiungimento dalle varie organizzazioni a livello internazionale sulle dichiarazioni dei diritti sui ritardati mentali sono una serie di principi elencati. Spetta anche in questo caso al governo di ogni nazione e ai gruppi nazionali andare avanti sviluppando specifiche dichiarazioni e meccanismi dettagliati quali riforme, legislazioni e regolamenti nuovi o includere essi nei propri statuti, per attuare questi diritti in modo che possano diventare significativi. La mancanza di un insieme così completo di diritti nazionali, tuttavia, significa che non esiste un punto di riferimento o uno standard nazionale in base al quale valutare la direzione in cui si muoveva la politica nazionale. Il problema principale come spesso accade, e accadeva soprattutto all'epoca, era la scarsa coerenza nell'applicazione di quanto detto a livello teorico.

Il movimento dell'Antipsichiatria

Con il termine antipsichiatria ci si riferisce a movimenti e approcci critici nei confronti delle teorie e delle pratiche della psichiatria della biopsichiatria e della psicanalisi in generale presenti fino a quel momento. Molte delle critiche vertono intorno all'accusa nei confronti della psichiatria di utilizzare metodi e concetti medici in maniera impropria; inoltre, un'altra importante accusa è quella rivolta al rapporto col paziente, con la pratica accusata da un lato di operare spesso su pazienti non in grado di capire che cosa stia

realmente accadendo. Inoltre per il pensiero antipsichiatrico il sistema di diagnosi precedente non ha fatto altro che alimentare un grosso stigma nei confronti dei soggetti presi in cura. Il movimento raggiunse il proprio apice alla fine degli anni '60 e durante il periodo di massima contestazione trovò il proprio volto in Ronald Laing, Theodore Lidz, Silvano Arieti. Questi psichiatri rifiutarono molti dei modelli teorici presentati fino ad allora rifacendosi a un approccio più marcatamente psicologico. Uno degli aspetti presi maggiormente di mira fu la ricerca psichiatrica che si focalizzava sugli aspetti neurofisiopatologici e biochimici, dando quindi ampio risalto a cause meccanicistiche che da sole poco avevano a che fare con un'adeguata descrizione della realtà. Secondo alcuni sostenitori dell'antipsichiatria eventuali scompensi nelle analisi biochimiche del cervello dei soggetti malati non sarebbero la causa, bensì l'effetto di disturbi psicologici causati da fattori ambientali come il tipo di società in cui si ritrova o la situazione familiare dell'individuo. Ciò ha rappresentato ovviamente una novità assoluta per l'epoca in quanto principalmente dimostra la presenza e lo sviluppo di una critica profonda alla società alla sua concezione ma soprattutto al suo aspetto mentale. Non è un caso infatti che proprio nel periodo di maggiore critica delle istituzioni anche la ricerca scientifica andasse nella stessa direzione. Infatti più che altro è proprio la forma della mente e l'idea della mente stessa che cambia. E ciò succede anche a livello sociale e politico. In particolare modo la mente e la persona per così dire non fisica non è solo un fatto interno alla persona e tanto meno è solo presente e misurabile in qualche modo all'interno di essa o presente nella biologia del cervello. In altre parole la mente e la personalità oltre ad essere nel cervello sono anche allo stesso tempo e in maniera sincronica un costrutto sociale che si definisce momento per momento nelle relazioni interpersonali e sociali. A tutto ciò si aggiunge il fatto che tutto dipende anche da fattori genetici ed ereditari. Ciò ha creato tuttavia l'ulteriore conseguente stigma che ricadrebbe su chi è imparentato con persone che hanno mostrato disturbi mentali. Il tutto va tenuto conto soprattutto in riferimento alla fase di diagnosi senza andare a ricercare eventuali altre cause del manifestarsi dei

disturbi. Un altro fattore che sporcherebbe le diagnosi in psichiatria sarebbe quello dei bias etnici e sociali, con alcune categorie - spesso minoranze etniche o sessuali - a cui verrebbero diagnosticate malattie mentali più spesso rispetto ad altre. Per non parlare come si vedrà più avanti dello stesso far rientrare addirittura entro la sfera patologica di status di orientamento sessuale e di genere le persone non eterosessuali e non cisgender.

I critici antipsichiatrici ovviamente non negano l'esistenza dei problemi emotivi o psicologici, né tantomeno negano l'efficacia di talune terapie. In genere sono in disaccordo con la psichiatria tradizionale dell'epoca sulla causa di questi problemi; sull'appropriatezza di caratterizzare i problemi come malattie o meno; infine su quali siano le opzioni più appropriate di gestione. In particolare è incerto dove sta il discrimine tra sano e malato ma non solo l'oggetto della critica diventa la società, le istituzioni (mediche e non) e la tradizione.

Un altro fronte in cui si schierava la critica di allora era quello farmacologico. I farmaci dell'epoca erano considerati, nonostante tutto, inadatti alla cura delle patologie (semplicemente l'evoluzione della psicofarmacologia era ancora agli albori). Dall'altro vengono sollevati dubbi sullo statuto della pratica psichiatrica che verrebbe spesso usata come controllo di strumento politico piuttosto che come strumento di cura della popolazione. Il maggiore fautore delle tesi in questa direzione è stato Michel M. Foucault in particolare in *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961). La sua opera, originatasi in realtà dalla sua tesi universitaria, è fondamentale nella storia dell'evoluzione del pensiero su questo campo. L'opera non è altro che una ricostruzione delle forme della repressione psichiatrica messe in atto a partire dal sec. 17° a fronte della tolleranza verso il malato di mente nel Medioevo.

In Italia l'evento più importante che andò a cambiare la pratica psichiatrica fu l'introduzione della Legge Basaglia, ovvero la legge 180/1978. La legge ebbe con un percorso lento, generatosi anche nell'ambito delle lotte sociali

del '68 portò a un cambiamento radicale dell'istituzione manicomiale italiana. I riformisti presero spunto soprattutto dalla costituzione italiana, che all'articolo 32 recita: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Le pratiche e le condizioni all'interno dei manicomi erano ritenute in netto contrasto con quanto affermato nella legge fondamentale. Fino a prima dell'approvazione della legge 180 del 1978, la celeberrima Legge Basaglia, era la legge 36 del 1904 a stabilire le modalità di gestione dei malati mentali in Italia. Una legge il cui principale effetto era quello di allontanare dalla società il malato, perché ritenuto pericoloso per sé e per gli altri. Inoltre, sui manicomi gravava il sospetto di un abuso degli psicofarmaci: essi non venivano utilizzati come medicamento, ma piuttosto come moderne camicie di forza, grazie all'effetto "stordente" che il sovradosaggio aveva sui pazienti. Il problema, però, non sarebbe stato nella sola pratica medica, ma nell'interezza dell'istituzione manicomiale. Il giovane Franco Basaglia rimase fortemente colpito da una visita presso il manicomio di Gorizia il 16 novembre 1961, tanto da scriverne molti anni dopo nel suo libro *L'istituzione negata*: «Noi neghiamo la disumanizzazione del malato come risultato ultimo della malattia, imputandone il livello di distruzione alle violenze dell'asilo, dell'istituto, delle sue mortificazioni e imposizioni; che ci rimandano poi alla violenza, alla prevaricazione, alle mortificazioni su cui si fonda il nostro sistema sociale». In questo senso, nelle parole di Basaglia riecheggiano alcune idee dei movimenti antipsichiatrici. Nel 1965 vennero pubblicati il libro bianco dell'allora ministro della sanità Luigi Mariotti e l'inchiesta giornalistica di Angelo Del Boca su numerosi ospedali psichiatrici italiani. Sia il libro che l'inchiesta crearono grande fermento nell'opinione pubblica, ma la deflagrazione avvenne a seguito del discorso del ministro Mariotti presso un congresso dell'AVIS il 20 settembre 1965:

Abbiamo oggi degli ospedali psichiatrici che somigliano a veri e propri lager germanici, [...] a delle bolge dantesche. I malati di mente [...] sono

considerati uomini irrecuperabili e sono anche schedati [...] nel casellario giudiziario presso il Tribunale, come se fossero rei comuni. Bisogna introdurre in questo mondo degli elementi che stabiliscano un rapporto nuovo tra malato e medico. Per questo abbiamo presentato una legge sulla riforma degli ospedali psichiatrici, la cui regolamentazione risale a una normativa del 1904 [...] in base alla quale si considera il malato di mente [...] come una minaccia per la società.¹¹

Nel 1967 fu la RAI, nel pieno del suo periodo di TV verità, a raccontare dei manicomi. Sergio Zavoli andò a intervistare direttamente gli internati, dando loro per la prima volta possibilità di parola. Il percorso di riforme che portò alla Legge Basaglia vide però diverse tappe tra cui la legge 431 del 1968, Legge Mariotti, che consentiva all'articolo 4 il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza la perdita dei diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri ammalati e accomunando l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale; introduceva i Centri di igiene mentale (CIM), quale embrione di servizio comunitario. La Legge Mariotti non solo aumentò la spesa medica a favore di chi soffriva di disturbi psichiatrici, ma tentava di migliorare le condizioni di vita all'interno dei manicomi: andava a bloccare il sovraffollamento, stabiliva precisamente quali professionisti sanitari dovessero essere presenti nelle strutture stabilendo al contempo uno stretto rapporto numerico tra degenti e personale curante. Venivano inoltre introdotte varie figure di supporto come psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitari. Uno degli aspetti più importanti della legge fu l'introduzione di strutture diffuse sul territorio, con una funzione di prevenzione e cura, che si ponevano come fondamentali per evitare l'internamento coatto presso i manicomi. La legge Mariotti andò poi ad abrogare l'articolo 604 del Codice di Procedura Penale, che obbligava

¹¹ V. P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2009, pag. 207.

all'inserimento nel casellario giudiziario del paziente il ricovero in manicomio.

Una delle più importanti azioni dimostrative, nel percorso che portò alla riforma del 1978, fu realizzata con l'aiuto dello stesso Franco Basaglia nel 1973. Si tratta dell'opera denominata Marco Cavallo e apparsa nel manicomio di Trieste. Si tratta di una statua alta circa quattro metri e raffigurante un gigantesco cavallo azzurro, realizzata con l'aiuto dei pazienti allora reclusi durante le ore del laboratorio artistico nosocomiale voluto dallo stesso Basaglia, al tempo direttore della struttura. L'idea nasce a partire da una lettera inviata dai pazienti del manicomio al Presidente della Regione Friuli, Michele Zanetti, nel 1972. La lettera chiedeva di dare una miglior sorte al cavallo Marco, l'animale da traino dell'istituto manicomiale fin dal 1959. L'animale era stato destinato al macello perché non ritenuto più idoneo al lavoro, ma nella lettera - scritta dal punto di vista del cavallo - si chiedeva una fine più dignitosa, con il pensionamento per "giusti meriti lavorativi" al posto della macellazione. In cambio, si offriva il pagamento dell'intera somma che si sarebbe ricavata dalla macellazione e il mantenimento dell'animale per tutto il resto della sua vita. Il 30 ottobre del 1972 il cavallo veniva ceduto ai pazienti e affidato alle loro cure.

Appunto da questa esperienza nasce l'opera, che Franco Basaglia descriverà così:

“È difficile dire cosa sia Marco Cavallo. Una cosa è certa: per i “matti” e per tutti noi ha avuto una profonda importanza. Un momento che segnò un inizio; un progetto di vita che non aveva niente più in comune con la soffocante quotidianità del manicomio, che rappresentava piuttosto un legame tra individui in una nuova dimensione. Quando il cavallo azzurro lasciò il ghetto, centinaia di ricoverati lo seguirono. Gli internati dell'ospedale invasero le strade della città portando con sé la speranza di

poter stare insieme agli altri in un aperto scambio
sociale, in rapporti liberi tra persone libere”¹²

Il colore azzurro fu scelto dai pazienti perché simbolo della gioia di vivere, mentre la pancia fu fatta cava perché potesse contenere i sogni e le speranze degli stessi. Paradossalmente simbolica fu la prima esposizione dell'opera, quando ci si accorse che non era possibile far passare l'opera attraverso i muri della struttura e si decise, dunque, di abbattere per davvero i muri del manicomio per mostrare a tutti l'opera che sarebbe diventata un simbolo delle riforme in ambito sanitario in Italia.

Non tutte le realtà però recepirono facilmente i cambiamenti dell'epoca. L'ospedale San Niccolò di Siena rimase tra le strutture meno permeate dagli intenti riformistici dell'epoca, l'idea in quella zona era ancora quella di rinchiodare i matti in una struttura senza altri tipi di preoccupazione. Il San Niccolò rimase dunque una delle istituzioni meno progressiste in questo senso, anche se a causa della legge Mariotti fu costretto a mettere in atto i cambiamenti previsti. Per il resto, però, ogni cambiamento opzionale fu rifiutato e tutte le esperienze più moderne vennero ignorate, nonostante gli effetti della legge si facessero sentire con alcuni piccoli cambiamenti soprattutto a livello di rapporto pazienti-personale sanitario. Le assistenti sociali del tempo ricordano:

Trovammo un mondo disumano. Abbiamo iniziato a considerarli non più come un gruppo di persone ma come individui a sé stanti, uno per uno, chiamandoli per nome, informandoci sulla loro storia personale, familiare, ambientale. [...] Ci furono non pochi contrasti con i vecchi infermieri, con alcuni medici e con la loro idea della gestione del malato psichiatrico, con il personale religioso. Andavamo a rompere il concetto di istituzionalizzazione che fino

¹² Citato in www.quotidianosanita.it, 20 novembre 2013, https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=18249

ad allora aveva considerato l'assistenza dei malati in termini puramente custodialistici.¹³

Solo dagli anni '70 si provò a intraprendere la strada mostrata dalle riforme, quando i dirigenti della struttura provarono a organizzarsi con altre istituzioni territoriali allo scopo di avere i giusti appoggi per reinserire i malati dopo il rilascio e aumentare gli interventi in ottica di prevenzione. Vennero in seguito effettuati ampi lavori di restauro, volti a migliorare la vivibilità della struttura: furono eliminate le sbarre alle finestre e si chiese ai ricoverati di partecipare all'allestimento degli arredi e delle camere, dove venne permesso ai pazienti di portare con sé foto di famiglia e dei luoghi di provenienza. Iniziò così una riappropriazione del proprio vissuto. Vennero poi lasciate sempre più libertà, con lo scopo di permettere ai pazienti di tornare a vivere una vita più in linea con quella che avrebbero avuto fuori dal manicomio. Furono organizzate visite a San Gimignano e il 18 agosto del 1977 a venti pazienti fu dato il permesso di andare a fare un campeggio in Val d'Elsa. Anche in uno degli ultimi baluardi della vecchia pratica psichiatrica finì per penetrare la riforma portata avanti da Basaglia. La struttura negli anni fece sempre più propria l'identità progressista, con pazienti e personale sanitario che decisero di darsi l'appellativo di "partigiani della psichiatria, in difesa della libertà dei malati psichiatrici, tanto da decidere di chiamare il proprio reparto, Reparto Montemaggio, dal nome della località vicino Siena dove la Guardia Nazionale Repubblicana il 28 marzo 1944 aveva fucilato 19 partigiani senesi.

La critica alle istituzioni totali di Goffman

Importante punto d'innovazione, in ambito sociologico sono le teorie dell'etichettamento. Nella seconda metà degli anni '50 viene ridefinita la devianza a partire da Becker. Secondo lui i gruppi sociali infatti costituirebbero la devianza nel momento in cui creerebbero le norme la cui

¹³ D. Orsini, Il Sessantotto dei manicomi, l'inizio della svolta nell'assistenza psichiatrica in Italia in *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 18-2019.

infrazione comporta la devianza stessa. La persone insomma devianti diverrebbero degli *outsider*, una vera e propria etichetta sociale. Nella domanda sulle cause eziologiche della devianza Becker dà propulsione al filone che vorrebbe nell'origine del comportamento deviante una pluralità di fattori volti a determinarlo.

Tra gli altri vi sono anche fattori causali e semplicemente contingenze, la cui presenza, nella vita del singolo individuo non sarebbe determinata quindi da cause di tipo logico o razionale. Ma quello che più che mai conta nella sua analisi è la storia dell'individuo che assume un ruolo centrale. L'etichettamento insomma non sarebbe altro che un'attribuzione di una qualità ad una persona e alla sua storia, sulla base dell'estensione di un giudizio sul suo comportamento generale o anche in base a un singolo comportamento che ha avuto in un determinato momento.

L'attribuzione dell'etichetta avrebbe poi l'effetto della profezia che si auto adempie. Il deviante perde il suo status, in poche parole perderebbe, la sua propria etichetta positiva e accettabile e accettata all'interno del gruppo sociale di appartenenza per un'altra etichetta stavolta negativa.

Lemert a proposito distingue tra devianza primaria ovvero, la violazione vera e propria delle norme e la devianza secondaria ovvero l'insieme dei comportamenti a loro volta devianti ma conseguenti in realtà all'etichettamento scaturito dalla prima violazione e dalla devianza primaria. Le reazioni sociali all'etichettamento, lo stabilizzano e lo consolidano nel tempo e l'individuo autoalimenta e auto induce il comportamento deviante e relativo etichettamento susseguente alla punizione.

Aggiungo inoltre, che l'etichettamento rende deviante l'intera storia dell'individuo singolo, a livello percettivo, e se connessa tale visione con l'organicismo e con una visione spiritualista, ciò genera una percezione di un male intrinseco dell'individuo in questione.

É comunque a partire da queste teorie che si sviluppa la critica alle istituzioni di cura e ne evidenziano il fallimento nella funzione che sarebbero formalmente deputate a svolgere.

