

Giuseppe A. Micheli

Il vento in faccia

Storie passate e sfide presenti
di una psichiatria senza manicomio

E SALUTE

SCIENZE



FORMAZIONE

FrancoAngeli

Il rapporto sempre più autonomo e responsabile che il cittadino intrattiene oggi con il proprio benessere fa di salute e malattia il terreno su cui si misurano bisogni individuali e collettivi, esigenze relazionali e alterazioni biofisiche, richieste di intervento di apparati normalizzanti (il complesso sanitario).

La ricaduta di tali eventi nel quotidiano richiede chiavi di lettura coerenti che ne determinino il significato in rapporto sia al campo disciplinare di interesse che al contesto in cui maturano, dove si generano comportamenti non comprensibili a partire da un'ottica meramente sanitaria.

D'altro canto il diritto alla salute, diventato parametro di qualità della vita, investe di nuove responsabilità il sistema di cura sia esso pubblico, privato o di terzo settore aprendo al tempo stesso nuovi scenari occupazionali. Tutto ciò richiede attenzione e impegno sia nel campo della formazione delle figure che promuovono la salute, sia della produzione di testi per gli operatori, come è fondamentale che le diverse discipline concorrano a definire di volta in volta che cosa sia "salute" e attraverso quali azioni possa essere efficacemente promossa nel mutato contesto sociale.

Di qui l'urgenza di una collana che, seguendo più direzioni (*Teorie, Ricerca, Formazione, Comunicazione e Saperi transculturali*) e avvalendosi anche di apporti interazionali, contribuisca ad abbattere gli steccati disciplinari in cui la salute è stata rinchiusa e ne promuova una concezione più ampia.

Comitato editoriale della collana

Roberto Beneduce, Etnopsichiatria, Università di Torino; *Gilles Bibeau*, Antropologia, Mc Gill University, Università di Montreal; *Albino Claudio Bosio*, Psicologia medica, Università Cattolica di Milano; *Mario Cardano*, Metodologia della ricerca, Università di Torino; *Cesare Cislighi*, Economia sanitaria, Università di Milano; *Giorgio Cosmacini*, Università Vita-Salute dell'Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele; *Antonio de Lillo*, Metodologia della ricerca, Università di Milano-Bicocca; *Pierpaolo Donati*, Sociologia della salute, Università di Bologna; *Claudine Herzlich*, Sociologia della medicina, CNRS-Ecoles Hautes Etudes en Sciences Sociales; *Marco Ingrosso*, Promozione della salute, Università di Ferrara; *Florentine Jaques*, Fitofarmacologia, Università di Metz; *Michele La Rosa*, Organizzazione sanitaria, Università di Bologna; *Sergio Manghi*, Sociologia della conoscenza, Università di Parma; *Mario Morcellini*, Scienze della comunicazione, Università di Roma; *Antonio Pagano*, Igiene e Medicina preventiva, Università di Milano; *Mariella Pandolfi*, Antropologia medica, Università di Montreal; *Benedetto Saraceno*, Riabilitazione, OMS, Ginevra; *Mara Tognetti*, Politiche socio-sanitarie, Medicine complementari, Università di Milano Bicocca, coordinatore della collana; *Giovanna Vicarelli*, Professioni sanitarie, Università Politecnica delle Marche; *Paolo Giovanni Vintani*, Farmacista in Barlassina (Mi).

I titoli della collana Scienze e salute sono sottoposti a referaggio anonimo.

Referenti della sezione *Saperi transculturali*

Alfredo Ancora, coordinatore della sezione, Psichiatria transculturale, Università di Siena; *Enzo Colombo*, Sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Milano; *Antonella Delle Fave*, Psicologia generale, Università di Milano; *Bruno Callieri*, Psichiatria, Università di Roma; *Massimo Buscema*, Direttore Centro ricerche di scienze della comunicazione “Semeion” Roma; *Carla Corradi Musi*, Filologia Ugro-Finnica, Università di Bologna; *Franco Voltaggio*, Filosofia della scienza, Università di Macerata; *Marie Rose Moro*, Professore di Psichiatria infantile, Università Parigi 5; *Pierluigi Sacco*, Economia della cultura, Università Iuav di Venezia; *Mario Antonio Reda*, Psicologia generale e clinica, Università di Siena; *Mario Galzigna*, Storia della scienza ed epistemologia clinica, Università di Venezia; *Andrea Damascelli*, Storia delle religioni, Roma; *Eugenio Imbriani*, Antropologia culturale, Università di Lecce.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità

Giuseppe A. Micheli

Il vento in faccia

**Storie passate e sfide presenti
di una psichiatria senza manicomio**

E SALUTE

SCIENZE

FORMAZIONE

FrancoAngeli

In copertina:
Hieronymus Bosch, *Estrazione della pietra della follia* (part.), 1494

