

Giuseppe Luciano

Disagi e disturbi mentali ieri oggi e domani

Le condizioni di vita delle persone
con disturbi mentali e delle loro famiglie
prima e dopo la legge di riforma psichiatrica del 1978



**Innovation
Creativity Setting**



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

Innovation Creativity Setting – InCreaSe

Direttori: Guido Lazzarini, Maria Giuseppina Lucia, Francesca Silvia Rota

Curatori relazioni internazionali: Giorgio Maria Bressa e Valentina Grosso Gonçalves

La collana è espressione dell'associazione culturale InCreaSe, gruppo di ricerc-azione costituito da professori universitari, ricercatori di Isfol e Istat, imprenditori, liberi professionisti, manager del pubblico, del privato e del terzo settore di diverse regioni d'Italia.

L'attività scientifica si articola in quattro sezioni di studio/ricerca:

- Intangible asset in azienda e territorio;
- SoIL-Sostenibilità, Innovazione, Legami;
- Dinamiche sociali;
- Salute e società.

L'ipotesi che orienta gli studi e le ricerche di InCreaSe è la convinzione che creatività e innovazione siano profondamente radicate nei contesti locali, portatori di specifiche identità storiche e culturali che interagiscono fra loro in modo diretto e trovano stimoli in varie forme a livello globale. InCreaSe mira a cogliere tali realtà e, a seconda delle specificità delle singole sezioni, le elabora con criteri scientifici per renderle elementi di nuova creatività e innovazione. A tal fine sono stati istituiti, a supporto della mission di InCreaSe, due comitati: l'uno scientifico, l'altro di indirizzo.

Ogni volume, saggio o articolo nasce da briefing di lavoro e, a ulteriore garanzia di scientificità, prima di essere avviato alla pubblicazione cartacea e/o on line, è revisionato da referee anonimi esperti nel campo tematico trattato.

Comitato scientifico

Intangible asset in azienda e territorio - Roberto Angotti, Isfol Roma; Giacomo Büchi, Univ. Torino; Cecilia Casalegno, Univ. Torino; Piero Giammarco, project manager; Fabrizio Mosca, Univ. Torino; Sonia Palumbo, PhD in Scienze organizzative direzionali; Anna Claudia Pellicelli, Univ. Torino; Giulio Perani, Istat Roma; Luca Simone Rizzo, PhD on Network Economy and KM; Francesca Silvia Rota, Politecnico Torino.

SoIL-Sostenibilità, Innovazione, Legami - Fabio Berti, Univ. Siena; Grinde Bjorn, Norwegian Institute Univ. Oslo; Maria Stella Chiaruttini, Ist. univ. europeo Fiesole; Olivier Crevoisier, Univ. Neuchatel; Egidio Dansero, Univ. Torino; Stefano Duglio, Univ. Torino; Paola Lazzarini, PhD in Sociologia e metodologia della ricerca sociale; Dario Musolino, Univ. Milano-Bicocca; Claudio Pellegrini, Univ. Sapienza Roma; Paola Ravizza, giornalista; Francesco Scalfari, Polo univ. Asti; Annunziata Vita, Univ. Salerno.

Dinamiche sociali - Luigi Bollani, Univ. Torino; Anna Cugno, Univ. Torino; Antonella Delle Fave, Univ. Statale Milano; Giulio Gerbino, Univ. Palermo; Paolo Gubitta, Univ. Padova; Gennaro Iorio, Univ. Salerno; Giuseppe Moro, Univ. Bari; Nicolò Pisanu, Pass Roma; Mariagrazia Santagati, Univ. Cattolica Milano; Fausta Scardigno, Univ. Bari; Enrico Tacchi, Univ. Cattolica Milano; Francesco Villa, Univ. Cattolica Milano.

Salute e società - Giulia Bardaglio PhD in Scienze umane; Giorgio Maria Bressa, Pass Viterbo; Carla Facchini, Univ. Milano-Bicocca; Secondo Fassino, Univ. Torino; Chiara Garbarini, Univ. Torino; Valentina Grosso Gonçalves, psicologa; Alessandro Mastinu, Polo univ. Asti; Giovanni Mussella, Univ. Torino; Luciano Peirone, Univ. Chieti-Pescara; Tiziana Stobbione, Polo univ. Asti; Mara Tognetti, Univ. Milano-Bicocca; Franco Valfrè, Univ. Statale Milano.