Goffman allora dà una definizione di istituzione totale. Le istituzioni in generale sono i luoghi dove si svolge una certa attività in modo regolare. L'istituzione invece definita come totale invece è un luogo in cui vivono e dormono dei gruppi di persone per un certo lasso di tempo, in comune e in uno stato chiuso all'esterno amministrato formalmente secondo precise norme.

L'organizzazione poi dei manicomi presenta una struttura gerarchica con una divisione assoluta tra staff e internati similmente ad una prigione. Lo staff provvede alla gestione completa della vita degli internati e provvede alla soddisfazione dei loro bisogni primari. Sono assenti quindi la totalità delle strutture sociali presenti nella vita di una persona: la famiglia e il lavoro normalmente inteso non esistono. Ma la caratteristica fondamentale del manicomio è il suo ruolo e funzione: esso sarebbe rivolto alla modificazione letterale della persona e del proprio sé. Tale modifica era ovviamente forzata e contro la sua volontà. Goffman afferma che le istituzioni totali presentano e dichiarano quindi un fine che sistematicamente disattendono. L'organizzazione istituzionale attua nei confronti dell'internato una serie di tecniche volte a produrre, come già citato, una modificazione del sé dell'individuo infermo. Ma tutto ciò è un evento che ha comunque un effetto traumatico e violento. Oltre alla famiglia e agli eventuali ruoli che ricopriva all'esterno subisce anche tutta una serie di modifiche e perdite: lo staff utilizza un gergo dispregiativo, oggetti e corpi vengono contaminati regolarmente e gli ospiti del manicomio subiscono anche l'espropriazione degli effetti personali di ciò che caratterizza l'identità della persona come i vestiti, il trucco, o altri oggetti personali. Cosa anche più importante è l'aspetto della repressione: la ribellione anche nelle dimensioni minime di lamentela non è considerata se non letteralmente repressa con la forza. Ciò vale anche per il minimo segno di rifiuto e ribellione che all'esterno del

manicomio sarebbe considerato normale, secondo la morale comune in reazione ad un sopruso ingiusto.

Oltre all'umiliazione e all'etichettamento l'internato subirebbe anche una *disculturazione* ovvero dimenticherebbe e perderebbe i punti di riferimento culturali della società esterna e della vita normale fuori dalla casa di cura. Le persone nei manicomi sono insomma gestite come se si trattasse di materiali. L'istituzione per garantire la soddisfazione dei bisogni primari addirittura manca del rispetto di altri bisogni e diritti verso il paziente. Ed è qui che nasce l'idea di attuare misure coercitive come l'alimentazione forzata e la sorveglianza stretta in caso di rischio suicidario.

Come già affermato è da sottolineare il rapporto tra medico e psichiatra. In epoche passate questi due aspetti non erano come al giorno d'oggi soprattutto in vista delle modalità operative della psichiatria dell'epoca. Se la diagnosi poteva apparire medica in ogni caso non era il trattamento. Lo staff dei manicomi deteneva insieme alla polizia il compito di educare e moralizzare gli adulti. Lo psichiatra era la difesa sociale da comportamenti che erano anche solo considerati fastidiosi per la comunità.

Foucault e il suo pensiero

“Forse, un giorno, non sapremo più esattamente che cosa ha potuto essere la follia.” [...]Resterà soltanto un enigma di questa Esteriorità. Quale era dunque, ci si domanderà, questa strana delimitazione che è stata alla ribalta dal profondo Medioevo sino al ventesimo secolo e forse oltre?”

-Michel Foucault, *Storia della Follia*

Una trattazione con un tema quale quello della salute mentale e dell'evoluzione della sua percezione, non può esimersi dal dedicare un certo spazio alla figura di Michel Foucault e alle sue idee: egli ha infatti rivestito un ruolo di primo piano non solo in quanto filosofo su questa tematica ma è anche stato un personaggio che ha fatto la storia dell'epoca in quanto inserito nel dibattito politico in prima persona.

Nato a Poitiers nel 1926, è celebre soprattutto per i suoi lavori di analisi sui concetti fondamentali della nostra società e sulla loro evoluzione nel tempo, sia dal punto di vista delle pratiche dietro a essi, sia da quello più teorico e di significato. Nel tempo, ci furono certamente dei cambi di metodologia, ma rimane come interesse principale quello di riuscire a ricostruire come i concetti analizzati mutino con il cambiare delle condizioni sociali e non siano cristallizzati nel tempo. Naturalmente, Foucault e la sua attività teorica si inseriscono con forza all'interno della stagione di cambiamenti del '68 e fornì una delle più importanti spinte per l'attivismo che spingeva per cambiare la condizione di manicomi e dei pazienti in essi reclusi. Attraverso una chiave di lettura etnologica della storia delle idee presente in *Storia della follia* pubblicata nel 1961, egli attraversa la storia umana andando a sondare il mutamento del concetto di follia e di come esso si possa attribuire ad un determinato momento storico. In particolare la follia e la sua considerazione avrebbe mutato nel tempo in base anche alla concezione della ragione e quindi della follia come suo negativo. Nella *Storia della follia* Foucault mette in mostra, attraverso la ricostruzione dei cambiamenti nella percezione nelle pratiche di cura dei folli tra XVII e XVIII secolo il modificarsi dello stesso senso interno dell'esperienza della follia. Il lavoro di Foucault si muove a partire dalla scomparsa della lebbra epoca in cui nascerebbero le prime pratiche di isolamento di chi soffre di disturbi psicologici, ispirandosi appunto a quanto fatto con i lebbrosi nei lazzaretti. Così a partire dal Medioevo comincia ad affermarsi quell'idea di follia che prenderà poi piede nell'età classica e il relativo modo di farne esperienza e avvicinarsi a essa. Nell'età classica la follia è la riforma negativa della ragione detta anche sragione. Il folle nel Medioevo era un uomo o donna in viaggio verso l'ignoto e la morte.

Lo stato di folle era accostato alla morte. I folli erano vagabondi, estromessi dai villaggi. Nel Rinascimento si ha un'evoluzione della concezione della follia. Essa cessa di essere simbolo della morte e comunque associata ad essa. Analogamente nascono gli ospedali dei folli. Nel Medioevo la follia si inserisce ancora nella dicotomia bene/male data dalla religione cristiana e, più che cancellata, viene utilizzata spesso e volentieri come metafora dell'insensatezza e caducità della condizione terrena degli uomini. Il folle però è anche associato anche alla figura di "portale" di segreti oscuri e fondamentali, non per niente viene spesso a mescolarsi con la figura del filosofo che al contrario dovrebbe essere portatore di ragione e viene utilizzato come metafora del viaggio di scoperta, presente anche in molte rappresentazioni pittoriche. Non ci troviamo ancora di fronte a un paradigma per cui il folle è semplicemente una persona in cui qualcosa ha smesso di funzionare e va allontanato dalla società per il bene di essa e quello dello stesso malato. Allo stesso tempo la possibilità e l'esistenza della guarigione o di una follia che possa ragionare sono escluse categoricamente. In questo clima nascono, come detto, i primi istituti di internamento, che altro non sono che le strutture lasciate libere dai lebbrosi, riconvertite per accogliere tutte quelle persone che vengono ormai considerate non in linea con la società e che vanno quindi rieducate o quanto meno fatte sparire. La più celebre di queste strutture è l'Hôpital Général. Oltre all'apertura di questa struttura si aggiunge un altro cambiamento portato dalla riforma di Lutero: con la sua negazione del valore delle opere, viene a cambiare anche la percezione della povertà per come era vista fino a quel momento dalla Chiesa e dalla società. La povertà diviene una colpa personale e non più un modo per permettere un'ascesa verso Dio. Nasce così un'assimilazione tra povertà e follia, entrambe viste come un orrore dello spirito e di cui esiste una versione buona che accetta di buon grado il proprio internamento e allontanamento dalla società e un'altra ribelle e che di conseguenza merita ancora di più la reclusione. La povertà viene vista come incapacità di riuscire a lavorare e rendersi ben integrati nella società, con il conseguente stigma dell'incapacità di farsi ben volere agli occhi di Dio; proprio come il folle e il

suo comportamento percepito come antisociale. Gli ospedali per malati mentali finiscono così per accogliere tra loro qualsiasi tipo di soggetto problematico per la società, con una piatta assimilazione alla follia di ogni forma di comportamento non conforme alla lucida razionalità richiesta dalla società. Si potevano vedere quindi nello stesso istituto folli, prostitute, sifilitici, dissidenti politici e altri ritenuti non conformi. L'Età Classica aveva così trovato un luogo di redenzione comune ai peccati della carne ed agli errori della ragione, secondo l'astuzia della ragione medica che procura il bene attraverso la sofferenza. Nel XVII secolo avviene il cosiddetto "Grande Internamento". La cura dei malati mentali passa dalle mani della Chiesa a quelle dello Stato. Il folle perde il suo status di fronte alla morale e alla spiritualità, non necessita più di aiuto e carità come il povero o l'infelice ma diventa immorale e da correggere in sé e per sé. La carità inoltre diventa laica e la miseria allora inizia ad essere punita. Non solo, la moralità diventa questione di Stato. La cura è anche punizione morale e quindi la medicina interviene anche in questo campo. È questa però l'epoca in cui la sragione diventa percepibile come fenomeno sociale e non solo e può essere oggetto di conoscenza.

Ma così come la parentela fra medicina e morale era ammessa fin dal mondo greco, nel XVII secolo questa parentela venne sfruttata nella maniera meno greca possibile: nella forma della repressione, della coercizione, dell'obbligo di meritare la salvezza. Analizzando i libri dell'internamento ci si accorge che una delle parole più usate per caratterizzare il folle era quella di "furioso", già termine tecnico della giurisprudenza e della medicina. Con questo termine confuso si arriva - secondo Foucault - a una sovrapposizione tra le necessità mediche e quelle giurisprudenziali e di polizia; tanto che l'internamento era deciso dal magistrato e non dal medico. Questo a detta di Foucault però non deve far pensare che non ci siano ragioni mediche e che non si possa vedere in nuce l'ingresso della prospettiva medica psichiatrica in questi avvenimenti, anche se la follia veniva ancora percepita come un problema di sensibilità sociale, più vicina al delitto che alla malattia. A questo livello, follia e crimine si

coimplicano, la prima è una malattia dell'anima che va contro l'etica e porta a commettere il secondo. Dopo aver messo da parte questo problema, Foucault si concentra maggiormente su quelle teorie che tentano di dare una spiegazione alla follia da un punto di vista maggiormente scientifico. Il ciclo delle causalità si distingue in cause prossime e cause lontane. La causa prossima della follia è un'alterazione visibile del sistema nervoso e del cervello. Bonet nel *Sepulchretum* attraverso una serie di autopsie nota che il cervello dei maniaci è secco e friabile, quello dei malinconici è umido mentre la sostanza cerebrale dei dementi è priva di elasticità. Morgagni fa notare che talvolta le differenze si situano all'interno del cervello stesso, quindi può capitare che il cervello dei pazzi presenti una parte più dura mentre altre estremamente molli. Il mondo delle cause lontane ha un'estensione pressoché infinita, esso comprende infatti tutti gli avvenimenti dell'anima violenti o intensi, quali passioni dell'anima, l'attenzione intensa, gli studi forzati, la collera, la tristezza, il timore, l'amore infelice e il mondo esterno nelle sue variazioni e nei suoi eccessi, quindi l'aria se è troppo calda o troppo fredda, la vita in società.

La ricerca delle cause della malattia, l'individuazione dei suoi meccanismi è il primo segnale di un'evoluzione nella concezione medica di tutta l'Età Classica. Per la prima volta si andrà a costituire, secondo Foucault, il concetto di cura inteso come ricerca degli elementi costitutivi della malattia e loro eliminazione in vista della guarigione. Durante il XVIII si ha una rinnovata attenzione al problema della follia, causata soprattutto dall'aumento dei casi registrati, per quanto secondo Foucault non sia possibile stabilire se il numero dei folli si sia realmente accresciuto nel suddetto secolo in proporzione all'aumento della popolazione o alle misure d'internamento; la curva degli internati indica un aumento intorno agli anni 1785-1788, per poi avere un calo a picco. Più che una guarigione, quel calo nella curva è da attribuire a un rinnovamento nei criteri che portano all'internamento, con una maggiore distinzione tra categorie, facendo attenzione a porre quelli che venivano chiamati all'epoca insensati - ovvero, i malati reali - in strutture apposite. Il cambiamento da questo punto di vista

per Foucault non sta nella riforma degli istituti, che sono ancora ben lontani da funzionare come luoghi in cui si praticano attività di cura del paziente, quanto nell'aver finalmente distinto la follia patologica dai comportamenti ritenuti contro la società, la cosiddetta sragione. Questi cambiamenti sono quelli che porteranno in circa un secolo alla costituzione dei primi manicomi veri e propri, processo che andremo a esporre nelle righe che seguono. In questo modo, per Foucault la follia assume per la prima volta un proprio statuto individuale, diventando oggetto di percezione di per sé e in quanto patologia. Altri cambiamenti storici però portano a una nuova mescolanza all'interno dei luoghi di internamento tra folli e persone estranee alla patologia mentale. L'ondata di povertà portata dai nuovi paradigmi economici porta al riversarsi nelle strade di poveri e mendicanti. Inizialmente, molti di questi vengono internati. Questi nuovi poveri sono però al tempo stesso la base per la ricchezza di una nazione e quindi non si può pensare di internarli tutti, nasce dunque una differenziazione tra poveri: il povero che può lavorare è un elemento positivo, il malato ma non folle, al contrario, è esclusivamente un peso morto nella società. Si arriva dunque alla formulazione di un nuovo concetto di assistenza ai poveri, in cui ancora una volta si slega l'indigente dal folle. Il povero troverà aiuto in altri luoghi, magari direttamente presso la famiglia sotto forma di carità o sussidi, così come altre figure:

Così, mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a sfuggire all'internamento, la sola follia vi resta e per la prima volta la malattia si trova isolata dalla povertà e dalla miseria. In queste oscure regioni si è formata lentamente la nozione moderna di follia; non c'è stata una nuova acquisizione di nozioni ma una "scoperta" nella misura in cui, grazie a una distanza presa, pochi anni prima della riforma di Tuke e di Pinel, la lascia apparire alla fine isolata

nella grande figura flagrante e rovinosa della
sragione.¹⁴

La società borghese del periodo per Foucault non prova alcuna colpa di fronte al povero o al malato, ma si sente responsabile per il folle, perché questi può essere pericoloso e bisogna proteggere l'individuo da un incontro con esso. Si arriva dunque a un paradigma di cura, ma nuovamente anche repressivo: il malato va nascosto e allontanato, ancora una volta stigma sociale e livello medico si intersecano. Cabanis e Tenon saranno i principali ideatori del cambiamento che porta a questa nuova funzione dell'internamento, in particolare il primo teorizzerà la necessità di annotare costantemente cambiamenti, cure utilizzate e stati del paziente internato. La nascita dei manicomi si compie con Tuke e Pinel. Tuke è un quacchero, un socio di una di quelle innumerevoli "Società di Amici" sviluppatesi in Inghilterra alla fine del XVII secolo. In un certo senso, lo si può definire l'antesignano delle moderne comunità, poiché nei luoghi da lui gestiti il malato viene posto in luogo ameno e a contatto con la natura, in grado però di ricreare un senso di famiglia. Pinel si rifà invece a un approccio maggiormente religioso, in cui il malato possa ritrovare se stesso recuperando la propria verità morale. L'asilo di Pinel è organizzato in tre modi principali: Con il silenzio il paziente è prigioniero soltanto di se stesso, il malato è coinvolto in un rapporto colpevole con se stesso: la colpevolezza è spostata verso l'interno. L'assenza di linguaggio quindi ha per correlativo l'emergere della confessione. Con il riconoscimento nello specchio, la follia vedrà se stessa e sarà vista da se stessa: sarà, contemporaneamente, puro oggetto e soggetto assoluto. Infine il giudizio perpetuo. Con esso la follia viene anche continuamente giudicata dall'esterno da una sorta di tribunale invisibile; il malato deve essere perfettamente consapevole di tutto questo, il legame tra colpa e punizione deve essere evidente.

L'elemento veramente di rottura rispetto a queste idee è però un quarto pilastro: quello che vede la presenza del medico come gestore assoluto del

¹⁴ Foucault M., *Storia della follia nell'età classica*. p. 353.

luogo di internamento. L'opera di Tuke e Pinel, così diverse nello spirito e nei valori, si incontrano proprio in questa trasformazione del personaggio medico. La follia sembra aver trovato un proprio posto per Foucault, ma al tempo stesso sembra che essa ancora non possa godere di un trattamento non lesivo della propria libertà e non oggettivamente. La conclusione del filosofo francese è che il paradigma dei manicomi alla fine del XIX secolo non sia meno totalizzante e spersonalizzante di quello precedente e ha semplicemente spostato i propri paradigmi brutali pensando che bastasse dare un'oggettività scientifica alla follia per nascondere lo stigma dietro determinate pratiche.

Il medico ancora non è presente in questo quadro. Le case di internamento sono del tutto identiche a delle prigioni in cui si entra anche senza analisi medica. Gli internati sono mescolati tra di loro senza alcun criterio e i trattamenti attuati dal personale sono correttivi verso i comportamenti. Infatti ai fini dell'internamento non si andava a rilevare la necessità di esso tramite una lente di conoscenza di tipo medico, bensì quanto potesse essere l'internato in possibilità di suscitare lo scandalo. L'internato era a tutti gli effetti un colpevole e la follia stessa era la più grave delle colpe.

Nel XVIII secolo invece avviene il processo di naturalizzazione della follia come di ogni altra malattia. È qui allora che si introduce la conoscenza medica nell'ambito psichiatrico. Continua la concezione della follia come di alterità dalla ragione. Questa identità tra sragione e follia però sarà associata alla dimensione organica.