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Premessa	pag. 7
1: 1965-1979: la stagione della sperimentazione	» 9
1. Italia - Europa: anno zero o ruggenti anni Cinquanta?	» 9
2. I prototipi in Europa della svolta asilare	» 13
3. Le esperienze di Settore e di Psicoterapia Istituzionale	» 16
4. Le esperienze di Comunità Terapeutica	» 19
5. Se il baricentro si sposta fuori le mura	» 25
2: Radiografia di un cambiamento incompiuto	» 33
1. Da una costellazione di modelli, due domande ineludibili	» 33
2. Il gioco al rialzo delle strategie argomentative	» 36
3. Il ruolo determinante della comunicazione	» 41
4. La 'strategia del matto'	» 44
5. Il ruolo dei miti e dei tabu fondativi	» 47
6. La forza trainante del codice prevalente	» 52
3: 1980-2012. Una riforma in stand-by	» 57
1. La 180 in un tweet (o poco più)	» 57
2. Due lasciti essenziali della 'nuova psichiatria' nel dopo 180	» 59
3. La perdita di un baricentro nel circuito di gestione della cura	» 61
4. La difficile presa d'atto del riemergere della cronicità	» 64
5. Arretramento e crisi dell'idea di psichiatria 'sul territorio'	» 67
6. La rimozione del nodo focale dell'intervento su crisi	» 69
4: Dieci frammenti da un'esperienza eccentrica	» 73
Premessa. Una storia di trent'anni fa	» 73
1. Le coordinate del progetto	» 75
2. Le nuove forme della sofferenza fuori le mura	» 80
3. Totalizzare e anticipare la risposta	» 82
4. I quattro pilastri dell'intervento su crisi	» 86

5. La lotta alla cronicizzazione e l'ambivalenza del farmaco	pag. 91
6. Sovradimensionamento ed esternalizzazione del carico	» 94
7. Un gruppo che riflette su se stesso	» 96
8. Dal mito della partecipazione a quello della professionalità	» 98
9. Efficienza, privatizzazione e canalizzazione della domanda	» 100
10. Mutazioni reciprocamente indotte tra servizio e domanda	» 104
Bibliografia	» 107

Premessa

La legge 180 del maggio 1978 ha attivato il superamento della gestione dei malati di mente negli ospedali psichiatrici, attraverso il blocco di nuove ammissioni e l'apertura di specifici servizi fuori le mura. Certo, la legge non ha fornito un modello compiuto di soluzione dei problemi psichiatrici. Ma ha ricollocato il rapporto tra il malato (portatore di una sofferenza non sostenibile) e il terapeuta non più entro luoghi istituzionali rigidamente gerarchizzati e regolati, estranei al mondo della vita del sofferente, ma entro i luoghi diffusi del territorio a lui familiari. Così facendo il terapeuta, che si confronta con la sofferenza con le armi della conoscenza, dotato di un potere che non può negare ma senza più paraventi protettivi (salvo quelli, scivolosi e potentissimi, del farmaco) è come il pellegrino che cammina col vento in faccia: gli si confà un ruolo non più asimmetrico ma paritetico, più affine a quello della levatrice che a quello del custode o del controllore.

L'orizzonte temporale di questo volume copre il lungo arco di mezzo secolo, divisi da uno spartiacque rigido tra due stagioni che difficilmente si potrebbero pensare più lontane tra loro. Parleremo anzitutto degli anni Sessanta e Settanta, che hanno messo al centro dei fermenti di progettazione sociale e dell'immaginario collettivo la questione del superamento del manicomio. Nel primo capitolo tenteremo di dare ordine storico e senso logico agli eventi e alle esperienze novative di questi due decenni.

Meno diremo dei tre decenni successivi, in cui il flusso al calor bianco delle passioni, degli scontri e degli ideali si raggruma in parte in una sequenza di pratiche disincantate di attuazione della nuova legge. Attuazione di cui tenteremo comunque un sintetico consuntivo. Nel secondo capitolo cercheremo tuttavia di domandarci come e perché la stagione delle grandi e rivoluzionarie innovazioni ha preso la forma di una sorta di supernova, un processo di espansione di energia progettuale straordinariamente creativa, seguito da una lunga stagione di riforme in stand-by. E lo faremo passando ai raggi X i processi di graduale modificazione al rialzo della posta in gioco, dalla razionalizzazione del manicomio alla fuoruscita da esso, fino alla

sua ‘uccisione’. Lo faremo analizzando puntigliosamente il ruolo determinante della comunicazione, il ruolo dei miti e dei tabù fondativi del movimento alternativo, e ricostruendo le logiche sottese e gli effetti imprevisi e non auspicabili di quella corsa al rialzo.

Dovrebbe essere a questo punto più agevole – questa è la speranza di chi scrive - comprendere come si stia ridisegnando oggi un sistema pubblico di gestione della domanda di cura privo, ormai, della protettiva copertura del manicomio, cosa è ancora inceppato in questa ricostruzione, e quali sfide si presentano alla psichiatria degli anni Dieci. Lo faremo nel terzo capitolo

Certo, le ricostruzioni storiografiche spesso conservano un che di distaccato che non consente di cogliere lo spirito del tempo evocato. Per questo il quarto capitolo entrerà dentro allo spirito di quel tempo, alle speranze e ai progetti, alle contraddizioni brucianti e ai conflitti di quegli anni, riportando alcune pagine di una ricerca pubblicata nel lontano 1982, che raccontano l’esperienza – eccentrica e per molti versi eccezionale - di uno dei più importanti e più misconosciuti esperimenti di psichiatria alternativa.

Queste pagine non avrebbero preso forma se non avessi ricevuto stimolo e supporto da due colleghe. È stata Mara Tognetti a sollecitarmi a riprendere in mano i materiali di ricerca di trent’anni fa, e a rileggerli alla luce della evoluzione successiva: di ciò le sono grato. E sono grato a Giuliana Carabelli, che ha preso sulle sue spalle il manoscritto, sottoponendolo a critiche puntuali, intelligenti e affettuose.