Comitati di indirizzo

Maurizia Albanese; Elisa Allasia; Giorgio Alifredi; Barbara Baino; Mauro Bajardi; Anna Ballarini; Paola Barbarino; Stefania Bertorello; Damiana Boggio; Guido Bolatto; Gianfranco Bordone; Federico Bressa; Marco Bricco; Simona Brino; Cinzia Buat; Leonardo Caroni; Manuela Colombero; Laura Cominetti; Anna Corti; Mirella Cristiano; Katia Stefania Fabbro; Arturo Faggio; Grazia Fallarini; Barbara Fauda; Ivana Finiguerra; Paola Gennari Santori; Enrico Gennaro; Bruna Gerbaudo; Riccardo Ghidella; Maria Rosa Guerrini; Salvatore Improta; Francesco Lazzarini; Luciana Lazzarino; Carmela Lecci; Chiara Masia; Paola Montrucchio; Lorella Nizza; Enrico Orrù; Antonella Pella; Giulia Pentella; Enrica Pejrolo; Giovanni Periale; Gian Carlo Picco; Raoul Romoli Venturi; Carlo Ronca; Vilma Rossi; Cinzia Tortola.

Segreteria: segreteria.collana@increasegroup.org.

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 o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

Giuseppe Luciano

Disagi e disturbi mentali ieri oggi e domani

Le condizioni di vita delle persone
con disturbi mentali e delle loro famiglie
prima e dopo la legge di riforma psichiatrica del 1978



**Innovation
Creativity Setting**

FrancoAngeli

Isbn: 9788835177227

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
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

Presentazione , di <i>Guido Lazzarini</i>	pag.	19
Introduzione	»	23
1. Introduzione ai concetti di base della psichiatria e alle sue differenziazioni	»	27
1.1 Ipotesi di definizione di psichiatria, psiche e salute mentale	»	27
1.2 Salute e tipi di difesa dai fattori che la minacciano	»	29
1.3 Disfunzione psichica, sofferenza/disagio mentale, patologie mentali, malattia mentale/disturbo mentale	»	31
1.4 Etiopatogenesi e multifattorialità dei disturbi mentali	»	34
1.5 I diversi aspetti dell'oggetto della diagnostica delle patologie mentali, le sue basi e finalità principali, dalla psichiatria asilare alla psichiatria sociale	»	36
1.6 A chi si attribuisce la diagnosi di malattia o disturbo mentale	»	40
1.7 Terapie dei disturbi mentali prima e dopo la psichiatria sociale	»	41
1.8 Prevenzione dei disturbi mentali	»	43
1.9 Le diverse tipologie di psichiatria	»	43
2. Dal concetto di alienazione a quello di comunità terapeutica	»	45
2.1 Alienazione mentale, alienato e alienista	»	45
2.2 Accettazione in manicomio/ospedale psichiatrico di un alienato prima e dopo la riforma 431/68	»	46

2.3	Alleanza terapeutica	pag.	47
2.4	Ammissione di un alienato in via provvisoria o definitiva in manicomio/ospedale psichiatrico	»	48
2.5	Asili di mendicITÀ/case di carità e asili/case per insani	»	49
2.6	Assistenza psichiatrica e assistenza dei malati di mente	»	50
2.7	Associazioni di carità, culturali e di volontariato impegnate nell'assistenza dei poveri e nella cura e nella riabilitazione dei malati mentali	»	50
2.8	Associazioni professionali degli psichiatri e degli altri operatori addetti alla cura dei malati di mente e alla promozione della salute mentale	»	54
2.9	Case di cura psichiatriche private autorizzate e convenzionate	»	56
2.10	Casellario giudiziale, codici civile e penale dello Stato italiano e ricovero psichiatrico obbligatorio	»	59
2.11	Certificazione medica prevista dalle leggi dello Stato italiano per il ricovero coatto di un malato di mente in manicomio o il TSO nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura	»	60
2.12	Comparti/reparti del manicomio/ospedale psichiatrico e loro differenziazione	»	62
2.13	Comunità terapeutica	»	62
3.	Dalla pratica della contenzione psichiatrica al concetto di stress/evento psicostressante come fattore di disturbo mentale	»	64
3.1	Contenzione psichiatrica e altre misure costringitive nei servizi psichiatrici	»	64
3.2	Degenza ospedaliera delle persone con disturbi mentali e loro dimissione prima e dopo la riforma psichiatrica 180/78	»	66
3.3	Deistituzionalizzazione e deospedalizzazione	»	67
3.4	Deviazioni, devianti e devianze	»	68
3.5	Gergo, figure e pratiche in uso nei manicomi/ospedali psichiatrici, non previsti dalle leggi e dai regolamenti	»	69
3.6	L'osservazione partecipe delle persone con disturbi mentali	»	70
3.7	Legislazione dello Stato relativa al trattamento delle persone con patologie mentali e alla promozione della salute mentale nel Regno d'Italia e nella Repubblica	»	71
3.8	Manicomi/ospedali psichiatrici e loro chiusura	»	72