Successivamente si ha quella che fu ricordata per molto con l'accezione positiva di "Liberazione dei folli" operata operata da Pinel e Tuke. Essi come si è già visto a proposito di Pinel, parteggiavano per l'abbandono dei mezzi coercitivi, Tuke aveva fondato nel 1793 "Il Ritiro" un asilo con queste caratteristiche. Entrambi sono ricordati come filantropi liberatori della follia imprigionata. Foucault decostruisce questa falsa credenza. I folli chiusi in questi spazi non sono per nulla liberi hanno solo catene diverse, quelle morali. Inoltre ora è penetrato nel manicomio la figura del medico. Con

questa la realtà del folle è ancora più chiusa e costretta di quella dell'internamento classico. È il medico, ora custode della morale, che applica catene che non si vedono agli occhi. Qui nasce il manicomio vero e proprio. La terapia si trasforma però in giustizia.

La svolta nel manicomio di Karl-Bonhoeffer e la psichiatria sociale

La tematica e la svolta antipsichiatrica, derivata dal differente approccio alla vita sociale e politica, riverberò ovviamente nell'ambito del mondo occidentale ed europeo sotto diverse spoglie. In particolare si può vedere quasi sotto forma di laboratorio sociale a titolo di esempio, ma comunque conseguente alla corretta applicazione delle correnti teoriche sopracitate, la Germania ed in particolare lo studiato caso del manicomio Karl Bonhoeffer. In esso e nella sua storia negli anni dal 1960 al 1980 sono stati studiati gli effetti della riforma e dell'approdo delle nuove idee sulla psichiatria, sul trattamento della patologia mentale. Qui ebbe fisicamente luogo il cambiamento epocale in atto e si può considerare spia o microscopico esempio del cambiamento.

L'ospedale psichiatrico Karl Bonhoeffer detto Kbon fu inaugurato nel 1880 come "manicomio municipale della città di Berlino". Il Kbon fu caratterizzato dal

sovraffollamento fin dalla sua apertura. A metà degli anni '50 La situazione del KBoN era caratterizzata da una tensione tra la necessità sempre più evidente di una modifica delle prassi attuate al suo interno e di un cambiamento migliorativo strutturale. Ancora una volta e anche sotto questo aspetto influì positivamente l'introduzione della farmacologia psichiatrica. L'introduzione dei nuovi farmaci negli anni '50 ha portato infatti ad una sorta di ottimismo terapeutico anche nel KBoN. Ovviamente parliamo principalmente dell'introduzione della clorpromazina.

Proprio in quel periodo in seguito all'introduzione nelle terapie di suddetti farmaci furono infatti rimosse una parte delle grate alle finestre e delle pareti. Il sovraffollamento comunque durò fino agli anni sessanta.

Dal punto vista scientifico e teorico il movimento antipsichiatrico aveva i suoi rappresentanti tedeschi. Influyente sull'argomento a livello di opinione pubblica fu soprattutto il documentario "Emergenza sanitaria n. 1", Il reportage, pubblicato il 1° ottobre 1973 nella rivista di medicina della ZDF, ha raggiunto milioni di tedeschi con l'avvento della radio. Il programma fu influenzato nei contenuti da "Manicomi - i malati accusano" del 1964 di Frank Fischer. essi erano espressione di un movimento sociale più ampio che coinvolgeva la società tedesca del momento dal punto di vista ideologico e politico ancorché culturale e sociale e tutto ciò aveva la sua origine negli anni '50. Nella letteratura sul tema svolse un ruolo centrale nella narrazione la schizofrenia. Da sempre considerata come patologia simbolo del problema e della tematica, ciò dovuto sia all'abuso del termine sia a livello di diagnosi tecnica che a livello informale tra la popolazione, fino a diventare uno pseudo termine ombrello per stare ad indicare i malati mentali. Essa insomma ha avuto un ruolo centrale sia dal punto di vista dell'immaginario collettivo ma è anche spesso presa in considerazione per le riflessioni teoriche. Essa ha avuto infatti dal punto di vista statistico caratteristiche e connotati differenti a seconda del periodo storico. Questo è uno degli aspetti della svolta del Kbon. Anche nell'opera del più famoso antipsichiatra della storia, Ronald D. Laing, le riflessioni sulla schizofrenia sono state fondamentali, nella sua opera "L'io diviso" è presa in considerazione. In particolar modo Laing non accettava la spiegazione biologica della malattia mentale. Parte della svolta antipsichiatrica consiste infatti nel considerare il mondo soggettivo dell'esperienza e i racconti dei pazienti diventano importanti. Ma soprattutto diventa per la prima volta sfocato il limite tra salute e malattia. La pazzia cessa di essere vista come qualcosa di esclusivamente negativo e viene ridefinita nei termini di viaggio terapeutico. L'obiettivo era di eliminare la concezione di una natura escludente e stigmatizzante della malattia, ridefinendola come

un'opportunità o una risposta normale. Questo cambiamento ha comportato insomma un copernicano rovesciamento della prospettiva nell'intellettualità umana ovvero nella concezione della realtà.

Da un punto di vista storico-scientifico, l'antipsichiatria non è riuscita a penetrare nella psichiatria universitaria tedesca. In termini socio-politici, invece, l'antipsichiatria nella Repubblica Federale poteva contare su una ricezione giornalistica molto più ampia. Sia case editrici rinomate come Fischer-Verlag, che ha pubblicato tra gli altri Thomas Szasz, Ronald D. Laing e David Cooper, che altre più piccole come Syndikat, si sono distinte con un'ampia gamma di pubblicazioni sull'antipsichiatria. Riviste come il Kursbuch o Das Argument hanno dedicato numeri speciali all'argomento. Attraverso il Collettivo dei Pazienti Socialisti di Heidelberg, l'antipsichiatria divenne anche un evento mediatico che rifletteva le tensioni sociali nella Repubblica Federale Tedesca di quegli anni.

L'analisi antipsichiatrica ha quindi messo in discussione le disposizioni psichiatriche, sia in teoria che in pratica, e lo ha anche (indirettamente) modificato a lungo termine.

Fu sotto il direttore medico Rudolf Klaue (1956-1970) che si iniziò ad avere un miglioramento delle condizioni inanzi tutto architettoniche: vi fu un centro diagnostico costruito tra il 1969 e 1974 con le più moderne strutture per il laboratorio clinico, la radiologia, la medicina nucleare, l'elettrofisiologia, la bagno e la massoterapia, la terapia fisica. Questo centro medico era il simbolo del rinnovamento e testimoniava anche una certa innovazione in ambito non solo sociale e concettuale ma dimostrava anche innovazione in ambito terapeutico. Insomma la svolta, oltre che con un differente approccio anche l'introduzione e la somministrazione di tecniche avanzate. Successivamente, sotto la direzione di Flegel, che era sostenitore di una psichiatria orientata allo sviluppo della comunità terapeutica, si diede avvio alle terapie implementate da parte di una comunità di specialisti, gruppi terapeutici e interdisciplinari con medici, assistenti sociali e psicologi.

Dopo il periodo di prova tuttavia il contratto di Flegel non fu rinnovato. All'inizio degli anni Settanta, la psichiatria sociale godeva di una certa legittimità sia nella percezione pubblica sia negli organi decisionali politici. L'ufficio distrettuale sembrava aver scelto deliberatamente una psichiatra sociale di alto profilo per riformare l'ospedale. L'abbattimento delle gerarchie e il completo riorientamento dell'approccio terapeutico ha spesso incontrato una forte resistenza, non solo da parte dei medici ma anche del personale infermieristico.

La controversia su Flegel mostra anche come le tensioni che caratterizzavano la Germania in quel periodo attraversassero anche il campo della psichiatria. Un medico superiore parlò in proposito di intrusione in ambito ospedaliero anche a carattere di agitazione politica e radicale che nulla aveva a che vedere con il KBoN, a proposito delle riforme di Flegel.

In particolar modo a proposito della schizofrenia che come detto oltre a malattia rappresentativa della problematica è anche un termine usato in maniera allargata e forse troppo. Si può vedere come nei due decenni sessanta e settanta ci sia in seguito all'introduzione dei nuovi criteri diagnostici una sostanziale riduzione del numero di diagnosi di tale disturbo. Negli anni sessanta invece l'ammontare dei pazienti classificati come aventi la schizofrenia era infatti più simile a quelli dei decenni precedenti. Ovviamente il reale numero degli schizofrenici è sconosciuto. Inoltre la distribuzione per età e genere sembrerebbe appunto influenzata dall'epoca storica tra gli anni '60 e '70. Sembra inoltre che quando i pazienti venissero definiti schizofrenici poche diagnosi fossero formulate, negli anni '60 e '70, secondo i criteri stabiliti nei libri di testo. Questa diagnosi sembra basarsi più sull'intuito che su un'elaborazione consapevole e basata su un criterio.

Del resto, e cosa più importante in questa sede, in Germania in quel periodo fu modificato il metodo di classificazione dei disturbi. All'inizio degli anni '70, il Codice di Würzburg il metodo precedente, più antico che era utilizzato in Germania fu sostituito dal già citato ICD-6; si inizia ad applicare quindi una

classificazione internazionale delle malattie. Nel 1970, l'ICD è stato menzionato per la prima volta.

Il passaggio tra i due metodi fu attuato grazie all'Istituto Max Planck per la psichiatria di Monaco e la Clinica psichiatrica della Libera Università di Berlino. Nel 1973 è stato annunciato in Neurologia che l'ICD-8 sarebbe stato utilizzato in tutta la Germania. Nel 1972, la casa editrice Springer pubblicò per la prima volta il codice ICD psichiatrico, con il relativo glossario. A Wittenau, il codice diagnostico proposto dall'OMS fu utilizzato quindi dalla fine degli anni '60 in maniera informale ed affiancato al precedente sistema per poi sostituirlo.

La sfida politica e legislativa

Ancora prima cronologicamente del principale intervento legislativo di interesse nella trattazione e volendo risalire all'origine di questa normativa in Italia, occorre prendere in esame altre due leggi che sono invece precedenti la Seconda Guerra Mondiale: la legge 36/1904 e il "Codice Rocco" del 1930.

La legge 36/1904 fu la prima legge a regolamentare le istituzioni manicomiali. È considerato ad oggi uno dei peggiori progetti legislativi mai emanati in questa materia. La maggior parte della regolamentazione era in questo caso lasciata alla normativa di attuazione. Non era previsto il ricovero volontario e l'ammissione dei pazienti era limitata ai soggetti che erano risultati pericolosi o di pubblico scandalo. La procedura comunque per la decisione riguardo l'ammissione o meno dei malati al manicomio aveva sempre un carattere giudiziale.

Il sistema, era basato su una corrispondenza si può dire identitaria tra devianza e malattia mentale. Il risultato primario era che viceversa il malato che non fosse considerato come pericoloso, fosse lasciato assolutamente privo di assistenza sanitaria.

Come Goffman e Foucault faranno osservare successivamente, insomma, i manicomi erano del tutto simili ad un'istituzione disciplinare.

La legge Giolitti (36/1904) era quindi un regolamento di attuazione sorto anche in seguito, come si è detto, agli scandali che si erano avuti in vari centri dell'epoca, tra cui appunto, San Servolo.

Il cosiddetto Codice Rocco del 1930 era una legge che riformava il codice penale.

È evidente da la *Relazione a S.M. il Re del progetto al Codice Penale* che tutto il sistema coinvolto nella gestione del malato o presunto tale era rivolta o comunque aveva nella sua origine, come caratteristica principale, la funzione di difesa della collettività. Comunque unitamente a funzionalità terapeutiche e di custodia si ripropone quindi, da un punto di vista legislativo, il legame presunto tra patologia psichiatrica e pericolosità che essa valesse per le altre persone o per sé stessi.

Se il malato aveva anche infranto la legge allora era più pericoloso del normale malato: egli rientrava tra i *folli rei*. Una caratteristica fondamentale del codice di procedura penale era la previsione dell'iscrizione al casellario giudiziario per ogni ricovero in manicomio. La stigmatizzazione dell'eventuale ex internato era pressoché totale una volta che veniva congedato e il reinserimento sociale e lavorativo quasi impossibile. Questo il regime successivo l'introduzione del codice.

Un altro aspetto inerente la materia legislativa riguardava la codificazione civile in particolare il codice del 1942. In esso erano disciplinati l'interdizione e l'inabilitazione. Un'ulteriore specifica, per quanto riguarda l'interdizione, fu fatta nel 1967. Con il D.P.R. 1967 nr. 223 in cui era riportato che gli interdetti perdevano i diritti politici e la qualifica di elettori.

L'interdizione in ogni caso seguiva automaticamente il ricovero in manicomio. Inoltre all'art. 3 era stabilito che il diritto di voto fosse sospeso per tutti gli internati.

Ora passiamo alla legge nr. 345 del 1975. Il cambiamento principale apportato da questa legge fu il mutare del nome dei manicomi giudiziari in ospedali psichiatrici giudiziari. Ed è in questi che ci si riconnette alla tematica impervia e contraddittoria che scaturisce dal legame tra criminalità o comunque devianza e disturbo o malattia mentale. Con questa legge nasce quindi il famigerato OPG, sigla che rimanda, ad una delle più dibattute questione sulla tematica del trattamento dei malati mentali considerati pericolosi per sé o per gli altri. Gli OPG saranno infatti, in epoche più recenti, considerati gli eredi dei manicomi, quindi al limite tra la violazione dei diritti umani pertanto considerati “troppo simili” all’istituzione precedentemente eliminata qualche decennio prima.

La legge Basaglia

La critica antipsichiatrica alle istituzioni era mossa da una serie di negazioni. La negazione del manicomio, del ruolo della psichiatra, semplice custode e carceriere di malati considerati irrecuperabili, e la negazione della malattia stessa, per lo meno come comunemente intesa, ovvero con le sue caratteristiche di etichetta totalizzante. Il ruolo dello psichiatra che esercitava il suo potere assoluto di controllo sul paziente era negata. La psichiatria in Italia negli anni ‘50 e ‘60 era ancora legata ad una visione di tipo conservatrice. Secondo il pensiero antipsichiatrico erano gli psichiatri stessi, al fianco dei malati che dovevano schierarsi contro la violenza delle terapie e della reclusione. Basaglia rappresentava la figura dello specialista ma allo stesso tempo era interessato personalmente all’aspetto storico, soprattutto riguardo la psichiatria del XIX secolo. Indagava sui rapporti tra psichiatria e potere. Egli credeva nella possibilità e necessità di effettuare un reale avvicinamento al malato ma per farlo occorreva primariamente smantellare la realtà dell’istituzione e creare una comunità veramente terapeutica. Il problema non era più estirpare la malattia capirne le cause biologiche ma l’attenzione si era spostata sul modo di rapportarsi con il malato. In particolare occorreva ascoltare la sua storia. Insomma, la realtà istituzionale per Basaglia andava stravolta e per farlo occorreva creare la

comunità terapeutica. Nel 1965 il Ministro della Sanità denunciava gli ospedali psichiatrici che paragonò ai lager nazisti. Nel 1966 a Firenze nasceva l'Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Il problema non era solo specialistico o relegato all'ambiente degli addetti ai lavori ma era diventato anche una questione politico sociale collettiva. Un altro fatto storico che rappresenta una tendenza diventata ora consolidata fu l'introduzione dell'innovazione della pratica psicoterapica.

Basaglia passa da Gorizia dove ebbe luogo l'esperimento di tipo terapeutico e da dove partirono una serie di giovani ricercatori specialisti con una serie di iniziative e si spostò all'ospedale psichiatrico di Trieste nel 1971 in seguito alla nomina da parte del Presidente della Repubblica.

Nel 1972 metà dei malati in manicomio iniziarono a partecipare alla festa di quartiere e fu anche aperto un laboratorio artistico con la collaborazione di Guarino, un vignettista. Nel 1973 si tenne la sfilata di Marco Cavallo una scultura costruita dai malati con l'aiuto dello scrittore Vittorio Basaglia e dello scrittore e sceneggiatore Luciano Scabia. Il manicomio di Trieste venne chiuso nel 21 aprile 1980. Con la legge Mariotti, la nr. 431 del 1968 si tentò di risolvere una serie di problematiche. Oltre alla scarsa presenza di personale medico, il sovraffollamento, furono anche definite le qualifiche precise in possesso del personale del manicomio. Le figure del tutto nuove erano: gli psicologi, gli assistenti sociali e gli assistenti sanitari. Fu anche introdotto il ricovero volontario. Si diede inizio quindi alla possibilità di essere ricoverati anche alle persone malate di mente per le quali non fosse stato previsto un ricovero in manicomio. La legge Mariotti istituì anche i tre perni dell'assistenza psichiatrica: i centri di igiene mentale, gli ospedali psichiatrici, i servizi psichiatrici ospedalieri congiunti a servizi geriatrici. Cosa forse tra le più importanti fu l'abrogazione nel Codice di procedura penale della norma relativa all'iscrizione al casellario giudiziario.

La legge Basaglia denominata come legge nr. 180 del 13 maggio 1978 nacque in una particolare situazione politica. Il Partito Radicale aveva promosso un referendum abrogativo della legge 36/1904. Ma allo stesso

tempo era in discussione il progetto di legge istitutivo del Servizio Sanitario Nazionale che prevedeva anch'esso l'abrogazione della 36/1904. Il rischio era il fallimento di entrambe le iniziative. Alla fine fu approvata una legge autonoma in tempi molto rapidi. In modo da evitare il rischio di fallimento del referendum. Questione importante contenuta nella legge era la legislazione in materia di trattamento sanitario obbligatorio (TSO). Si affermò l'importanza del rispetto dei diritti civili e politici della persona e della dignità della persona che fosse sottoposta a TSO.