Un ultimo debito di gratitudine voglio pagare, il più lieve e il più denso di umori. Nei trent’anni trascorsi dalla mia prima sfida personale con questi temi, più volte il mondo è stato cancellato e riscritto. Ma oggi come ieri dedico a te Mimmi, cara, occhi azzurri, queste pagine che più non ricordi.

Milano, primavera 2013

Giuseppe A. Micheli

1. 1965-1979: la stagione della sperimentazione

1. Italia - Europa: anno zero o ruggenti anni Cinquanta?

Che cosa, nel secondo dopoguerra, mette in movimento gli snodi arrugginiti di una macchina strategica nell'ingegneria sociale occidentale, quella della psichiatria asilare? Certamente in vari paesi la fine della guerra – e l'accentuata visibilità e dimensione della popolazione istituzionalizzata – spinge a un pressante impegno per una nuova politica di assistenza psichiatrica, e per l'introduzione di nuove pratiche terapeutiche. La sperimentazione di reparti *open door* e *day hospital* per psicotici era spinta in Gran Bretagna dalla necessità di far fronte al recupero produttivo della legione di soldati cui la guerra aveva causato disturbi psichici.

Ancora all'uscita della seconda guerra mondiale, tuttavia, la psichiatria dei manicomi appare un corpo immobile e separato del sistema pubblico, delegato alla pura custodia di chi è scivolato fuori dalle maglie rigide della normalità. Due secoli di progetti di emancipazione dei malati dai vincoli e una lunga galleria di pionieri sulle dinamiche dell'inconscio lasciano a metà Novecento la sensazione che la psichiatria asilare stazioni all'anno zero.

Una sensazione non corrispondente al vero, ma giustificata dal fatto che, ancora negli anni Venti e Trenta, "protagonista dei manicomi italiani ed europei è il problema dell'inermità delle cure" (Babini, 2009). Idroterapia; clino-terapia (cioè riposo coercitivo a letto); somministrazione di sedativi (bromuri di potassio, veronal e luminal, scopolamina, morfina); per le depressioni arsenico, per la malinconia alimentazione forzata; e iniezioni sottocutanee di olio sterilizzato, o almeno di olio d'oliva. Un catalogo non dissimile da quelli dei rimedi della medicina popolare nell'Ottocento:

«Stricnina e sambuco. Pillole a base di zinco e clisteri di olio di lino. Massaggi con panni caldi o con panni gelati. Sanguisughe a volontà e molti sorsi d'acqua insieme a pane tritato. Vescicanti e senapismi. Sciroppi di pesche e infusi di china, laudano e

cannella. Vermifughi e infusi di tiglio. Tubetti di mercurio ricoperti di stoffa rossa o bajocchi nuovi, legati al collo con un nastro dello stesso colore...» (Sorcinelli, 1986).

Con la rivoluzione microbiologica di fine Ottocento la medicina del corpo diventa adulta, cioè dotata di rimedi per curare. Pur con tutti i dubbi che i rimedi allopatrici continuano a sollevare, oggi come e forse più di ieri, la medicina del corpo diventa insomma adulta prima di quella della mente. In pochi decenni si susseguono gli accorgimenti tecnici di Weigert per riuscire a vedere nelle colture batteriche sotto microscopio la presenza di attori prima invisibili, la sintesi di Ehrlich (al tempo della prima guerra mondiale) del primo arsenobenzolo efficace per la sifilide, gli studi di Fleming sugli effetti anti-biotici di certi funghi negli anni Venti, la messa a punto del microscopio elettronico negli anni Trenta. Su su fino alla sintesi su scala industriale della penicillina e la sua sperimentazione sui marines che sbarcano in Sicilia, nel 1943. Un rapido avvicinamento all'era della farmacoterapia.

Ma l'emersione, nelle stanze dei malati e nell'immaginario dei medici, di una "medicina che cura" ancora non valeva, in quegli anni, per le sofferenze della mente. Certo gli anni Trenta brulicano di tentativi di intervenire con terapie somatiche, in particolare quelle da choc, non sulle cause ma sulle manifestazioni esterne di quella sofferenza: piretoterapia, malarioterapia, choc insulinico, o da cardiazol, o acetilcolinico, fino all'elettrochoc. In una catena (legittima) di richiami, nulla di più chiarificante di un brano di Rosario Ruggeri (1949, citato in Del Boca, 1966, citato in Babini, 2009) che racconta la virata di senso che la corporazione psichiatrica percepisce – come una scarica di adrenalina – alla lettura dell'articolo con cui Manfred Sakel proponeva di intervenire mediante coma insulinico:

«prima ancora di applicare il metodo di Sakel per guarire i nostri ammalati, sentivamo che quella scoperta guariva noi dal nostro senso di impotenza che ci aveva sempre angosciati nella lotta contro le malattie mentali (...) Il medico non è come il filosofo a cui è sufficiente la pura speculazione; egli ha bisogno di applicare il proprio sapere e di vedere l'ammalato guarire per opera sua.. ».

Ma nulla di simile alla svolta chemioterapica pareva ancora alle porte. Restava "nelle menti del volgo l'inefficacia della medicina". Ancora all'inizio degli anni Sessanta la cultura psichiatrica dominante in Italia rispondeva alle spinte sociali prodotte dalle grandi migrazioni interne proponendo l'uso di massa e indiscriminato dell'internamento manicomiale (Babini, 2009).