La riforma, a dichiarazione dello stesso Basaglia, avrebbe dovuto essere transitoria in attesa dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale avvenuta il 23 dicembre 1978 con l'approvazione della legge nr. 833. L'importanza maggiore si deve attribuire senz'altro alla chiusura dei manicomi.

Ma ciò significava anche l'istituzione delle terapie e tutela del diritto alla salute presente nella costituzione prima di allora inesistente. In particolare fu abbandonato il principio di pericolosità per l'accesso ai trattamenti. Fu sancita la cooperazione tra sindaco e medico come di due autorità entrambe sanitarie. Si iniziò a evitare di considerare il malato come un non uomo e gli si attribuirono pari diritti e dignità. Si pose fine alla stigmatizzazione legale del malato mentale.

La legge 180/1978 non produsse alcun effetto sulla tematica dell'ospedale psichiatrico giudiziario non facendone mai menzione a livello esplicito, la loro situazione restò praticamente inalterata.

La salute mentale e l'infanzia. La testimonianza di Massimo Ammaniti

Fino agli anni settanta per i bambini che avevano deficit o handicap di qualsiasi potesse essere la loro origine e gravità era prevista la cosiddetta pedagogia speciale. Il sistema in cui veniva attuato tale approccio alla pedagogia verso i bambini disabili o con disturbi dell'apprendimento erano

le classi differenziali. In Italia, le prime classi differenziali furono create all'inizio del XX secolo, a valle di un dibattito durato a lungo. Nel 1900 ad esempio a Torino vennero create presso la scuola Aurora le "classi speciali per fanciulli deficienti", fino all'istituzione di intere scuole dove far confluire e proseguire nell'istruzione gli alunni ancora allora denominati "ritardati".

Denominazioni analoghe ma con lo stesso concetto di fondo si ebbero contemporaneamente in vari paesi europei. Spagna, Francia, Germania e Regno Unito avevano strutture con le medesime funzioni delle italiane classi differenziali.

Sotto il regime fascista si ha anche una formalizzazione dell'istituzione e la voce "classe differenziale" è presente nel testo unico *sull'istruzione elementare, post-elementare e sulle sue opere d'integrazione* contenuto nel RD 577 del 5 febbraio 1928. È da questo momento che si ha comunque un riordino della materia e le classi differenziali vengono anche divise in base alla gravità dell'handicap dei bambini, da una parte stavano le disabilità gravi e dall'altra le classi con bambini con semplici problemi di apprendimento o di socializzazione. La legge successiva in merito si ha nel 1967 ovvero il DPR 1518 del 22 dicembre 1967. Esso ancora suddivideva i bambini in base all'intensità delle difficoltà scolastiche riscontrate. Gli alunni sarebbero andati alle scuole speciali nel caso in cui i fossero dotati di anomalie o anomalie psico-somatiche e quindi necessitassero di un'assistenza che avesse anche carattere medico, mentre avrebbero dovuto rientrare nelle classi differenziali qualora fossero stati ipodotati intellettuali non gravi, disadattati ambientali, avessero avuto anomalie del comportamento, ma che fosse auspicabile un recupero e un reinserimento nella didattica.

L'istituzione fu ovviamente aspramente criticata e tale critica ebbe un vasto sostegno che arrivò al culmine nel 1968 trovando riscontro nell'ambito dei movimenti politici e culturali di quel periodo. Massimo Ammaniti si inserisce in questo periodo; dopo la laurea in medicina all'Università di Roma, si specializzò in neuropsichiatria infantile negli anni sessanta. La tematica

quindi coinvolge esattamente lo stesso periodo, questo rientra nell'ottica di vedere il periodo tra gli anni '60 e '70 come un periodo di cambiamenti culturali ad ampio raggio che ha coinvolto varie materie e campi del sapere oltre che solamente sotto il punto di vista politico movimentista.

Il percorso verso l'inclusione scolastica inizia nel 1971 con la promulgazione della legge n. 118. La legge 118/71 prevedeva che l'istruzione dell'obbligo dovesse avvenire:

[...] nelle classi normali della scuola pubblica, salvi i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali [...]

Il primo vero passo verso l'integrazione scolastica fu l'"inserimento" di alunni con disabilità meno gravi nelle classi comuni. Ad essa fece seguito un acceso dibattito nel mondo della scuola e delle istituzioni tra coloro che erano favorevoli ad un'inclusione completa di tutti gli alunni e coloro che avevano in mente come soluzione, l'integrazione degli alunni meno gravi nelle scuole cosiddette speciali. Proprio in quel periodo fu anche istituita una commissione di studio all'interno del Ministero dell'Istruzione. La commissione era presieduta dalla senatrice Franca Falcucci e aveva il mandato di svolgere una relazione relativamente al processo di integrazione in atto nelle scuole. La relazione finale della Commissione Falcucci fu diffusa nelle scuole tramite la C.M. 227 dell'8 agosto 1975 a firma dell'allora Ministro dell'Istruzione Malfatti. Si arrivò quindi alla promulgazione della Legge 517 del 4 agosto 1977. Con essa venivano definitivamente e formalmente chiuse le classi differenziali. Fu consentito con essa a tutti gli alunni in situazione di handicap di accedere alle scuole elementari e alle scuole medie inferiori.

Tutto ciò ha infine condotto molto tempo dopo alla legge 104 dell'8 febbraio 1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle

persone handicappate“ Può essere considerato il culmine del percorso che aveva come obiettivo la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Un'altra rivoluzione nell'ambito dell'istruzione italiana venne innescata con l'istituzione della legge n.1859 del 31 dicembre 1962 istitutiva della Scuola Media unica statale. Anche con essa era prevista l'istituzione di differenti tipologie di classi e di una pedagogia di tipo speciale in particolar modo rivede la costituzione di classi di aggiornamento e di classi differenziali specificatamente per alunni con difficoltà di apprendimento e “disadattati scolastici”. Qualche anno dopo sempre su medesimo argomento, il DPR n.1518 del 22 dicembre 1967, parlò dei soggetti aventi anomalie o anormalità a carattere somatico e psichico tali da non consentire una regolare frequenza e didattica nelle scuole comuni e che necessitavano di un particolare trattamento e di un'assistenza. Tali individui sarebbero stati indirizzati alle scuole speciali. Mentre analogamente al passato i soggetti ipodotati non gravi, con anomalie del comportamento, disadattati ambientali, venivano invece indirizzati alle classi differenziali seguendo sempre il principio per cui sarebbe stato auspicabile e desiderabile un reinserimento nella scuola ordinaria. Anche per quanto riguarda la scuola media la legge 517 del 1977 abrogò esplicitamente le classi di aggiornamento e quelle differenziali. Ma anche in questo caso nessuna misura fu prevista per gli alunni frequentanti quelle classi. Le classi differenziali nelle scuole comunque continuarono a sopravvivere per altri quindici anni e verranno poi definitivamente eliminate soltanto con la Legge 104/1992. Cosa di cui tenere conto come fatto degno di nota è che non fu programmata alcuna misura di supporto per gli “alunni disadattati”, ma chi purtroppo frequentava queste strutture fu semplicemente travasato nelle classi comuni con tutto ciò che poteva comportare in termini difficoltà.

Dal punto di vista internazionale è mettere in evidenza per il periodo la Dichiarazione di Salamanca nel 1994 quindi susseguente la riforma avvenuta in Italia.

Tra le personalità inerenti e il periodo di rivoluzioni che stiamo prendendo in esame vi è Massimo Ammaniti anche con la sua testimonianza presente in *Passoscuro*. Egli fu psicoanalista ed è attualmente professore onorario di psicopatologia dello sviluppo presso l'Università la Sapienza di Roma e membro della *International Psychoanalytical Association* egli fu un testimone diretto della rivoluzione in atto sul tema della salute mentale sotto uno degli altri aspetti in evoluzione in quegli anni. Primariamente egli infatti fu testimone e promotore di alcuni cambiamenti e teorie fondamentali relative però all'infanzia e all'istruzione.

Nelle famiglie, così come nell'intero tessuto sociale, i bambini rischiano spesso di essere l'anello più debole. La storia umana è un continuo susseguirsi di abusi, maltrattamenti e violenze nei loro confronti, soprattutto dei soggetti più fragili, con difficoltà di comportamento, malformazioni o ritardi di sviluppo. Per me, prendendomi cura di minori in difficoltà non era soltanto un lavoro, ma qualcosa che sentivo come un'esigenza etica¹⁵

Divenuto assistente divideva il suo impegno tra l'ambulatorio e il Padiglione 8 dell'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà, dove erano ricoverati bambini ritenuti, allora, irrecuperabili. Entrando nel Padiglione, dove aveva precedentemente prestato servizio per poco tempo, l'autore ritrovò:

[...]un mondo congelato nel tempo. In sei anni non era cambiato nulla. Varcandone la soglia mi colse la paura di essere risucchiato in quel gorgo e di finire come i tanti medici ormai assorbiti dal sistema: Non notai nessun cambiamento nei comportamenti delle suore e delle infermiere a cui erano affidati i pazienti. Il Padiglione aveva un'organizzazione sclerotica difficile da intaccare... Occorreva sottoporre a terapia l'intera istituzione per cercare di

¹⁵ Ibidem p. 5

modificarne le regole e le abitudini, così come gli spazi.¹⁶

Per l'autore i due anni trascorsi dentro al Padiglione 8 furono intensi e drammatici. Egli racconta di momenti fatti di entusiasmo e altri di sconforto, e tutto ciò che si svolse in quel luogo si può inserire nello scenario più ampio dei movimenti politico sociali di critica che erano nati sull'onda sessantottina. Si avvertiva un forte impulso a trovare soluzioni diverse, nel campo dell'assistenza all'infanzia. Rispetto ai ricoveri negli istituti dei centinaia di migliaia di bambini, si cercava di riportarli nelle loro famiglie o di affidarli ad altri nuclei familiari che facessero da tramite per reinserirli nel tessuto sociale.

Il cardine attorno a cui ruota questa ormai lontana esperienza è il concetto di "irrecuperabilità". Era questa la diagnosi che accompagnava i bambini del Padiglione ...eppure nel corso dei due anni in cui ho lavorato lì, i bambini e i ragazzi hanno fatto passi in avanti significativi. Con il nostro aiuto hanno cominciato ad uscire dal Padiglione, hanno visto per la prima volta il mare, hanno partecipato ad un soggiorno estivo con i ragazzi del quartiere, hanno frequentato centri di riabilitazione. L'irrecuperabilità non è dei ragazzi ricoverati. E' solo un'etichetta di cui ci serviamo per non impegnarci e non lasciarci coinvolgere¹⁷

Ammaniti descrive la sua esperienza di lavoro come neuropsichiatra infantile nel "manicomio" romano dove venivano ricoverati bambini e ragazzi con disabilità intellettive e motorie dove aveva prestato servizio. E da cui era uscito impressionato per la condizione di abbandono in cui si trovavano i ricoverati. La precedente esperienza aveva segnato il giovane neuropsichiatra che si era ripromesso di fare qualcosa per quei bambini fosse anche soltanto migliorare le condizioni della qualità della loro

¹⁶ Ibidem p. 6

¹⁷ Ibidem p. 8

reclusione. Racconta come abbia cercato da subito di introdurre un clima diverso nell'istituto partendo da cose molto semplici e con l'aiuto di un gruppo di volontari provenienti dall'università e dalle scuole per assistenti sociali.

Per prima cosa ha introdotto l'abitudine a che i bambini indossassero vestiti e scarpe al posto del camiciotto abbottonato dietro. Con gradualità ha cercato di coinvolgere in queste attività anche le infermiere più giovani e ben disposte, con le quali inizia a leggere le cartelle cliniche dei bambini e in seguito le altre. Egli stesso riprende anche Basaglia in *L'Istituzione negata* quando paragona l'istituzione manicomiale agli stati generali prima della rivoluzione francese. Il neuropsichiatra sottolinea come i bambini del reparto non abbiano genitori o se li hanno sono totalmente assenti.

I bambini che osservo ogni giorno hanno perso qualsiasi spinta esplorativa e qualsiasi curiosità, ed è difficile capire quanto ciò sia legato alla disabilità originaria e quanto alla "carriera" a cui sono stati sottoposti per usare un termine del sociologo americano Goffman Erving: rifiutati e abbandonati dai genitori, privati di legami, di stimoli sociali, affettivi e cognitivi, derubati della propria immagine personale e della capacità di riconoscersi"(...) Quella a cui sono sottoposti è una discesa agli inferi che comporta via via la perdita della propria identità, un processo di annullamento che trasforma i bambini e i ragazzi in esseri privi di volontà, assoggettati alle regole e alle dinamiche istituzionali¹⁸

L'autore immagina che questi bambini siano stati ignorati o rifiutati perché avevano segni fisici o comportamenti che allarmavano i genitori. Per esempio casi di microcefalia o di sindrome di Down potevano comportare l'inizio della detenzione nel padiglione 8. Egli anche testimonia di come a

¹⁸ Ibidem p. 14

volte paure e superstizioni offuschino la razionalità e producono danni irreparabili come il caso della bimba che a pochi mesi è stata trasferita in ospedale psichiatrico con certificato di pericolosità per sé e per gli altri a causa di convulsioni febbrili.

Erano gli anni sessanta e come già detto la psichiatria stava uscendo dal lungo periodo di impotenza che l'aveva caratterizzata dalla sua nascita: si stava aprendo la nuova era psicofarmacologica e ciò valeva anche sul lato dell'infanzia.

Capitolo III: Un nuovo punto di partenza

Il trattato di Alma-ata (1978)

Nel 1978 ha avuto luogo una conferenza internazionale congiunta tra OMS e UNICEF. Vi hanno partecipato i rappresentanti di 134 paesi insieme a 67 delegati delle Nazioni Unite e delle relative agenzie collegate. Nel 1979 anche l'ONU ha firmato la dichiarazione di Alma-ata. Così la Dichiarazione di Alma-Ata ha espresso la necessità di fornire assistenza sanitaria di base al fine di promuovere la salute di tutte le persone, sottolineando la giustizia e l'equità sociale. La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria si riunì ad Alma-ata tra il 6 e il 12 Settembre 1978 e fu firmata dall'Assemblea Generale dell'ONU nel maggio del 1979. Fu l'evento internazionale più importante di tutti gli anni '70 riguardante la salute e la sua politica a livello internazionale. La Dichiarazione adottata dalla Conferenza ha identificato l'assistenza sanitaria di base come la chiave per raggiungere l'obiettivo della "Salute per tutti" come parte dello sviluppo nello spirito della giustizia sociale, nel maggio 1981 l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò inoltre la Strategia Globale della "Salute per tutti entro il 2000". La dichiarazione sottolineava l'importanza dell'attenzione alla salute e si poneva come obiettivi importanti in merito. Sviluppato nell'ambito delle organizzazioni internazionali in particolare OMS, UNICEF, ONU, Organizzazione panamericana della salute e fu patrocinata dall'Unione Sovietica. Vi parteciparono 134 paesi e 67 organizzazioni internazionali, con l'assenza della Repubblica Popolare Cinese.

Il monitoraggio tramite la cooperazione per la salute è considerato un tema importante nell'ambito della tutela della pace mondiale. Alma-ata è un documento che testimonia il comune accordo di un gran numero di governi sul tema della salute e della sua tutela a livello mondiale. Nel suo primo articolo è dichiarato infatti l'intento di preservare la salute quale diritto umano fondamentale e viene affermato che il raggiungimento del

maggior livello di salute possibile è un risultato che ha un carattere sociale ed è di importanza mondiale al punto da richiedere il coinvolgimento di ogni settore della società dal punto vista economico e sociale. Rappresenta tutt'ora un punto di svolta nell'assistenza sanitaria a livello globale nell'ambito della sua teorizzazione e della sua concezione in quanto nei suoi articoli sono state dettate le linee guida e i principi che dovrebbero motivare e regolare la sanità degli stati e tra gli stati in quanto, ovviamente è una tematica che non conosce frontiere e ciò è più che mai vero come si è rivelato negli ultimi anni in seguito alle vicende legate al Covid-19 e al propagarsi nel mondo della pandemie.

Il trattato mette quindi al centro delle considerazioni l'individuo e di ogni parte del mondo e la sua integrità mentale e ha come obiettivo la creazione di una politica sanitaria internazionale da parte di organizzazioni internazionali e agenzie che sia rivolta agli operatori che lavorano nel campo della salute e della comunità mondiale per la tutela della salute. Essa ha istituito e dato un nome alla cosiddetta Assistenza Sanitaria Primaria, dall'inglese Primary Health Care (abbreviato PHC) e ha descritto quali comportamenti e obiettivi debba avere. Questa concettualizzazione svolta nell'ambito OMS ha avuto un grande ruolo e ha dimostrato la sua efficacia in svariati campi tramite soprattutto le politiche di informazione presso la popolazione per esempio nel campo della prevenzione contro l'HIV e delle tossicodipendenze.

Il Primary Health Care corrisponde alla funzione di prevenzione e informazione riguardo le possibili tematiche inerenti la salute che coinvolgono le persone e la comunità. Si ritiene infatti che un'adeguata informazione e prevenzione diffusa a livello capillare ovvero della cosiddetta medicina di comunità, aumentino sensibilmente le condizioni generali di vita e di salute della popolazione. Ciò risulta essere più che mai vero per quanto riguarda la salute mentale che tuttavia non era menzionata nella suddetta dichiarazione. La menzione alla salute mentale benché non presente in

maniera esplicita nel testo della dichiarazione è presente nei resoconti della conferenza.

Inoltre è dimostrato dalla comunità scientifica internazionale che il trattamento preventivo e precoce nell'età della persona umana è preferibile per svariati disturbi inerenti la sfera psicologica ed emotiva. Pertanto è sicuramente coerente nell'ambito di questo ragionamento anche lo stimolo e l'agevolazione all'accesso più facile alle strutture mediche e alle cure.

Un limite nella dichiarazione da questo punto di vista è presente: la sua assenza all'interno degli articoli del trattato dimostra a livello concettuale la collocazione storica della dichiarazione, ancora mancante sotto questo aspetto e rispetto alla sensibilità necessaria verso la tematica e l'avanzamento teorico e pratico in ambito psichiatrico e terapeutico auspicabile nell'epoca attuale.

Tra i limiti attuali e le difficoltà invece che si possono notare sull'argomento si può anche annoverare la parziale inefficacia dei mezzi del Primary Health Care dovuti alla scarsa fiducia che si nutre da parte della popolazione dei paesi economicamente più avanzati all'interno della popolazione verso la parte della struttura sanitaria di assistenza che concerne al PHC e invece ci si rifà più che altro agli specialisti del settore. C'è la convinzione infatti che i sistemi di Primary Health Care siano utili soprattutto alle persone povere e non alle ricche quando invece ne traggono uguale vantaggio tutte le persone appartenenti ad ogni fascia di reddito. Si preferiscono infatti visite per lo più private e specialistiche e le relative terapie. Quindi la sensibilità e l'attenzione scatta solo nel momento in cui la patologia è già presente e dimostrata e non sono quindi preferite misure di prevenzione e dialogo quando invece in alcuni casi e per alcune tipologie di problemi è possibile intervenire in anticipo ed evitare o ridurre i danni. Soprattutto a livello pediatrico tramite la prevenzione e informazione per ridurre il rischio di insorgere di disturbi inerenti la sfera psicologica.

L'assistenza sanitaria di base (il PHC) non è solo il primo livello di contatto con le persone, ma si può considerare una completa struttura inerente la società che può o potrà modificare e migliorare l'intero insieme dei rapporti sociali e quindi non solo gli individui ma anche i gruppi sociali quali la comunità e la famiglia e quindi portare la salute dove le persone vivono e lavorano.

Va detto che si sa poco o nulla riguardo a come e quanto possa funzionare il Primary Health Care per quanto concerne il problema dei disturbi mentali. Ovvero, non si sa in cosa dovrebbero consistere. Inoltre le cosiddette misure di prevenzione da attuare e soprattutto non si conoscono e non sono quantificabili né stimabili i risultati che potrebbero avere sulla popolazione questo tipo di politiche sanitarie.

LGBT e diagnosi. Le parole sono importanti.

Tra gli eventi particolarmente significativi relativamente alla settima ristampa del DSM-II del 1973 è espulsione dell'omosessualità dalla classificazione psicopatologica. Ciò è sicuramente un evento di enorme portata e sta a significare in un momento che sembra comunque sempre un passo essenziale ed inevitabile verso una maggiore umanità ed inclusione.

La derubricazione dell'omosessualità come malattia mentale, voluta dall'American Psychiatric Association nel 1973, è il risultato di una lunga battaglia che ha avuto un forte impatto sulla vita di milioni di uomini e donne omosessuali, non solo negli Stati Uniti, ma in tutto il mondo. Questo evento è stato un importante cambiamento nel mondo della psichiatria e ha avuto una forte risonanza sociologica e psicologica. Io ho avuto il privilegio di svolgere un ruolo significativo in questa battaglia.¹⁹

¹⁹ Judd Marmor, *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* nel 2011.

Judd Marmor, psichiatra americano impegnato nella tematica relativa all'omosessualità e la sua concezione come patologica. L'omosessualità infatti ha subito nel corso della storia del DSM diverse modifiche e in un passato che sembra facente parte di una realtà fortunatamente lontanissima a livello concettuale, venne addirittura classificata come disturbo mentale. Solo nel 17 maggio 1990 lo stesso termine omosessualità viene rimosso completamente dal manuale e quindi tra le categorie diagnostiche.

Si può dire allora che i cambiamenti che avvengono alla base della società e della narrazione culturale più strettamente politica e intellettuale avvengono anche ad alti livelli istituzionali ed internazionali e viceversa. Gli aggiornamenti e l'evoluzione del pensiero filosofico e la letteratura intellettuale si basano sui cambiamenti in atto nella società e viceversa. L'uno può precedere l'altro e viceversa. La storia dell'evoluzione dell'approccio al non problema dell'omosessualità racchiude in sé sia considerazioni scientifiche, metodologiche relative alla psichiatria ma risponde anche a pressioni sociali e culturali.

La scelta fu presa nel 1973 e ebbe luogo tramite votazione e poi successivo referendum e per questo fu ma non solo, anche criticata nonostante fosse stata raggiunta l'unanimità. Non solo i suoi oppositori contestarono e per lungo tempo anche successivamente all'adozione dell'atto della veridicità scientifica e attendibilità metodologica dell'approccio allora nuovo. La decisione di derubricare l'omosessualità come malattia mentale è susseguente anni di ricerche scientifiche volte a dimostrare l'inidoneità della visione precedente. A tutto ciò vanno a sommarsi le pressioni politiche esercitate in quegli anni dai movimenti di liberazione sessuale e accompagnano la letteratura scientifica. Altro dato importante in relazione alla tematica, il 17 maggio 2005, 15 anni dopo la definitiva eliminazione dell'omosessualità dal DSM, viene istituita per la prima volta la Giornata Internazionale contro l'omofobia con lo scopo di sensibilizzare la popolazione mondiale sul tema.

Sempre dal punto di vista LGBT+ l'OMS continua ancora la sua opera verso l'adeguamento alle tematiche sociali diffuse ed il cambiamento degli stili di vita, si adegua al mondo e alla cultura contemporanei tramite la salvaguardia e la protezione; attraverso la normativa emana questa volta nell'ambito dell'altro grande registro inerente i disturbi mentali e psicologici già citato in precedenza: l'ICD. L'evoluzione delle scienze ovviamente coinvolge anche il modo di intendere ciò che è patologico da ciò che invece non lo è. Questa volta non è l'orientamento sessuale ma bensì la tematica di genere ad essere oggetto di discussione e i cambiamenti riguardano i tempi molto recenti o comunque il periodo recente.

Nel passaggio da ICD-10 pubblicato nel 1990 e l'ICD-11 approvato nel 2018 e pubblicato il primo Gennaio 2022 è stato operato un attuato terminologico importante. Dal termine "transsexualism" che costituisce un atteggiamento o comunque un'inclinazione considerandolo un termine non patologico si è passati al termine "gender incongruence", maggiormente descrittivo della realtà. Il riferimento all'aggettivo transessuale (la traduzione di transsexualism) non costituisce effettivamente un disturbo e non rientra nel patologico e anzi costituirebbe un termine che oltre ad essere una scelta dichiarata e consapevole da parte di milioni di persone, anche un prendere atto della propria natura e personalità. Nonostante la forse conseguente sofferenza che un simile status ancora arrechi alle persone che si considerano facenti parte di questa macrocategoria, essa sembrerebbe non avere intrinsecamente in sé e per sé un carattere di tipo patologico per come è enunciata e anzi, come detto può corrispondere solo ad un'inclinazione personale e ad una caratteristica fondamentale dell'identità. Per questa la preferenza per il termine "gender incongruence" quando riferito a la questione di genere potrebbe lasciar presagire una differenziazione tra le definizioni di quello che può essere semplicemente una caratteristica personale a cui la società non sa ancora dare una risposta congrua relativamente all'auto definizione di sé e quello che invece potrebbe essere nel singolo individuo un disturbo a livello intrinseco al di là che successivamente tale individuo si identifichi con il genere che gli si è a

attribuito alla nascita o meno (e viceversa nel caso in cui gli sia stato attribuito un genere che non corrisponde alla sua persona né fisica né mentale).

Ciò costituisce quindi un grande passo in avanti anche sotto il profilo politico in quanto va ad agganciarsi ad una visione sempre più umana e solidale della visione dell'essere umano. L'istituzione medica e scientifica globale e di conseguenza l'istituzione politica internazionale fanno in questo caso un passo avanti verso la persona rivolto a comprenderne la sofferenza e anche ovviamente a non sembrare inadatte rispetto al cambiare dei tempi e della morale comunemente condivisa per lo meno nel mondo occidentale.

La vita di Mario Galzigna

Figura fondamentale nello studio della psichiatria sia da un punto di vista storico ed epistemologico in Italia è Mario Galzigna. Nato nel 1944 a Padova, si forma come filosofo presso l'ateneo della città natale, per poi laurearsi con una tesi di psicologia sperimentale. Cominciò poi a insegnare giovanissimo, all'età di ventisei anni presso l'Università Ca' Foscari di Venezia. I suoi interessi per la psicologia e l'epistemologia si riflettono anche nelle cattedre tenute: prima *Storia del pensiero scientifico antico e contemporaneo* e successivamente *Storia della scienza*; tenne anche il corso *Epistemologia clinica (Storia e metodi della Psichiatria)* per il biennio di specializzazione del corso di Laurea in Servizio Sociale. Non insegnò però solo in Italia: tra gli atenei per cui tenne degli insegnamenti si possono annoverare anche quelli di Ginevra, Boston, Rio de Janeiro e Parigi (sia Sorbona che l'École des hautes études). Ha insegnato inoltre Etnopsichiatria e psichiatria clinica: epistemologia e storia nella specialistica di Antropologia. Nella città di Bergamo organizzò un seminario permanente dedicato a Gregory Bateson, Gilles Deleuze e Michel Foucault. Il seminario si prolungò per sette anni, frequentato, oltre che da lui, da Adone Brandalise, Marcelo Pakman, Marco Dotti, Marisa Fiumanò, Nicole Janigro, Massimo Recalcati, Giacomo Conserva, Gabriela Gaspari, Massimo

Giuliani e altri. I suoi interessi però si mossero anche verso la letteratura e il teatro, con alcune opere progettate ma che mai videro la luce su Joyce, Artaud e Gadda. Ebbe anche una grande passione per culture lontane da quella europea, tanto da decidere di prendere un secondo nome - Guarani - a seguito di una visita presso l'omonima popolazione del Brasile orientale. Fu un riconosciuto esperto anche al di fuori dell'ambito accademico, come attestano le numerose consulenze per varie ULSS del territorio veneto e la Maison des Adolescents a Parigi. Fu inoltre membro e poi coordinatore del Comitato Scientifico della Fondazione San Servolo IRSESC (Istituto di Ricerche e Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale, Venezia), nata nel 1980 per la valorizzazione del patrimonio archivistico e librario dell'antico manicomio veneziano dell'isola di San Servolo, chiuso a seguito dell'approvazione della Legge Basaglia. Gli ultimi anni li passò da ricercatore in quiescenza per la stessa Ca' Foscari. Morì il 26 ottobre 2020 nella propria casa presso il quartiere Arcella di Padova.

Le manifestazioni della follia mi hanno sempre attratto e incuriosito. In alcuni casi, non esito a riconoscerlo, mi hanno personalmente coinvolto. Già durante gli anni universitari, tuttavia, i miei coinvolgimenti si sono frequentemente coniugati con una curiosità analitica, con una volontà di sapere e di capire, e quindi con un desiderio di trasformare le urgenze del vissuto e i sussulti dell'esperienza in oggetto di analisi e di ricerca.²⁰

Galzigna descrive così il proprio percorso personale e culturale. In effetti, il contributo che diede alle ricerche nell'ambito è oggi ampiamente riconosciuto e di notevole importanza per chi ancora oggi si affaccia su queste problematiche. In particolare, a Mario Galzigna si deve la traduzione

²⁰ M. Galzigna, *Il mondo della mente. Per un'epistemologia della cura*, Venezia, Marsilio Editori, 2007, pag. 17.

integrale in italiano e la curatura di *Storia della follia* di Michel Foucault e di tante altre opere del filosofo francese, tra cui tante delle trascrizioni dei corsi tenuti presso il Collège de France. I suoi interessi vertevano molto sul linguaggio e su come questo potesse essere considerato il fondamento di una “cultura psichiatrica”: una filosofia della psichiatria, si direbbe. Un interesse per il linguaggio che lo portò a preferire nettamente la lingua francese, che considerava portatrice di maggiori sfumature e possibilità rispetto all'imperante inglese del mondo accademico. L'interesse maggiore era però per l'analisi della psichiatria in atto, nella sua azione di cura:

La cura non viene da me concepita come cifra ontologica della presenza; è una dimensione “carica di mondo” e non può essere confinata negli ambiti angusti e asettici di un approccio intellettualistico. Il mio lavoro sull'epistemologia della cura nasce all'interno di una certa cornice istituzionale (quella dei Dipartimenti di Salute Mentale), dove sono stato più volte chiamato per creare sinergie, interazioni significative e produttive tra differenti approcci al malato psichiatrico. Proprio all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, proprio all'interno dei servizi psichiatrici, ho praticato (e non “teorizzato”) l'epistemologia clinica.²¹

Il suo lavoro di analisi delle pratiche psichiatriche fu però spesso critico e stigmatizzante su alcuni problemi che riscontrò negli anni passati da consulente presso i reparti. Con un atteggiamento critico soprattutto sulla componente umana e il riduzionismo imperante:

²¹ <https://www.vita.it/it/interview/2020/10/27/nei-regimi-della-mente-la-cura-come-pratica-e-come-vocazione/375/>

[...] il rinnovamento dell'orizzonte terapeutico passa anche attraverso la capacità del curante di riportare questa dialettica tra l'alterità interna e l'altro, l'altro in carne e ossa, dentro la quotidianità della clinica. C'è interazione, e qui torniamo a una matrice foucaultiana, tra cura di sé e cura dell'altro, tra lo sguardo su di sé e lo sguardo sull'altro. [...] Nel momento in cui prendi in carico qualcuno, prendi in carico te stesso. Nel momento in cui ti prendi realmente cura di te non rinserrandoti nel cinismo o nell'egoismo (che è anche egoismo della teoria, se mi si passa il termine) ti prendi cura dell'altro. Per svolgere la mia funzione di epistemologo clinico, ad esempio, ho dovuto prendermi cura di me, praticare una serie di percorsi autoformativi, dialogare, condividere momenti di vita con i pazienti: tutte cose che, in qualche modo, mi hanno modificato. [...] Per questo dobbiamo lavorare sulle crepe dell'atteggiamento riduzionista e lasciare intravedere la complessità. Il riduzionismo può anche funzionare talvolta, in casi semplici, ma nella maggior parte dei casi è una pluralità di fattori diversi e spesso stratificati che crea la sofferenza. Ruotiamo sempre attorno alla stessa questione, la cura di sé è la cura dell'altro: capire l'altro, capire se stessi, conoscersi attraverso la conoscenza dell'altro fuori di me. D'altronde se, mentre guardi in te stesso, non getti contemporaneamente lo sguardo sugli altri, non affronterai mai a fondo neppure la questione della cura di te. Questa interdipendenza tra cura di sé e cura dell'altro è dato anche da una certa persistenza dell'empatia clinica.²²

²²<https://www.vita.it/interview/2020/10/27/nei-regimi-della-mente-la-cura-come-pratica-e-come-vocazione/375/>

Un atteggiamento fortemente critico che unito alle posizioni anti-accademiche e anarchiche che finirono spesso per isolare Galzigna dal resto del mondo accademico e farne un intellettuale di nicchia, ricordato oggi meno di tanti altri pensatori e accademici a lui coevi.

Il problema correlato alle droghe: La storia di Syd Barrett

Lo stigma della malattia mentale è stato spesso associato a quello delle droghe, in particolare psicotrope. Questo binomio è stato in particolare appannaggio di moltissimi artisti e intellettuali, con un periodo di particolare fama a livello pubblico durante gli anni '60 e '70 grazie alla movimentata vita delle rockstar dell'epoca. Da questo punto di vista una delle storie più interessanti è quella di Syd Barrett, leader dei Pink Floyd, la nota band nata nel 1965. Barrett si rese noto per il proprio stile stravagante e psichedelico - sia nella vita che nella composizione musicale - e impresse questa sfumatura anche nella band con i primi due album fortemente figli delle sue idee.