Quel che cambia le carte in tavola, e facilita una rinnovata effervescenza di riflessioni e di pratiche – non diversamente da quel che era successo per la medicina dei batteri e dei virus -, è la svolta della chimica della mente: la

sintesi di molecole chimiche e la scoperta della loro efficacia sulle manifestazioni esterne della malattia. Nel 1952 Henry Laborit, in cerca di adeguati anestetici per la sala operatoria, viene a sapere dai colleghi del Sainte Anne della particolare efficacia della clorpromazina. Sperimentata su alcuni pazienti agitati, la molecola sembra possedere qualità psicosedative che agiscono con un'azione centrale più complessa. Alla clorpromazina fa seguito la reserpina (1953) per gli stati d'ansia e ossessivo-compulsivi, e nel 1958 l'aloperidolo, primo neurolettico senza effetto sedativo. I farmaci sono subito percepiti come grande risorsa. Una risorsa 'terapeutica' in un senso estensivo del termine: farmaci sintomatici e non curativi, d'accordo, ma che consentivano di aprire un canale di comunicazione col medico. Non c'è, inizialmente, percezione del fatto che un uso naif dei farmaci li avrebbe configurati come nuova camicia di forza biologica, tacitando la voce del paziente. Ma essi aprivano le porte a un'azione psicoterapica o relazionale. «Tacitati i deliri, ci si aspettava comparissero le parole dei pazienti; e il ruolo degli infermieri virava da controllori a assistenti o educatori» (Babini, 2009). Forse la psicofarmacologia nascente non è stata il deus ex machina del rinnovamento manicomiale, ma certo ne è stato un fattore di innesco.

Così, se la legislazione relativa all'assistenza psichiatrica nei paesi guida dell'Occidente era stata già sottoposta a revisione nell'immediata fase post-bellica (tra il 1948 e il 1953 revisioni legislative sono votate in Inghilterra, Stati Uniti, Germania, Francia), è da metà anni Cinquanta che in tutti i Paesi si apre un febbricitante cantiere di riforma della prassi degli ospedali psichiatrici. Il manicomio cessa di essere un luogo sacro, intangibile e totalmente separato dal mondo, e in esso irrompono le tecniche profane di analisi delle organizzazioni secondo la scuola delle relazioni umane, quelle stesse tecniche applicate a fabbriche o uffici (Stanton, Schwartz, 1954; Belknap, 1956; Caudill, 1958). Nel 1955 l'OMS dà la linea indicando come priorità eliminazione del carattere penalistico dell'internamento, la riduzione al minimo dell'ospedalizzazione, il potenziamento dei servizi dispensariali, la flessibilizzazione dei criteri di entrata e uscita in manicomio. La spinta a razionalizzare le funzioni e contenere le competenze spettanti alle strutture asilari coinvolge tutti i paesi guida occidentali. Ma non l'Italia, che «mostrava una tradizione più statica e repressiva, rappresentata emblematicamente dalla persistenza nel codice penale Rocco della sostanziale assimilazione delle malattie mentali ai comportamenti criminali» (Babini, 2009).

Lo svecchiamento della psichiatria asilare italiana tarderà di almeno un decennio, avviandosi solo con gli anni Sessanta. Un ritardo concordemente attribuito all'autoisolamento (favorito dai due decenni di totalitarismo) della cultura psichiatrica italiana, schiacciata dal retaggio del positivismo autarchico che si attesta a lungo su un "neurologismo privo di prospettive"

(Giacanelli, 1975), restio a farsi permeare dai fermenti di scuole psicodinamiche, dalla psicoanalisi alla fenomenologia. Determinante nel produrre questo isolamento sarebbe l'imprinting della Società Freniatria italiana, fondata nel 1873, interlocutore ufficiale del potere statale, che

«sempre più, col passare degli anni, si limita alla manipolazione del corpo dell'alienato e trascura la dimensione psicologico-relazionale o dell'ambiente di vita, o la riduce alla rigorosa visione organizzativa della macchina manicomiale. Non si parlerà più della "cura morale" degli alienati, che del resto in Italia non sembra aver mai costituito un momento culturale dibattuto a livello nazionale e rimane esemplificata di fatto solo in alcuni centri di attività psichiatrica nel periodo pre-unitario (ad esempio Perugia e Palermo)» (*ibidem*).

Per capire in che consista il riferimento storico di Giacanelli alla 'cura morale' può essere utile fare un passo indietro di due secoli e mezzo, alla Inghilterra dei padri fondatori della psichiatria asilare (Dörner, 1975). Quando nel 1758 William Battie formula un programma di cura – e non solo di custodia – dei ricoverati al St. Luke Hospital, formula il rivoluzionario principio del *moral management*, le cui regole di base erano la separazione del paziente dai rapporti sociali abituali, il controllo delle passioni e dello *spleen* nervoso tramite l'uso di narcotici (i farmaci!) o il suscitamento di una passione opposta (in particolare la paura, contrapposta agli stati maniacali e di eccitazione), la "distrazione della immaginazione delusa" e la riconduzione a un ordine delle aspirazioni sregolate.