Nato nel 1946 a Cambridge da una famiglia della classe media, fin da bambino si diede all'arte; benché suonasse il piano, inizialmente dimostrò una predilezione per scrittura e pittura. Solo successivamente, con l'acquisto della prima chitarra elettrica, si dedicò definitivamente alla musica, muovendo insieme all'amico d'infanzia Roger Waters, che sarà poi uno dei pilastri della band che muoverà i primi passi a partire dal 1964 con vari cambi di nome prima di arrivare a quello definitivo di Pink Floyd. Fu nell'estate del 1965 che Barrett ebbe i primi approcci con le droghe, sperimentando il primo trip da LSD nel giardino dell'amico Dave Gale. Da quel momento in poi la droga divenne uno dei file rouge dell'esperienza artistica e di vita dell'inglese, con molte canzoni scritte e composte sotto l'effetto di sostanze e un interesse per alcuni culti orientali come quello per Sant Mat, una setta Sikh. Secondo alcune fonti, Barrett prendeva circa 50 microgrammi di LSD al giorno, uniti a cannabis e pillole di Mandrax miste ad alcol. Nello stesso periodo, il gruppo conosceva un notevole livello di successo grazie a una

serie di fortunati concerti nel Regno Unito, soprattutto grazie al già citato stile innovativo e ai temi trattati nei testi delle canzoni. Al tempo stesso, però, l'altro lato della medaglia il decadimento della salute di Barrett, probabilmente dovuto all'ampio abuso delle droghe: tra la fine del 1967 e il 1968: divenne sempre più bizzarro e inaffidabile, maggiormente chiuso in se stesso; un tempo descritto da amici e componenti della band come una persona gioiosa, affabile e piena di energia, ora si presentava a tutti come chiuso in se stesso, profondamente depresso e spesso colto da allucinazioni, episodi di perdita di memoria e incapace di discorsi di senso compiuto. Il cambiamento non fu repentino, ma decisamente visibile soprattutto nella vita lavorativa della band: Barrett spariva spesso per giorni e le sue performance sul palco furono ritenute sconclusionate, venendo visto a suonare un solo accordo lungo tutto un concerto o non suonare proprio lo strumento. Questi suoi problemi, uniti a un comportamento ritenuto sempre più ingestibile da parte del resto del gruppo, portarono a un allontanamento di Barrett da parte del resto del gruppo. Da quel momento in poi Barrett intraprese una carriera solista e pubblicò nel 1970 il primo album intitolato *The Madcap Laughs*; una carriera però costellata dai continui problemi di salute con diversi ricoveri presso degli istituti psichiatrici durante gli anni '80; tutto questo fino alla morte sopravvenuta nel 2006 a causa di un cancro. L'ultima volta in cui fu visto di persona dal resto dei Pink Floyd fu nel 1975, quando si presentò durante una sessione di registrazione della band: gli ex compagni di trovarono di fronte un uomo completamente glabro e fortemente ingrassato, avvolto solamente da un impermeabile da cui spuntava uno spazzolino da denti, incapace di emettere alcun suono senza biasciare. Quello fu considerato il punto più basso della vicenda di Barrett e il peggior stato in cui lo ridusse la malattia.

In realtà, si sa poco delle reali condizioni di salute mentale di Barrett e molti membri della sua famiglia negano che avesse qualche pregresso problema mentale. Per questo nacquero teorie secondo cui sviluppò una forma di schizofrenia a causa dell'abuso di LSD, anche se su questo non ci sono prove certe e - soprattutto - si trattava di una droga comunemente usata

negli ambienti musicali a quel tempo e altri artisti non sembrano aver riportato la stessa tipologia di problemi. Secondo Roger Waters, Syd Barrett soffriva senza alcun dubbio di schizofrenia e prima o poi avrebbe comunque sofferto del crollo avuto a fine anni sessanta; dello stesso avviso è David Gilmour, altro membro dei Pink Floyd e amico di Barrett, che aggiunge che tutt'al più l'uso dell'LSD potrebbe aver accelerato l'insorgere del problema. Non è certo nemmeno fino a che punto le droghe fossero responsabili di altri comportamenti dell'artista al di fuori di quelli a cui si è già accennato: in un'occasione rinchiuso la propria ragazza per tre giorni in uno sgabuzzino, nutrendola occasionalmente con una manciata di biscotti passati dalla fessura inferiore della porta; inoltre, sono documentati altri casi di violenza sia sulle compagne che sulle groupies che frequentavano occasionalmente l'appartamento di Barrett. Il celebre psichiatra R.D. Laing contattato all'epoca dagli altri membri della band dichiarò - dopo aver ascoltato e visto alcune registrazioni - che Barrett era un caso incurabile.

In *Syd Diamond, un genio chiamato Barrett* il giornalista italiano Mario Campanella ha provato a ricostruire attraverso una serie di interviste la vicenda della salute mentale di Syd Barrett, arrivando a dare voce a una delle teorie già sollevato sulla condizione del chitarrista ma mai confermate: sarebbe stata una particolare forma di Asperger il disturbo di cui soffriva l'ex frontman dei Pink Floyd, condizione poi peggiorata dall'uso di LSD. Una teoria che sembrerebbe essere in parte confermata anche da alcune dichiarazioni rilasciate in passato dalla sorella di Barrett, che affermò che probabilmente tutti nella loro famiglia ricadevano in un certo modo nello spettro dell'autismo.

Il manicomio al cinema

Come si è già potuto osservare nel corso di questa trattazione, la letteratura si è spesso occupata del tema della malattia mentale e del trauma venendo di volta in volta influenzata da quello che era lo sfondo storico dell'epoca. Il caso di *Qualcuno volò sul nido del cuculo* - in originale *One Flew over*

Cuckoo's Nest - è emblematico. Scritto nel 1959 ed edito solo tre anni più tardi nel 1962, il romanzo è narrato dal punto di vista del "Capo" Bromden, paziente di un ospedale psichiatrico e *half-breed*, termine spregiativo usato all'epoca per definire chi era per metà nativo-americano. Il narratore si sofferma in particolare sulle vicende di Randle Patrick McMurphy - un uomo che finge un disturbo mentale per evitare di scontare in prigione la sua condanna per aggressione e gioco d'azzardo - e i suoi continui scontri con l'infermiera Ratched, che rappresenta l'autorità nell'ospedale e ha il controllo totale su ogni aspetto della vita dei pazienti. Episodio chiave per la narrazione è quello in cui McMurphy afferma di essere in grado di poter sollevare un pesante pannello posto in una stanza destinata all'idroterapia e ormai in disuso. Non riuscirà nell'impresa, ma subito affermerà: "Ma almeno ho provato", dando agli altri pazienti un esempio di forza e coraggio per lottare per i propri diritti e ribellarsi alla dispotica infermiera. Poco tempo dopo Bromden confida a McMurphy di essere in realtà in grado di sentire e parlare. La parte conclusiva della storia arriva quando una notte, dopo aver corrotto l'insergente notturno, McMurphy porta dentro l'istituto due prostitute e del liquore: aveva deciso di organizzare una festa tra i pazienti senza avere conseguenze; l'uomo aveva notato durante una gita fatta dai pazienti dell'ospedale, che Billy Bibbit, un paziente timido e infantile con una balbuzie e poca esperienza con le donne, si era invaghito di una delle due prostitute, Candy. Inoltre, subito dopo la festa McMurphy che aveva progettato di evadere dalla struttura, finisce per addormentarsi insieme a tutti gli altri dopo i bagordi, senza ripulire tutto prima dell'arrivo del personale infermieristico. Da questo episodio si arriva all'atto finale della narrazione: gli infermieri al mattino scoprono il reparto in completo scompiglio; l'infermiera Ratched trova Billy e la prostituta abbracciati, parzialmente svestiti, e lo ammonisce. Billy però per la prima volta riesce a non farsi sopraffare, rispondendo all'infermiera Ratched senza balbettare. La Ratched minaccia con calma di dire alla madre di Billy quello che ha visto, il ragazzo ha così un crollo emotivo, regredisce immediatamente in uno stato infantile, e, dopo essere stato lasciato solo nello studio del medico, si

toglie la vita tagliandosi la gola. L'infermiera Ratched incolpa McMurphy per l'accaduto, che per tutta risposta - furioso per quanto lei ha fatto a Billy - l'agredisce tentando di strangolarla a morte. L'uomo viene bloccato con la forza e poi trasferito in un reparto per pazienti con patologie gravi. L'infermiera Ratched manca una settimana di lavoro a causa delle ferite subite e durante questo periodo molti dei pazienti si trasferiscono in altri reparti o escono dall'ospedale per sempre. Quando ritorna, non può parlare ed è quindi privata del suo strumento più potente per tenere in riga gli uomini. Restano solo tre dei pazienti tra quelli che hanno assistito alle varie vicende, tra cui Bromden, quando McMurphy viene riportato nel reparto precedente: ormai però non è più se stesso, perché la commissione medica l'ha giudicato come un soggetto pericoloso e l'ha fatto sottoporre a lobotomia. Il capo decide così di soffocarlo con un cuscino durante la notte in un atto di misericordia prima di sollevare il pannello di controllo della stanza della vasca che McMurphy non aveva potuto alzare in precedenza, gettandolo attraverso una finestra e scappando dall'ospedale, diventando così "colui" che "volò sopra il nido del cuculo".

Il romanzo fu un tale successo da ottenere una trasposizione cinematografica appena dieci anni dopo, nel 1972, per la regia di Miloš Forman e con protagonista Jack Nicholson. La pellicola non si discosta di troppo dagli eventi narrati nel libro, anche se l'autore del romanzo Ken Kesey dopo un'iniziale collaborazione con la produzione lasciò il set a causa di alcune divergenze artistiche e di casting.

Quello che interessa maggiormente però all'interno di questa trattazione è il quadro storico in cui affonda le proprie radici il romanzo, che è quello del Movimento per i Diritti Civili, primo di una lunga serie di sconvolgimenti che accaddero negli Stati Uniti durante gli anni '60 che diedero l'inizio al percorso che portò al fenomeno della *Deinstitutionalization*: si tratta dell'idea secondo la quale rinchiudere i malati di mente in istituti non sia la pratica migliore per i pazienti stessi e, di fatto, per la società in generale. La deistituzionalizzazione è l'atto di rimuovere i malati mentali dalle istituzioni

tradizionali di cura e di occuparsi di loro in modi più legati al rapporto umano e alla vita in comunità. Questa pratica fu spinta da tre importanti fattori: un movimento socio-politico a favore di ospedali aperti e servizi di salute mentali con una maggiore vocazione comunitaria; l'avvento di farmaci psicotropi in grado di abortire episodi psicotici; e, nel caso degli Stati Uniti, l'imperativo finanziario di spostare i costi dai bilanci statali a quelli federali.

L'autore del romanzo Ken Kesey sviluppò idee critiche sull'istituzione dell'ospedale psichiatrico dopo un periodo in cui lavorò come assistente infermieristico nei reparti mentali di due strutture in California e proprio da questa esperienza trae le proprie radici il romanzo; utilizzando quanto visto per restituire una visione quanto più empatica dei pazienti ricoverati, aggiungendo a questa una critica a quelle che dall'autore venivano viste come delle brutalità perpetrate sui malati da autorità ospedaliere e non. L'idea alla base del romanzo è quella per cui vi sarebbe una stretta relazione tra alcuni disturbi come la schizofrenia e i comportamenti ossessivo-compulsivi - o quanto meno un loro peggioramento - in quanto risposte a forze sociali mortificanti e alla violenza delle istituzioni. Per Kesey le condizioni dei pazienti si aggravano a causa delle condizioni a cui devono sottostare nella struttura di ricovero, in particolare a causa dell'azione di controllo totalizzante messa in atto dall'infermiera Ratched. I pazienti diventano quasi degli ostaggi della struttura ospedaliera e finiscono per trarne tutt'altro che giovamento, sviluppando comportamenti sempre peggiori quasi come se fosse una risposta alla vita intorpidente che offre la routine dell'istituto di cura. Sempre secondo Kesey si crea una sorta di meccanismo per cui gli atteggiamenti dei pazienti vengono visti da chi lavora nella struttura come la conferma della loro irrecuperabilità e della necessità di inasprire le misure, andando a inibire ogni tentativo di comprensione delle reali necessità dei ricoverati.

Un altro esempio importante riguarda la pellicola *Shutter Island* la metafora dell'isola e la sua messa in scena. riprendendo anche il caso di San Servolo oggettificazione reale simbolica della reclusione del diverso, del minorato,

del “difettato” della società, reclusione da cui non si può scappare e da cui spesso non si può tornare indietro può essere associata concettualmente ad altre rappresentazioni. Diretto da Martin Scorsese nel 2010 è una pellicola di genere thriller psicologico. La storia narra del protagonista Edward “Teddy” Daniels interpretato da Leonardo di Caprio, che creando una realtà immaginaria in cui egli è un detective dell’FBI che indaga sulla scomparsa di una donna a Shutter Island, in realtà è egli stesso un paziente del manicomio dell’isola oltre che essere colpevole dell’omicidio della moglie. Interessante oltre all’ambientazione storica della fine degli anni ‘50, periodo in cui è ambientato il film, è il quadro entro cui è inserita questa cruenta vicenda. L’isola, scollegata dal mondo terreno da cui è impossibile la fuga a causa delle altissime scogliere che la circondano, è il luogo della pazzia e dei labirinti della mente, da cui non si può tornare e anzi forse, come si potrebbe intuire nel finale, non si vuole tornare. Il protagonista pur volendo fare ritorno sulla terraferma a causa di una tempesta si trova impossibilitato a quella che è la salute e la ragione ovvero la società da cui sarebbe arrivato. Nella realtà da San Servolo i pazienti provarono spesso a scappare nuotando, e venivano regolarmente recuperati e riportati al manicomio, talvolta segnalati dai marinai della città di Venezia, come se la libertà fosse la fortezza da estirpare e i matti gli invasori. Nel finale il protagonista dichiara “Questo posto mi fa pensare [...] che cosa sarebbe peggio: vivere da mostro o morire da uomo per bene?” e la conclusione è la sua lobotomizzazione alla quale non è ben chiaro se egli stesso scelga di sottoporsi per dimenticare le atrocità commesse o se stia effettivamente sprofondando di nuovo in una crisi psicotica.

Alda Merini, vittima e testimone

Altro esempio notevole, che ci permette tra l’altro di spostarci in Italia, è quello di Alda Merini. In questo caso la produzione letteraria è la poesia e l’esperienza narrata è quella della stessa autrice; in un certo senso, la poetessa sembra mostrare ancora una volta le possibilità terapeutiche dell’arte e della scrittura in particolare. Per capire meglio la vicenda

converrà soffermarsi per un momento sulla vicenda biografica dell'autrice e su una fase in particolare della sua produzione poetica.

Alda Merini è nata a Milano «insieme alla primavera», come lei stessa scrisse, il 21 marzo 1931 in via Mangone, a Porta Genova. Il padre lavorava alle Assicurazioni generali, la madre era invece una casalinga, ebbe anche una sorella maggiore e un fratello minore. Durante la seconda guerra mondiale la sua casa fu rasa al suolo dai bombardamenti alleati, ma lei e la famiglia ne uscirono indenni perché recatisi nel rifugio antiaereo per tempo. In seguito ai bombardamenti si spostò a Vercelli insieme alla madre, mentre il padre la sorella maggiore restavano a Milano. A Vercelli furono ospiti di una zia che trovò per loro una sistemazione presso il cascinale di un altro parente. Fu fervente cattolica fin da bambina, partecipando attivamente alle attività della Chiesa e presenziando immancabilmente alla messa domenicale anche durante il periodo del conflitto. Durante quel periodo ebbe anche una crisi mistica che la portò a desiderare di intraprendere la vita monacale con sommo sdegno della madre, che desiderava per lei una vita da moglie e madre. Il rapporto con la figura materna, già complicato, si inasprì ancora di più. Dopo la guerra Merini tornò insieme alla famiglia a Milano e trovò sistemazione presso un locale che occuparono abusivamente. A diciotto anni Alda Merini conobbe Ettore Carniti, che sposerà poi nel 1953; dal matrimonio nacquero quattro figlie. Nel 1947 comincia però la parte più travagliata della vita della poetessa: l'affacciarsi dei primi problemi psicologici - in questo caso le fu diagnosticato un disturbo bipolare - e di conseguenza il continuo via vai dagli istituti di cura.

Nell'anno 1955 uscì presso Schwarz la raccolta *Nozze romane* nella collana «Dialoghi col poeta». Può essere proficuo riportare il risvolto di copertina: «L'opera di questa giovane poetessa è al di fuori delle correnti poetiche moderne; non pare derivare da una precisa scuola poetica; semmai Rilke e Whitman possono averle dato un avvio di canto ma non di pensiero. Del resto non è che un verso si debba necessariamente "pensare", anzi qui lo sforzo è tutto o massime del sentimento e di una intuizione che, a volte, ha

il metro e la profondità di una profezia. Quindi le sue fonti parrebbero ancor più lontane. La bellezza delle sue poesie, specie quelle religiose, consiste appunto nell'insistenza dolorosa e sincera sul tema dell'impossibilità a salvarsi dalle angosce. Quindi una poesia complessa ma chiara nei suoi meriti e nei suoi fini; una voce nuova e tipicamente moderna, quando dal modernissimo non si voglia escludere l'intelligenza»²³. Nel 1961 uscì la raccolta *Tu sei Pietro*, per i tipi di Scheiwiller, incentrata particolarmente sull'amore non corrisposto per il medico Pietro De Paschale, che curava le due figlie della Merini.

La situazione familiare, con un marito - di cui era nonostante tutto fortemente innamorata - che non apprezzava la sua vena poetica e con problemi di alcolismo che lo portavano ad avere episodi di violenza nei confronti della moglie, fa esplodere definitivamente i problemi della poetessa. Allora lei smette di pubblicare, ma si ritrova costretta all'internamento tra il 1964 e il 1979. Un periodo duro al seguito del quale affermerà di aver perso da un lato la fiducia nella Chiesa perché testimone di ricoveri coatti delle ragazze vittima di stupro - spesso commessi da preti - e dall'altro il distacco dalla famiglia, con il rapporto coniugale che va sempre peggiorando e le figlie che vengono affidate ad altri parenti o addirittura altre famiglie. Durante il periodo passato in manicomio è fondamentale la figura del dottor Gabrici, con cui instaura quasi un rapporto padre-figlia. Inoltre, è importante notare come in questo periodo la produzione di scritti da parte della Merini aumenti notevolmente, con un intento terapeutico e di autoanalisi. Fu «spinta dagli stessi medici per ragioni terapeutiche a mettere tutto su un foglio [...] Per anni la Merini si è abituata a scrivere di getto, spesso a scopo liberatorio»²⁴. Nel 1979 viene finalmente dimessa dall'ospedale e reinserita nel mondo esterno grazie anche all'aiuto di alcuni amici.

²³ Cit. in M. Corti, Introduzione a A. Merini, *Fiore di Poesia*, Torino, Einaudi 1998.

²⁴ Cfr. MARIA CORTI, introduzione a A. Merini, *Vuoto d'amore*, a cura di Maria Corti, Torino, Einaudi, 1991, pp. V-X: VIII-X

Nel 1981 a seguito di una lunga malattia morì il marito Ettore Cariniti, la poetessa cadde in un vortice di solitudine e angoscia, peggiorato dalla condizione finanziaria che la costringe ad affittare una stanza in casa a un amico pittore di nome Charles. Nello stesso periodo conosce il medico e poeta Michele Pierri, con cui discorre spesso di poesia al telefono. Passano due anni difficile per la poetessa, pieni di angoscia e insicurezze che fanno nascere uno strano triangolo: il marito morto, il pittore ospite, il poeta tarantino lontano, che lei subito assume a mito nel testo prosastico *Delirio amoroso*. Per il poeta Charles vengono invece scritte nel 1982 e pubblicate poi nella raccolta *Vuoto d'amore* nel 1991. Da queste poesie per il pittore Charles si ricavano i maggiori segnali sull'incertezza per il futuro nei riguardi del suo futuro, soprattutto riguardo la propria relazione con Pierri. Nonostante questo però l'intesa fra i due si fa sempre più forte, malgrado i trent'anni e la distanza che li separano, fino a quando, nel 1983 decide di sposarlo, solo con rito religioso, e si trasferisce a Taranto, passando in Puglia circa quattro anni. Questo periodo di apparente tranquillità non dura però a lungo, l'aggravarsi delle condizioni di salute di Pierri viene preso come pretesto dai figli del medico-poeta, da sempre contrari al loro matrimonio, per separare i due. Questo le provoca un profondo stato depressivo che la riporterà a vivere nuovamente le torture e gli orrori dell'ospedale psichiatrico, questa volta di Taranto. Dall'esperienza manicomiale nasce la raccolta *La Terra Santa*, pubblicata nel 1984 da Scheiwiller. quello che è considerato il capolavoro della Merini e che vinse nel 1993 il Premio Librex Montale. Nel 1986, rientra finalmente a Milano, sulle rive dell'amato Naviglio, dove riprende a scrivere e si riavvicina agli amici di un tempo. Sono anni fecondi per la poetessa Merini, in cui aumentano le pubblicazioni e gli interventi pubblici; in cui arrivano dei riconoscimenti come diversi premi letterari e il conferimento di una laurea honoris causa dall'Università di Messina. Arriva finalmente il successo e anche una certa stabilità economica, ma lo stile di vita non cambia: continua a vivere in maniera spartana nella casa dei Navigli, in un passato sepolto sotto mille oggetti accumulati nel tempo, tra libri, quadri, fotografie e un

pavimenti coperto di mozziconi di sigaretta. La sua casa diventa un rifugio per artisti, barboni o squattrinati, che le facevano visita. Dopo la vincita di uno sostanzioso premio in denaro lascia la propria casa a Ripa di Porta Ticinese 47 e si trasferisce all'hotel Certosa, dove vi rimane fino a quando non finisce tutti i soldi, in buona parte donati ai barboni che incontra per strada. Muore il 1 novembre del 2009 a causa di un sarcoma, vennero indetti i funerali di Stato e fu sepolta con rito cattolico.

Dopo questa breve, ma necessaria, digressione biografica è d'uopo soffermarsi sulla raccolta *La Terra Santa*. Il volume fu curato con l'aiuto di Maria Corti, che aiutò la Merini a selezionare quaranta liriche tra le centinaia prodotte in quel periodo. Il perché di questa selezione sta nel fatto già indicato in precedenza: la produzione di quel periodo della Merini ha uno scopo terapeutico e di autoanalisi, di conseguenza parte della produzione venne giudicata eccessivamente prosaica o eccessivamente descrittiva. Quello che è maggiormente interessante per la presente trattazione è che in questa raccolta la centralità del manicomio e dell'esperienza manicomiale è preponderante.

La poesia che dà il nome alla raccolta ne è l'esempio più fulgido:

La Terra Santa
Ho conosciuto Gerico,
ho avuto anch'io la mia Palestina,
le mura del manicomio
erano le mura di Gerico
e una pozza di acqua infettata
ci ha battezzati tutti.
Lì dentro eravamo ebrei
e i Farisei erano in alto
e c'era anche il Messia
confuso dentro la folla:
un pazzo che urlava al Cielo
tutto il suo amore in Dio.

*Noi tutti, branco di asceti
eravamo come gli uccelli
e ogni tanto una rete
oscura ci imprigionava
ma andavamo verso le messe,
le messe di nostro Signore
e Cristo il Salvatore.*

*Fummo lavati e sepolti,
odoravamo di incenso.
E, dopo, quando amavamo,
ci facevano gli elettrochoc
perché, dicevano, un pazzo
non può amare nessuno.
Ma un giorno da dentro l'avello
anch'io mi sono ridestata
e anch'io come Gesù
ho avuto la mia resurrezione,
ma non sono salita ai cieli
sono discesa all'inferno
da dove riguardo stupita
le mura di Gerico antica²⁵*

Le parole della stessa autrice ci restituiscono un quadro importante del significato della poesia e di quella che fu l'esperienza vissuta da lei e la percezione che aveva della condizione dei propri compagni di degenza:

Il bagno di forza, o bagno di pena, era una delle cose per cui brillava il nostro istituto. Appena uno entrava nel manicomio, veniva prontamente lavato. Di fatti nella mia poesia *La Terra Santa*, metto bene evidenziato questo particolare: "Fummo lavati e sepolti odoravamo di incenso". E veramente odoravamo di sapone e di bucato e detersivi vari, come fossimo stati dei panni e non degli esseri umani. Dopo di che le nostre funzioni sociali erano finite.²⁶

A. ²⁵Merini, *La Terra Santa*, Milano, Libri Scheiwiller 1999, prima ed. 1984.

²⁶ A. Merini, *L'altra verità* Diario di una diversa, Milano, Libri Scheiwiller 1986, pp. 38-39.

Emerge soprattutto il senso di depersonalizzazione a cui si sentiva sottoposta Merini durante il periodo di ricovero, disumanizzata e ridotta a un panno da ripulire. La raccolta poetica racconta dunque il periodo d'internamento della scrittrice che però viene creativamente metaforizzato nella vicenda storica e religiosa del popolo ebraico, non solo per come viene raccontata nell'Antico Testamento, ma anche per quella che è l'esperienza della Shoa:

Io che ho vissuto la guerra ho trovato che la pace del manicomio era la pace dei Lager e che, come una qualsiasi ebrea, anche io ero stata deportata. Da qui il titolo della mia raccolta *La Terra Santa*. [...] Ma una volta che uno è dentro riesce ad immaginare il proprio Paradiso al di fuori di quelle orribili mura. Ma il muro è continuato, non è finito lì in via Ippocrate, e forse non è finito nemmeno dentro il genere umano²⁷

Da *La Terra Santa* in poi la Merini sviluppa una diversa vena artistica e sempre più spesso ricorre la spiegazione in prosa dell'esperienza manicomiale, al fine di esplicitare quella che era la condizione percepita all'interno della struttura. E se da un lato vi erano figure come il dottor Gabrici che fu apprezzato soprattutto per umanità e impostazione psicanalitica, dall'altra il resto del personale sanitario non sembrava dividerne la stessa attenzione per i pazienti:

Le nostre infermiere erano esseri privi di qualsiasi sentimento umano, almeno per quanto ci riguardava, e, dato che la nostra vita all'interno dell'ospedale era già tanto difficile, ce la rendevano ancora più nera mortificandoci e dandoci a vedere ad ogni piè sospinto che

²⁷ Merini A., *Reato di vita. Autobiografia e poesia*, a cura di Luisella Veroli, Milano, La Vita Felice 1994, p. 20.

noi eravamo “diverse” e che quindi non potevamo entrare né nei loro discorsi, né nel loro genere di vita.²⁸

La violenza subita e lo stigma sociale non lasceranno mai la mente della Merini che anzi deciderà di lottare contro quell'istituzione:

La demenza viene anche istituita, creata dal manicomio. Uno può entrare con un esaurimento nervoso e uscire fuori di testa. E dire che questa figlia mia non so dove sia, e uno dei drammi che più mi hanno intristita è il non aver potuto difendere una ragazzina, una bambina che non sa niente della vita se non che sua mamma fu in manicomio. Non le dissero: “Tua madre è una grande poetessa”, le dissero: “E” soltanto una povera malata di mente”. Ed è cresciuta con questa ignoranza della società. Io mi batterò perché questi luoghi vengano chiusi, ma vengano anche punite le persone che parlano in questo modo a dei bambini, perché questo è dare scandalo.²⁹

La mostra *La Follia. Le storie e i luoghi*

L'attenzione sul tema della salute mentale è aumentata molto negli ultimi anni, non solo con la riscoperta di chi già nel passato se n'è occupato, ma anche come tema sociale. Ciò fa pensare a un rinnovato interesse per il passato delle pratiche e delle idee che hanno costellato la percezione della malattia mentale e della sua cura. Un fulgido esempio è la recente mostra organizzata a Padova presso il MUSME. Il Museo di Storia della Medicina, inaugurato il 5 giugno 2015, è il raccoglitore della corposa storia dell'ateneo patavino nell'ambito delle pratiche mediche ed a neanche dieci anni dalla sua nascita è considerato un'eccellenza a livello nazionale. Proprio in accordo con il suo piano di divulgazione della storia delle pratiche mediche

²⁸ *L'Altra Verità*, op. cit., pag. 30-31.

²⁹ *Reato di Vita*. op. cit., pag. 102-103.

nasce la mostra tematica *La follia. Le storie e i luoghi*, che segue il percorso della psichiatria fin dalla sua nascita intorno al XVIII-XIX secolo. Il focus della mostra è però soprattutto sulle storie di chi ha vissuto in prima persona l'esperienza della malattia mentale e del ricovero in manicomio e sui luoghi in cui il malato - e ovviamente il suo medico - si trovavano. Uno dei luoghi più importanti tra quelli raccontati nella mostra è sicuramente l'ex ospedale psichiatrico di Padova, in una storia che coinvolge anche chi quel luogo lo ha diretto e gestito, anche a livello politico. È giusto soffermarsi su quanto raccontato all'interno della mostra, visto il grosso interesse che ha anche per la presente trattazione: il manicomio di Padova fu inaugurato il 16 giugno 1907 e fin da subito si distinse per i propri metodi all'avanguardia come l'eliminazione di qualsiasi metodo di contenzione fisica e l'utilizzo dell'ergoterapia, ovvero un metodo curativo basato su una curata attività lavorativa che permetteva ai pazienti di non perdere contatto con la normale attività sociale pur restando all'interno di un ambiente controllato. Inoltre, la posizione in località Brusegana - in mezzo al verde e alla campagna - poneva i pazienti in un luogo rilassante che ne favoriva la tranquillità. La struttura era articolata su tredici padiglioni e funzionava quasi come una piccola città a sé, con la presenza all'interno di una chiesa, un teatro e una biblioteca. Inoltre, era rivoluzionaria anche la gestione degli spazi privati in cui erano posti malati: quasi tutti i padiglioni erano organizzati su un solo piano ed erano presenti anche delle stanze singole, in modo da gestire al meglio le necessità personali di ogni persona ricoverata. Le attività previste erano molteplici: pulizia dei reparti, falegnameria, verniciatura, muratura, manifattura di materassi, scarpe di stoffa per le pazienti, lavanderia, sartoria, rammendo, filatura a mano di calze, giardinaggio, orticoltura, agricoltura, facchinaggio e anche delle scuole professionali di tessitura, calzoleria, tipografia, legatoria di libri, maglieria e ricamatura a mano. Come ben evidenziato dalla mostra, questo approccio innovativo fu implementato soprattutto grazie alla direzione del prof. Ernesto Belmondo, che diresse l'ospedale dalla fondazione fino al 1928 e che in un certo modo anticipò le innovazioni portate dalla riforma Basaglia.

La mostra però tratta anche del rapporto tra disturbi mentali e mondo accademico, con un ovvio focus sull'Ateneo patavino. La prima cattedra di Clinica Psichiatrica fu istituita nel 1867 all'indomani dell'annessione al Regno Sabauda delle "Province Venete" e affidata al prof. Marco Tebaldi. Alla morte di quest'ultimo l'insegnamento passò al già citato prof. Belmondo, che già nel 1907 ne cambiò il nome in Clinica delle Malattie Nervose e Mentali. Inoltre, l'omonima Clinica Universitaria venne trasferita presso l'ospedale psichiatrico di Padova. Successivamente, nel 1941, sarà il prof. Belloni a gestire la Clinica e ad apportare alcuni importanti innovazioni, tra cui l'affrancamento della neurologia dalla psichiatria; un gesto che porrà le basi per la nascita della florida scuola neurologica di Padova e per le sue importanti scoperte in campo diagnostico. Il percorso specifico della mostra si apre con una rassegna di fotografia che permette ai visitatori di vedere un'ampia selezione delle foto dei pazienti ricoverati, in particolare quelli di San Servolo e San Clemente. L'allestimento prosegue mantenendo l'attenzione sulle persone che hanno abitato i "luoghi della follia", con una carrellata di oggetti: chiavi, occhiali, foto, ma anche disegni e lettere indirizzate alle famiglie o note dei medici curanti.

Soprattutto, ci sono le cartelle cliniche dell'ex ospedale psichiatrico di Padova, studiate e selezionate da Fabio Zampieri e Alberto Zanatta, storici della medicina presso l'Università di Padova. Questi documenti risultano fondamentali perché permettono di vedere l'evoluzione nel trattamento della malattia mentale, con la minuziosa annotazione dei parametri fisici che lascia via via spazio a delle note che si concentrano maggiormente sui dialoghi tra medici e pazienti, lasciando intuire un più vivo interesse per il vissuto interiore. "Le cartelle cliniche – aggiunge Favaretto – costituiscono il legame che ci resta con queste storie del passato, e sono un mondo ancora tutto da esplorare". Subito dopo questo il visitatore si trova di fronte a una raccolta fotografica del personale che lavorava nei vari istituti. Un'ampia sezione della mostra è dedicata invece agli strumenti e ai medicinali impiegati negli istituti nel corso del tempo: in particolare, è possibile ammirare l'apparecchio per l'elettroshock - in alcuni casi ancora in

uso - e il macchinario utilizzato per produrre scariche faradiche, impiegato per produrre scariche elettriche intense e di breve durata utilizzate in particolare nei casi di paralisi di arti o altre parti del corpo. L'ultima parte della mostra verte invece sulla storia della psichiatria, passando in rassegna l'evoluzione della pratica psichiatria a partire dal V secolo a.c. e la nascita dei primi termini per definire i disturbi psichiatrici - tra i quali isteria, mania, fobie, malinconia, angoscia - fino alla nascita della moderna psichiatria attorno al XVIII-XIX secolo.

Gli scopi della mostra sono ben comprensibili, oltre che dai temi trattati, dalle parole di due dei curatori che riportiamo di seguito. Gerardo Favaretto, Presidente fondazione Musme e psichiatra:

La scelta di allestire una mostra sulla storia della Psichiatria a partire dal Manicomio di Padova e dei Manicomi veneti non è solo una rievocazione del passato ma anche e soprattutto un segnale dell'importanza del tema della salute mentale oggi e una azione culturale che ha lo scopo di far conoscere i Servizi e combattere i pregiudizi sui disturbi mentali. La mostra sarà esposta fino a maggio e in questi mesi intendiamo promuovere incontri e iniziative che ne approfondiscano le tematiche. [...] Parlare di follia – sottolinea Gerardo Favaretto, presidente della fondazione Musme e psichiatra, che ha curato la mostra – significa affrontare un'esperienza umana che ha segnato profondamente la storia della civiltà e che ha a che fare col bisogno, con la cura, con la necessità, con la sofferenza. Farla al Musme ha significato recuperare una dimensione della malattia che spesso si tende a dimenticare, dato che quando si pensa al corpo e alle sue sofferenze, ai traumi, in generale alla medicina, a volte ci si dimentica che a far parte di questo mondo è anche il disturbo

mentale. Se questo è stato l'intento, abbiamo avuto poi un'occasione: l'Ulss 6 Euganea ci ha dato la possibilità di recuperare alcuni oggetti di uso comune dall'ex ospedale psichiatrico di Padova. Una storia dell'ospedale psichiatrico della città, a ben vedere, non è ancora stata rigorosamente scritta ed è come se questa mostra cominciasse a raccogliere degli appunti su questa istituzione.

Luca Quareni, Presidente Palazzo della Salute srl e Direttore Operativo
MUSME:

Dopo l'esposizione dedicata alla figura del Medico di Medicina Generale, il MUSME propone, con questa mostra, un viaggio nella storia della psichiatria che non vuole solo raccontare ma anche emozionare facendo entrare il visitatore in una relazione empatica con le vicende delle persone coinvolte al fine di sfatare e superare i pregiudizi che, purtroppo, ancora oggi accompagnano la malattia mentale.

Conclusioni

Sembra ormai passato un'infinità di tempo ma l'epoca storica della psichiatria che ho cercato di descrivere nei precedenti capitoli è appena passata e la questione è da considerarsi tutt'altro che chiusa. Primariamente non si è ancora conclusa nemmeno al giorno d'oggi la partita sugli OPG in maniera definitiva. Per decenni hanno continuato a procurare scandali essendo ancora i rappresentanti di un apparato repressivo che, benché non siano l'esatto corrispondente rispetto dei manicomi fanno parte di un campo e di una tematica che vale la pena prendere in considerazione di quando si parla della tutela dei diritti. Comunque richiede una menzione la recentissima abrogazione anche di questa istituzione con il Decreto legislativo 52/2014 e la legge 81/2014 che hanno fissato la chiusura degli OPG per il 31 marzo 2015.