Sia la celebre guarigione della follia del re Giorgio III, verso il 1788, da parte del dottor Francis Willis, sia l'apertura nel 1796 del *Retreat* di York da parte di Samuel Tuke (atto ritenuto equivalente alla liberazione dei folli dalle catene di Pinel in Francia), sia il passo successivo - negli anni 1840-50 - del *Non-Restraint Movement* di John Connolly altro non furono che "lo sviluppo, l'attuazione e il compimento di ciò che era stato avviato da Battie" (*ibidem*). Sia Willis che Tuke rivendicavano l'importanza di instillare nel paziente un 'salutare sentimento di paura', che consentiva di spezzare la resistenza interna del paziente e instaurare un forte controllo su di lui. «Soltanto sulla base di un simile rapporto di inferiorità il *moral management* permetteva, nel prosieguo del rapporto, indulgenza e ampia libertà di movimento" (*ibidem*). Quanto al programma di *moral treatment* al *Retreat* di York, era centrale portare i folli alla "salutare abitudine all'autocontrollo", da perseguire per due vie: provocando un sentimento di paura di un isolamento punitivo, o intrecciando un colloquio col paziente, che doveva però adeguarsi alle rigide regole delle convenzioni sociali.

Salvo sorprendenti e archeologiche eccezioni, dunque, la filosofia della "cura morale" filtra a fatica nella cultura psichiatrica italiana, e se ne trova

scarse tracce sia nell'ispirazione della legge del 1904, sia nella grande bonaccia dei cinquant'anni seguenti. Per l'apertura di una nuova stagione riformatrice anche in Italia, accanto alla svolta farmacologica, è altrettanto determinante il lento ripopolarsi – per il ritorno dei cervelli dall'estero e insieme per un sotterraneo lavoro di ri-formazione nei centri universitari italiani – di una schiera di tecnici della psiche non più isolati dal mondo delle idee e delle esperienze teoriche e pratiche altrove sviluppate (Babini, 2009). Nel 1959 è istituita la prima cattedra specialistica di psichiatria, non più “neurologia e psichiatria”. Nel 1961, su proposta di Pier Francesco Galli, Feltrinelli lancia una ambiziosa collana (la Biblioteca di psichiatria e psicologia clinica), finalizzata allo svecchiamento della cultura psichiatrica e formazione di nuovi quadri, con un prevalente orientamento interpersonale. Il clima culturale si arricchisce per la presenza, subito al di là dei confini, di prestigiose figure di riferimento presso cui si forma una nidiata di neuropsichiatri italiani: a Basilea con Gaetano Benedetti, a Losanna con Christian Müller, alla clinica di Kreuzlingen con Ludwig Binswanger.

Al persistere, e per certi versi accentuarsi, della filosofia custodiale in Italia una nuova generazione di tecnici, non più culturalmente isolata, reagisce finalmente col rifiuto dell'irreversibilità della condanna manicomiale. La comunità terapeutica di Gorizia nel 1961 nascerà appunto «come rifiuto di una situazione proposta come un dato, anziché come un prodotto».

2. I prototipi in Europa della svolta asilare

Quali strategie di uscita dal vicolo cieco del manicomio si trovavano disponibili, in quegli anni, sul mercato delle idee e delle buone pratiche? Negli anni del secondo dopoguerra diverse realtà culturali nazionali hanno proposto distinte vie d'uscita a quella alternativa secca (o resti abbarbicato alla ‘normalità’ o scivoli senza ritorno nella clausura dei manicomi) cui era sempre più sensibile la nuova opinione pubblica. In tutte le vie nazionali, l'obiettivo era frenare la deriva di un individuo verso uno stato di non-ritorno, senza tuttavia prevedere l'abolizione del luogo finale del *loop*.

Non tutte queste vie nazionali alla ridefinizione del nodo asilare nascono in Europa. Per esempio, negli Stati Uniti la *Action for Mental Health* del 1961 prevede l'istituzione di centri comunitari di salute mentale e la creazione entro gli ospedali generali di nuovi reparti psichiatrici che si sostituiscano agli enormi e impraticabili ospedali psichiatrici (nel 1963 Kennedy affronta il problema in un messaggio al congresso e un anno dopo il congresso approva il piano di progressivo smantellamento del vecchio sistema manicomiale). Il modello statunitense intercettava così la caduta degli indi-

vidui verso il manicomio attraverso una rete di centri per la salute mentale, per lo più nati da movimenti solidaristici dal basso.

Teniamo a mente questa strategia, perché ne ritroveremo l'idea base nella maturazione di una via italiana. Ma fermiamoci ai riferimenti europei che si proponevano alle giovani generazioni di tecnici in Italia. Schematizzando molto e in prima approssimazione, si può dire che in Europa spiccavano due modelli di trasformazione delle agenzie di gestione della malattia mentale, due 'vie nazionali' allo svecchiamento della psichiatria asilare: la doppia via francese del settore e della psicoterapia istituzionale, la via inglese della comunità terapeutica.

Nel 1952 la rivista *Esprit* pubblica un numero speciale intitolato "*Misère de la psychiatrie*", in cui accanto alla denuncia dello stato dei manicomi prendono la parola alcuni psichiatri (Georges Daumézon, Lucien Bonnafé, François Tosquelles) che erano stati protagonisti di esperienze di apertura e cambiamento intraprese negli anni del Fronte popolare, durante la guerra. Da quelle esperienze prendono forma le due matrici francesi – diverse ma complementari - di cambiamento psichiatrico.

Il primo e più diffuso è il modello del "Settore psichiatrico". Disegnato da un gruppo di psichiatri riformisti come Bonnafé, presso il Sainte-Anne, e sviluppato in una celebre sperimentazione pilota al XIII *arrondissement* parigino, esso sposta l'asse dell'assistenza dal manicomio al territorio sulla base di due regole attuative: la divisione del territorio per unità geografiche ridotte e la continuità terapeutica nella cura e nel post-cura (per cui un paziente andava seguito dallo stesso personale, dentro e fuori le mura). In sostanza, l'ospedale era riorganizzato dividendo i malati nei reparti non per forme funzionali del disagio ma per territorio di provenienza. Si ripristinava così un legame tra malato e territorio che facesse da ponte a un suo reinserimento, favorito dalla costituzione sul territorio stesso di una rete di punti di appoggio come ambulatori di igiene mentali o laboratori protetti.

Mentre il sovraffollamento degli ospedali psichiatrici spingeva al decentramento di Settore, un secondo modello organizzativo puntava a un rinnovamento interno all'ospedale. La *psychotérapie institutionnelle* nasce dopo la seconda guerra mondiale, ad opera di Tosquelles, nell'ospedale psichiatrico di Saint-Alban. Sull'onda della Resistenza e sorretto da un'ideologia prevalentemente marxista ma con forti consonanze col personalismo cristiano del filosofo Emmanuel Mounier (anche la formazione morale di Franz Fanon, psichiatra, per esempio, aveva incrociato i suoi passi col personalismo di Mounier prima di trovare un punto fermo nella pratica di Tosquelles), punta alla liberazione dei malati non fuori ma entro le mura.

I due movimenti – Settore e psicoterapia istituzionale - sono cresciuti insieme e hanno continuato a coesistere. Col tempo il secondo sposa preva-

lentamente un approccio psicoanalitico, come nella *clinique de La Borde* fuori Parigi, ma senza perdere la sua generalizzata forza trainante. Nel 1960 una circolare del ministro della Sanità francese, stilata da una commissione di esperti tra cui Daumézon, suggerisce la politica di settore come linea generale di intervento, raccomandando la suddivisione del territorio in settori (grossomodo di centomila abitanti) di assistenza psichiatrica, la dotazione di ogni settore con équipe pluriprofessionali (medici, infermieri, assistenti sociali: inizialmente non psicologi) interne ed esterne all'ospedale, e l'applicazione nell'intervento del principio basilare della continuità terapeutica. Due anni dopo un'altra commissione ministeriale, la "*Commission d'Etude des problèmes de la vieillesse*", presieduta da Pierre Laroque, produce un rapporto di programmazione di una "*politique de la vieillesse*" che auspica linee di intervento ispirate al principio della 'pedagogia delle interdipendenze'. Interdipendenze tra età e fasi della vita, tra uomini e donne, tra inclusi nella società e inclusi in strutture totalizzanti. La stessa filosofia che stava dietro la 'continuità terapeutica' del settore. E la stessa sottolineatura sulla qualità 'pedagogica' delle scelte politiche, che si ritrova nella filosofia della psicoterapia istituzionale. Non va tuttavia dimenticato che i rapporti Daumézon e Laroque sono le manifestazioni di una politica di indirizzo che non trova automatico sbocco in una sistematica implementazione, che troverà spazio solo con le circolari attuative dei primi anni Settanta.

La doppia via francese della psicoterapia istituzionale e del settore non era però l'unica sperimentazione di umanitarizzazione e apertura asilare operante in Europa. Tom Main nel 1946 a Birmingham conia il vocabolo "comunità terapeutica", ufficializzato nel 1953 dall'OMS in uno studio che suggeriva l'opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in questa direzione. Fin dagli anni Quaranta in Gran Bretagna e Olanda erano stati introdotti reparti *open door*, con limitato uso di isolamento e contenzione, affiancati da *day hospital* per pazienti psicotici. L'organizzazione custodiale restava comunque chiusa e centrale. Il suo allentamento passava da un lato attraverso la democratizzazione delle regole interne, dall'altro attraverso la flessibilizzazione dei flussi in entrate e in uscita e l'affiancamento al manicomio di strutture fuori le mura, iniziando così a configurare modelli bipolari di gestione dei disordini mentali.

La sperimentazione più nota di 'comunità terapeutica' è quella dello scozzese Maxwell Jones, prima al reparto del Belmont Hospital (nella cintura meridionale della Grande Londra) destinato al trattamento psichiatrico di "disoccupati cronici vittime della società industriale" (1947-1959), a seguire e fino al 1969 al Dingleton *Hospital* di Melrose. Il modello di Maxwell Jones prevedeva riti di cogestione della clinica da parte di medici e pazienti e l'entrata e uscita sotto controllo dentro e fuori la clinica (*revolving*

door). Un modello semplice e di apprezzabile *understatement*, segnato – annotava Jervis (1975) – da una “ideologia democratica, umanitaria e permissiva”. Come per il settore francese, peraltro, non si deve pensare alle comunità terapeutiche britanniche come al nuovo modello istituzionale ufficiale, quanto piuttosto a esperienze innovative pilota che coinvolgevano negli anni sessanta una decina di ospedali in Gran Bretagna (Clark, 1976). La forza di riferimento della comunità terapeutica, come quella del settore, sta nella capacità di richiamo e di attrazione per tutti gli attori che, nell’Europa degli anni Sessanta, volevano farsi portatori di innovazione.