Il contributo dal punto di vista nazionale italiano delle personalità descritte nei vari capitoli è di fondamentale importanza. Chi come vittima, chi come attore o agente e chi come semplice testimone tutti concorrono nel cercare di dare una spiegazione nel contesto dei cambiamenti in atto. Cercare di tirare le somme e arrivare ad una conclusione sembra arduo anche al giorno d'oggi ma si può considerare il momento storico in oggetto comunque come fondamentale. Come già detto non sono solo le leggi e le istituzioni che cambiano in quel periodo ma sono anche le idee stesse e la morale comune e le convinzioni diffuse tra la popolazione che mutano. Aspetto che genera curiosità alla luce attuale, giusto per cercare sempre anche l'opinione controcorrente a scampo di rinchiudersi nelle proprie convinzioni anche laddove esse possano apparire come avanzate e criticamente complesse quando invece sono a loro volta frutto di stereotipi e convinzioni tutt'altro che esplicative della realtà in maniera corretta. Benché non sia mai semplice l'abbandono completo del dubbio.

Sto parlando della credenza comunemente diffusa ed esattamente agli antipodi, rispetto all'idea organicista e spiritualista ovvero il considerare

come principale fonte di generazione dei disturbi l'ambiente sociale e conseguentemente la critica si rivolge alla società e alla famiglia. Questa idea trova il proprio substrato ideologico nel periodo dei movimenti di rivoluzione culturale del 1968 in quanto periodo nel complesso positivo di critica totale alla società e alle idee tradizionali. Tuttavia questa idea manca di precisione o tralascia volutamente una serie di precisazioni. Non è infatti vero che le cause ambientali siano preponderanti sulle cause fisiche o biologiche per quanto riguarda tutti i casi di patologie afferenti la sfera psichiatrica. In tutto ciò a mio avviso si può individuare anche un fondo che va a inserirsi in un'epoca di critica politica e sociale e quindi la presenza di questa idea ha anche una matrice ideologica. L'aspetto su cui vorrei porre l'attenzione insomma è lo stimolo allo stare in allerta e a non incorrere in pregiudizi e luoghi comuni basati su stereotipi; e ciò vale da ambo le parti.

Tra i fattori ideologici e morali che maggiormente hanno innovato la sfera della psichiatria si hanno una serie di idee invece cardini del pensiero antipsichiatrico e di Basaglia stesso. Ad opera di questi illustri personaggi nasce il termine di "democratizzazione della psichiatria" che offre anche la denominazione al gruppo *Psichiatria Democratica*, ente promotore di iniziative sin dalla sua fondazione nel 1973. Psichiatria Democratica vuole, come affermato nel suo programma "continuare la lotta all'esclusione, analizzandone e denunciandone le matrici negli aspetti strutturali (rapporti sociali di produzione) e sovrastrutturali (valori e norme) della società.", lottare contro i manicomi in quanto luogo e sostanziazione dell'esclusione e insomma, lottare contro il meccanismo dell'esclusione anche per quanto riguarda le istituzioni extra-manicomiali.

Da considerare centrale alla luce di quanto sappiamo oggi è anche la diversità di trattamento a seconda dell'estrazione sociale delle persone. Il malato mentale oppresso corrispondeva infatti al "malato povero"³⁰

³⁰ Basaglia F., *Conferenze brasiliane* a cura di Basaglia F. O. e Giannichedda M. G. Raffaello p. 187

Tra le altre osservazioni esposte da Basaglia nelle sue *Conferenze Brasiliane* troviamo considerazioni dei vari modelli abolizionisti del manicomio riguardo alla modalità in cui l'abbandono dei sistemi repressivi è avvenuto nei vari paesi europei, in particolar modo Francia e Regno Unito e ovviamente il modello italiano. Egli descrive quest'ultimo modello come il più originale tra quelli europei per una serie di motivi. Soprattutto l'importanza del modello italiano e originalità sta nell'accento posto sulla concessione al malato di esprimersi liberamente e di raccontare quindi la propria storia. Ci si è concentrati quindi sul problema del controllo sociale e non.

Altra tematica trattata da Basaglia e scarsamente presa in considerazione nel passato è il legame tra il tema della salute mentale e la questione di genere, la sessualità e la famiglia stessa. Egli collega il metodo oppressivo verso il malato mentale dichiarando:

[...]dico solo che la mia libertà si fa solo accettando la contestazione del malato, accettando la contestazione della donna, accettando la contestazione del bambino. Allora io devo trovare degli "agenti rivoluzionari", persone che come me desiderano cambiare e con le quali possiamo davvero cambiare la nostra esistenza. E cambiare l'esistenza significa cambiare il manicomio, cambiare la famiglia e cambiare le istituzioni.³¹

Un ulteriore passo in avanti Basaglia lo compie paragonando il controllo sociale effettuato dalla psichiatria sul malato, attuato tramite il meccanismo di dominazione, al controllo effettuato sulla donna e sul suo corpo in direzione della tematica dell'aborto che aveva luogo in quel periodo e

³¹ Ivi. p. 126

purtroppo tutt'ora attuale per via delle riserve che alcuni gruppi politici pongono.

E per finire egli sancisce e glorifica l'ideale e il valore dell'ascolto e della dignità del malato e di come il sapere medico non sia un potere che deve essere accettato senza riserve e con totale subordinazione e lo ricollega direttamente alla tematica dei rapporti tra uomo e donna:

Quando il malato chiede al medico spiegazioni sulla sua cura, e il medico non sa o non vuole rispondere, o quando il medico pretende che il malato se ne stia a letto, è evidente il carattere oppressivo della medicina. Quando invece il medico accetta la contestazione, quando accetta di essere il polo di una dialettica, allora la medicina e la psichiatria diventano strumenti di liberazione. Anche per quanto riguarda la questione del movimento femminista, vediamo che nella relazione uomo-donna, quando l'uomo accetta la donna come elemento non passivo ma attivo, quando la accetta nella sua soggettività, allora i due poli del rapporto indicano l'inizio di un rapporto dialettico, l'inizio di un mondo nuovo. È su questa questione che dobbiamo scegliere la nostra strada: se preferiamo rimanere nell'oscurità, o vogliamo essere presenti al nostro tempo e cambiare in pratica la nostra vita.³²

Per finire vorrei riflettere su una questione di vitale importanza ovvero l'importanza della cooperazione internazionale. Il dialogo tra le istituzioni internazionali tra di loro includente anche gli enti non statali deve essere portata avanti e preservata dagli attacchi esterni ideologici e non. Le minacce possono essere più o meno razionali e intenzionali. Assistiamo

³² Ivi. p. 7

ogni giorno al deteriorarsi dell'autorità e il progredire della sfiducia verso le istituzioni da noi create per salvaguardare non solo la pace da svariati punti di vista non solo tra i popoli quindi. Il riconoscimento del ruolo positivo di questi organi è invece una necessità comune. Non abbiamo alternative verso le sfide che ci pone il futuro se non il dialogo e la collaborazione reciproca e ciò non può che avvenire all'interno dei vari *fori* predisposti dai nostri "antenati". Come per la guerra che era il primo problema da risolvere anche la salute richiede cooperazione e organizzazione ma soprattutto, fiducia. Le sfide che il mondo del futuro ci pone sono ardue e mai viste prima d'ora. Senza nemmeno la volontà di una cooperazione non si va da nessuna parte. Del resto molti sono gli oppositori più o meno occulti delle istituzioni a salvaguardia della pace e dei diritti umani.

Con questo tesi ho voluto insomma andare a vedere di come una comunione di intenti portati avanti su più fronti per quanto ancora alle volte acerba nei contenuti possa come fare dei piccoli passi in avanti all'umanità intera.

Bibliografia

Fonti Primarie:

Basaglia F., *Conferenze brasiliane* a cura di Basaglia F. O. e Giannichedda M. G. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.

Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946.

Charter of the United Nations, traduzione IT disponibile all'URL:

<https://www.miur.gov.it/documents/20182/4394634/1.%20Statuto-onu.pdf>

D.P.R. 20 marzo 1967, n. 223, Approvazione del testo unico delle leggi per la disciplina dell'elettorato attivo e per la tenuta e la revisione delle liste elettorali

Declaration of Alma-Ata 1978, traduzione IT disponibile all'URL:

https://www.asl.vt.it/Staff/Formazione/educazione/files/doc_org_mondiale/a%201978%20ALMA%20ATA.pdf

Foucault M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Parigi, Plon, 1961.

Galzigna M., Curriculum Vitae, Disponibile all'URL:

https://trasparenza.aulss9.veneto.it/media/AULSS9/Trasparenza/Consulenti%20e%20Collaboratori/CURRICULUM%20DOCENTI%202017/GALZIGNA_MARIO.pdf

Galzigna M., *Il mondo della mente. Per un'epistemologia della cura*, Venezia, Marsilio Editori, 2007.

Merini A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, Milano, Libri Scheiwiller, 1986.

Merini A., *La terra santa*, Milano, Scheiwiller, 1984.

Merini A., *Reato di vita. Autobiografia e Poesia*, a cura di Luisa Veroli, Milano, La Vita Felice, 1994.

Mostra tematica presso MUSME Padova “La Follia: le storie e i luoghi”.

Museo di San Servolo, Guide e didascalie.

L. 14 febbraio 1904, n. 36.

L. 18 marzo 1968, n. 431.

L. 13 maggio 1978, n. 180.

L. 23 dicembre 1978, n. 833.

L. 26 luglio 1975, n. 354 .

ONU-Convention on the Rights of Persons with Disabilities, traduzione IT disponibile all’URL:

https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2016/07/c_01_convenzione_onu_it_a.pdf

ONU-Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons, disponibile all’URL:

<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-rights-mentally-retarded-persons>

ONU-Universal Declaration of Human Rights, traduzione IT disponibile all’URL:

<https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/italian#:~:text=Ad%20ogni%20individuo%20spetta no%20tutti,nascita%20o%20di%20altra%20condizione.>

Preambolo alla costituzione dell’organizzazione Mondiale della Sanità

Regio Decreto 26 ottobre 1930, n. 251 (straordinario)

Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262.

Woolf V., Mrs *Dalloway*, Londra, Hogarth Press, 1925.

World Health Organization. International statistical classification of disease and health related problems. ICD-10. Ginevra 2007. Trad. It. disponibile all'URL:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788894307610-V1-ita.pdf?sequence=108&isAllowed=y>

Fonti Secondarie:

Ammaniti M., *Passoscuro-I miei anni tra i bimbi del padiglione 8*, Milano, Bompiani, 2022.

Chakravarthi I., *Role of the World Health Organisation*, Economic and Political Weekly, vol. 43, n. 47, 2008, pp. 41–46.

Atienza-Macías E., *Some Reflections on Transsexuality in the New International Classification of Diseases (ICD 11): A product of the World Health Organization (WHO)*, Sexuality & Culture, vol. 24 n. 6, 2020, pp. 2230-2235.

Babini V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, Il Mulino, 2009.

Bianchi B., *Il trauma della modernità*, in *Dalle trincee al manicomio. Esperienza bellica di matti e psichiatri nella Grande Guerra*, a cura di Scartabellati A., Torino, Marco Valerio, 2008, pp. 9-64.

Corti M., *Introduzione* in Merini A., *Fiore di Poesia*, Torino, Einaudi 1998.

Drescher J., *Judd Marmor, Psychiatry and Homosexuality*, Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy, vol. 10, n. 2, 2006, 117-125

Galzigna M. (a cura di), *Museo del manicomio di San Servolo - la follia reclusa*, Venezia, Arsenale Editrice, 2007.

Majerus B., *Psychiatrie Im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik (1960–1980) / Change in Psychiatry. The Case of the Karl-Bonhoeffer-Clinic for Nervous Diseases (1960-1980)*, *Medizinhistorisches Journal*, vol. 43, n. 3/4, 2008, pp. 344–71.

Melani G., *La riforma del manicomio e la nascita dell'OPG, La funzione dell'OPG*, *La Rivista*, cap. 3, Pacini Giuridica Editore, 2014

Mitchell D., *Narrative Prosthesis: Disability and the Dependencies of Discourse*, Ann Arbor, University of Michigan Press, 2006.

Moraglio M., *Dentro e fuori dal manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre*, *Contemporanea*, vol. 9, n. 1, 2006, pp. 15-34.

Paoletta F., *Esercito, Fede e Psicologia : Padre Gemelli e la Grande Guerra*, *Rivista svizzera di storia religiosa e culturale*, vol. 108, 2014, pp. 167-187.

Pappalardo F., *L'affermazione della psichiatria come agenzia di controllo sociale*, *Studi Urbinati*, Vol. 79, 2009, p. 419-431.

Robertson M. (a cura di), *The first into the Dark-The Nazi persecution of the disabled*, Sidney, UTS ePRES, 2019.

Schoenfeld B., *Human Rights for the Mentally Retarded: Their Recognition by the Providers of Service*, *Human Rights*, vol. 4, n. 1, 1974 pp. 31–65.

Sbriccoli M., *Le mani nella pasta e gli occhi al cielo. La penalistica italiana negli anni del fascismo*, *Quaderni Fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, vol. 28, 1999, pp. 817-850.

Watson A., *Culture and Combat in the Western World*, *The Historical Journal*, vol. 51, n. 2, 2008, pp. 529-546.

Sitografia:

Aldamerini.it

Autore non segnalato, *Il Cavallo Azzurro, simbolo della riforma psichiatrica del '78, torna in viaggio per la chiusura degli Opg*, quotidianosanita.it, https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=18249

Corsa R., Martucci P., *La psicoanalisi nella Grande Guerra*, Psychiatry on line Italia, 2018 <http://www.psychiatryonline.it/node/7442>

Dotti M., *Nei regimi della mente: la cura come pratica e vocazione*, VITA, 2020, <https://www.vita.it/it/interview/2020/10/27/nei-regimi-della-mente-la-cura-come-pratica-e-come-vocazione/375/>

Fontana L., *Lo sport nella Germania nazista, tra adesione e diffidenza*, psichiatriademocratica.com, 2012,

http://www.psichiatriademocratica.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=24&Itemid=155&lang=it

Guerra L., *Dopo quindici anni dal 1948, Il Parlamento della Repubblica attua l'articolo 34 della Costituzione con la legge n. 1859, che porta a un incremento del 30% dei cittadini con licenza media*, La Rivista Il Mulino, 2019,

<https://www.rivistailmulino.it/a/31-dicembre-1962>

Mentuccia P., *Syd Barrett, 10 anni fa moriva fondatore dei Pink Floyd*, Ansa, https://www.ansa.it/sito/notizie/cultura/2016/07/06/syd-barrett-10-anni-fa-moriva-fondatore-dei-pink-floyd_760bd7bf-f16e-4771-aaea-d8d28d4f0f12.html

Milano, «*Geneticamente inferiori*»: *lo sterminio di malati mentali e disabili*, ilsole24ore, 2019,

<https://www.ilsole24ore.com/art/geneticamente-inferiori-sterminio-malati-mentali-e-disabili-AEyLxMCH>

Musarra P., *Le leggi sul disagio mentale: dalle origini alla legge 180/1978*, Consorzio AetnaNet, 2014,

<http://www.aetnanet.org/modules.php?name=News&file=print&sid=2484953>

Naccarato T., *Integrazione scolastica: un lungo percorso ad ostacoli*, disabili.com, 2011, <https://www.disabili.com/scuola-a-istruzione/articoli-scuola-istruzione/integrazione-scolastica-un-lungo-percorso-ad-ostacoli>

Orsini D., *Il Sessantotto dei manicomi, l'inizio della svolta nell'assistenza psichiatrica in Italia*, Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici-Rivista Online di Psichiatria, vol. 18, 2019 <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-18/sessantotto-manicomi-inizio-svolta-assistenza-psichiatrica-italia>

<https://www.psichiatriademocratica.org/>

psychiatryonline.it

Redazione Padovaoggi, *La follia. Le storie e i luoghi*, la mostra al Musme, Padovaoggi, 2022, <https://www.padovaoggi.it/eventi/follia-storie-luoghi-mostra-musme-19-dicembre-2022-31-maggio-2023.html>

Rocco G., *La derubricazione dell'omosessualità dal DMS*, Oggiscienza.it, 2016 <https://oggiscienza.it/2016/05/17/omosessualita-dsm-malattia-mentale/index.html>

Panetto M., Pakzanar B., *"La follia. Le storie, i luoghi": al Musme una mostra contro i pregiudizi*, IlBolive, 2023,

<https://ilbolive.unipd.it/it/news/follia-storie-luoghi-musme-mostra-contro>

Salviato A., *Pellagra e pazzia: i manicomi di S. Servolo e S. Clemente*, Treccani.it, 2002,

https://www.treccani.it/enciclopedia/pellagra-e-pazzia-i-manicomi-di-s-servolo-e-di-s-clemente_%28altro%29/

Stella G.A., *Rosemary, la figlia oscura dei Kennedy che il padre fece lobotomizzare*, Corriere della Sera, 2021,

https://www.corriere.it/cultura/21_novembre_25/rosemary-figlia-oscura-kennedy-8ad46ce2-4e1f-11ec-aa55-94e0c30ae027.shtml

https://it.wikipedia.org/wiki/Pedagogia_speciale

https://en.wikipedia.org/wiki/Syd_Barrett

Guerra L., *Dopo quindici anni dal 1948, Il Parlamento della Repubblica attua l'articolo 34 della Costituzione con la legge n. 1859, che porta a un incremento del 30% dei cittadini con licenza media*, La Rivista Il Mulino, 2019,

<https://www.rivistailmulino.it/a/31-dicembre-1962>

Siti istituzionali

camera.it

coe.int

ilo.org

iss.it

miur.gov.it

musme.it

ohchr.org

paho.org

psychiatry.org

salute.gov.it

siusa.archivi.beniculturali.it

un.org

who.int