3. Le esperienze di Settore e di Psicoterapia Istituzionale

È il settore a raccogliere i maggiori favori tra i tecnici italiani che, nella prima metà degli anni Sessanta, si proponevano di innovare il sistema psichiatrico. Attenzione ufficializzata al primo convegno nazionale di psichiatria sociale, a Bologna nel 1964, dove al settore è ispirata una proposta di legge di riforma psichiatrica proposta dalla senatrice Balconi del 1965.

«Il settore suscita entusiasmi e timori: significa infatti uscire dall’ospedale, proiettarsi sul territorio, decentrare rispetto alla concentrazione istituzionale; e significa porsi nei confronti del malato in un’attitudine di cura ‘relazionale’, un nuovo modo di lavorare non più gerarchico. Il settore entra nel solco di un ‘umanesimo psichiatrico’ da rifondare, che parla la lingua della fenomenologia (incontro, intenzionalità, tempo/spazialità, intersoggettività)» (Babini, 2009).

La paternità della sperimentazione del Settore in Italia ha senza dubbio un nome, quello di Edoardo Balduzzi. La sua autorevolezza era così riconosciuta che negli anni Settanta la psichiatria anti-istituzionale, pur al culmine della contrapposizione frontale – tutti contro tutti - tra modelli, lo riconosceva come interlocutore (Venturini, 1977).

Nel 1964 Balduzzi diviene direttore incaricato dell’Ospedale Psichiatrico di Varese, e già nello stesso anno l’amministrazione provinciale delinea le sette zone geografiche destinate all’operare di *équipe* extraospedaliere. A tale scopo Balduzzi ottiene l’assunzione di giovane personale medico che consenta di sdoppiare l’attività, affidando ai nuovi assunti il nuovo lavoro fuori delle mura, lasciando il lavoro istituzionale ai vecchi medici e paramedici. È comprensibile che questa netta divaricazione generazionale nel ruolo assegnato agli operatori fosse finalizzata ad assicurare una maggiore motivazione tra quelli che dovevano calarsi in una dimensione inesplorata, quella della psichiatria nella comunità. Era ben presente a tutti, infatti, che

«il problema più importante è il coinvolgimento del personale (...). I movimenti istituzionali in Francia si erano risolti praticamente in una particolare preparazione del personale (...). La formazione degli infermieri significa allargamento del discorso fuori da un ospedale psichiatrico» (Balduzzi, 2006).

Così facendo veniva a saltare il criterio della continuità dell'intervento tra dentro e fuori le mura, e della connessa continuità del personale operante, teorizzati da Tosquelles. E si evidenziava presto che le due linee di innovazione della psichiatria francese non potevano che essere interfacce inscindibili l'una dell'altra. Il rinnovamento psichiatrico si mette in moto solo se e quando l'intervento aggredisce, come le tenaglie di un granchio, entrambe le facce del problema, entro e fuori le mura.

Vuoi per tardiva resipiscenza di questa inscindibilità dei due nodi del problema, vuoi perché nel panorama italiano inizia ad agire "la suggestione di Gorizia" (la formidabile attrazione del primo modello basagliano di cui parleremo nel prossimo paragrafo), Balduzzi cerca di intervenire anche sul fronte interno all'ospedale: ma la decisa opposizione del personale, in particolare paramedico, e delle sue rappresentanze sindacali non coinvolte inizialmente, fa fallire il tentativo. L'esperienza varesina di Balduzzi si conclude nel 1968.

«Le cose mandate avanti da singole persone, prima o poi, muoiono come è morta Gorizia, perché sono solo nella testa di una persona o di alcuni e non caratterizzano un contesto» (Balduzzi, 2006).

Il prototipo di Varese si ripropone nel Nord-Est a Venezia (dove si sposta per un paio d'anni lo stesso Balduzzi), a Rovereto. A Torino una commissione tecnico-organizzativa, costituita nel 1971 dalla Provincia, ipotizza un rinnovamento dell'assistenza psichiatrica secondo il modello francese del settore, e la scelta più naturale era di chiamare a realizzarlo lo sperimentatore di Varese. Il progetto prevede l'assunzione ('velleitaria', la definisce Venturini, 1979) di un numero considerevole di operatori da allocare sul territorio, e una dote consistente di strutture e servizi. La proposta si arena a lungo: infine si sblocca, con la convenzione tra provincia e Opera pia per gestire il Manicomio torinese e l'accordo con i sindacati, che consente l'attività di operatori ospedalieri nei servizi territoriali. Dirà poi Balduzzi (2006) come nell'esperienza torinese si rivelò ancor più cruciale la interferenza – e indifferenza - dei poteri politici forti.

Comune a tutte le realizzazioni di Balduzzi è comunque l'adesione ai cardini del modello francese di Daumézon: il lavoro di équipe, l'importanza di non "scollare" tra loro tecniche e istituzione, i principi dell'unitarietà e

continuità dei servizi offerti, e naturalmente un forte riferimento alla formazione degli operatori. Un progetto unitario

«capace di utilizzare gli spazi istituzionali come luoghi di scambio e di mediazione attraverso una metodologia operativa volta a integrare le diverse tecniche, e capace di tenere presente l'esistenza di "organizzatori" psichici inconsci soggiacenti alle pratiche istituzionali.. (Un progetto che) nasce dunque con una fragilità intrinseca, per la quale è necessario un forte sostegno politico, che ne garantisca le condizioni di fattibilità» (Di Marco, 2008).

In quegli anni Sessanta si mette in moto in Italia una seconda esperienza innovativa che fa riferimento alla riflessione e alla prassi francese: quella di un gruppo di giovani psichiatri e tecnici di ispirazione cristiana progressista, vicini al pensiero del personalismo comunitario di Emmanuel Mounier, diffuso fin dagli anni Trenta attraverso la rivista *Esprit*. Tra questi Adriano Milani Comparetti, pioniere nella riabilitazione neuropsichiatrica infantile, Giampaolo Meucci, padre del diritto minorile, e due giovani psichiatri che lavorano all'ospedale psichiatrico San Salvi di Firenze, Graziella Magherini e Gianfranco Zeloni, che esplicitano la scelta di un progetto orientato verso "la comunità terapeutica e l'assistenza psichiatrica articolata e settoriale".

Già nel 1962 Magherini si era recata a Saint-Alban, la prima esperienza di psicoterapia istituzionale di Francois Tosquelles, marxista libertario, rispettoso della persona del malato e dei suoi diritti e come tale vicino alla sensibilità di Mounier. Nel convincimento che «la vita sociale ospedaliera in senso moderno (sia da considerarsi) uno dei più validi mezzi terapeutici per il recupero del malato», frammenti di Saint-Alban iniziano ad essere trapiantati al San Salvi. Dagli atelier di arte terapia, usciti dai laboratori della psicoterapia istituzionale francese negli anni Cinquanta, in cui i pazienti esprimono una loro parte ancora attiva, all'avvio di un giornale gestito dai pazienti, «foglio critico che tenta di introdurre una forma di vita sociale più evoluta nella cittadella manicomiale (la copertina riportava il disegno di una cancellata aperta e in alto due chiavi barrate): ostacolato e visto con sospetto, il giornale chiude dopo tre anni» (Babini, 2009).

Al suo posto il gruppo innovatore lancia nel 1965 il periodico "Assistenza psichiatrica e vita sociale" che anche nel titolo richiama l'ispirazione dell'analoga rivista ("*Vie sociale et traitements*") dell'esperienza francese di Daumézon, e che si impegna a diffondere il progetto fiorentino di riconversione dell'istituzione asilare, il cui tratto distintivo è una spiccata "attitudine pedagogica" non solo nella formazione e riconversione del personale infermieristico (con una tenace attenzione alla 'esperienza vissuta' dell'infermiere come vero strumento terapeutico) ma anche nell'obiettivo di riabilitazione dei pazienti. La rivista vive solo cinque anni. Babini (2009)

coglie, nella brevità del suo ciclo di vita, le stesse ragioni del tramontare della parabola di quella esperienza istituzionale fiorentina:

«Verso il 1968/69 si accentua la collaborazione con il gruppo goriziano, o almeno ne registra la accresciuta visibilità. Alla fine degli anni Sessanta, quando la leadership di Basaglia sembra imporre un altro modo di procedere al cammino del rinnovamento, la rivista decide di chiudere. La sua idea guida (portare una funzione tradizionalmente ritenuta di marca sanitaria se non custodialistica a una dimensione educativa, che coinvolga curanti e assistiti in un rapporto di “mutua promozione umana”) sembra non avere più presa».

La traiettoria della più importante esperienza di psicoterapia istituzionale in Italia s'incrocia dunque con l'ascesa della più originale esperienza di superamento della Comunità Terapeutica à la Maxwell Jones, quella di Gorizia. Parrebbe un semplice caso di maltusianismo tra modelli istituzionali, con il sopravvento del modello di più spiccata personalità ed efficacia. Forse, però, non è tanto la maggior forza del modello goriziano quanto un vizio di costruzione del modello fiorentino a spiegare questo passaggio di consegne. La *road map* fiorentina è infatti del tutto speculare a quella varesina: l'idea di settore è recuperata solo in un secondo tempo all'interno di un progetto che del modello francese recepisce inizialmente la interfaccia istituzionale entro le mura. E il lavoro entro le mura non evolve se non affiancato, con la strategia del granchio, da un progetto di spostamento del baricentro psichiatrico sul territorio, destinato a tagliare i ponti col manicomio.

4. La Comunità Terapeutica e il suo superamento

Negli stessi mesi in cui Graziella Magherini visitava Saint-Alban, Franco Basaglia aveva compiuto il suo viaggio di formazione a Melrose, in Scozia, dove Maxwell Jones capitalizzava vent'anni di sperimentazioni di Comunità Terapeutica. Fresco vincitore del concorso per la direzione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia nel 1961, Basaglia si circonda di un gruppo di giovani psichiatri accomunati dalla tensione a innovare e decide di provare a trapiantare il modello scozzese non a una clinica o a un reparto di malattie nervose, ma a un manicomio.

«A Gorizia s'inizia ad applicare nuove regole di organizzazione e di comunicazione all'interno dell'ospedale, si rifiutano le contenzioni fisiche e le terapie di shock, s'incomincia a prestare attenzione alle condizioni di vita degli internati e ai loro bisogni. Si organizzano assemblee di reparto e assemblee plenarie, la vita comunitaria dell'ospedale si arricchisce di feste, gite, laboratori artistici. Si aprono spazi di