3.9	Figure professionali addette al trattamento dei malati di mente nella psichiatria asilare e nell'organizzazione per la salute mentale costituita da istituti di ricovero e da attività territoriali	pag.	73
3.10	Neuroscienze	»	75
3.11	Operatori psichiatrici e loro caratteristiche professionali dopo la seconda riforma psichiatrica della Repubblica italiana n. 180/78	»	76
3.12	Organi internazionali, nazionali e locali coinvolti nella promozione della salute mentale e nella programmazione, gestione e verifica dell'efficacia dei servizi psichiatrici previsti dalla legge 180/78	»	80
3.13	Orientamento degli organi di informazione e opinione pubblica sui servizi psichiatrici attivati in applicazione della legge di riforma psichiatrica del 1978	»	81
3.14	Sistemi informativi nazionali e regionali e indicatori di salute mentale per il monitoraggio dell'andamento dei servizi attivati in applicazione della riforma psichiatrica	»	81
3.15	Stigma psichiatrico	»	82
3.16	Stress ed eventi psicostressanti	»	83
4.	Dagli asili per insani alla legislazione psichiatrica del Regno d'Italia	»	86
4.1	La psichiatria asilare introdotta nel Regno sabauda da Vittorio Amedeo II con la fondazione dello spedale de' pazzereelli	»	88
4.2	Movimenti innovativi della psichiatria asilare europea tra la fine del Settecento e la prima metà dell'Ottocento	»	91
4.3	La fondazione del Regio Manicomio di Torino e i suoi primi settanta anni di attività 1834-1904	»	93
4.4	La riforma dello Stato e della sanità del Regno d'Italia	»	94
4.5	Contributo della neuropatologia, della nosografia psichiatrica e della psicologia clinica alla cura e prevenzione dei disturbi mentali	»	95
4.6	Dai manicomi criminali agli ospedali psichiatrici giudiziari	»	99
4.7	I fattori amministrativi e scientifico-culturali ispiratori delle disposizioni sui manicomi e gli alienati, L. 36/1904 e del regolamento, R.D. 615/1909	»	100

4.8	Valore innovativo e limiti dei contenuti della legislazione psichiatrica del Regno d'Italia	pag. 101
4.9	Valutazione sintetica della condizione dei malati di mente, nel Regno di Sardegna e nel Regno d'Italia, e prospettive aperte dalle disposizioni sui manicomi del 1904 e dal regolamento di attuazione del 1909	» 107
5.	Dalla legislazione psichiatrica del Regno d'Italia al primo intervento dell'organizzazione mondiale della sanità e alla nascita della nuova psicofarmacologia	» 109
5.1	Un esempio di applicazione della legislazione psichiatrica del Regno d'Italia orientata verso il superamento della psichiatria asilare tradizionale	» 110
5.2	Un esempio di applicazione della legislazione psichiatrica del Regno d'Italia in senso esclusivamente asilare: la provincia di Torino	» 112
5.3	L'incontro della psichiatria della prima metà del Novecento con la psicoanalisi e le altre psicologie, oltre che con l'etologia, l'antropologia e la fenomenologia	» 114
5.4	Nuove tecniche terapeutiche introdotte nella pratica clinica psichiatrica nella prima metà del Novecento	» 117
5.5	L'impatto dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) sulla promozione del diritto alla salute e sulle innovazioni della psichiatria asilare nelle democrazie liberali	» 119
5.6	Lo sviluppo della nuova psicofarmacologia e la scoperta dei neurotrasmettitori	» 122
5.7	Valutazione sintetica del trattamento dei malati di mente nella prima metà del Novecento	» 124
5.8	Le basi degli scenari futuribili relativi ai servizi di salute mentale nella seconda metà del Novecento	» 125
6.	La questione psichiatrica tra gli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento nel quadro della crisi dei servizi sociosanitari	» 126
6.1	Dal movimento per la comunità terapeutica alla psichiatria sociale e comunitaria	» 127
6.2	La psichiatria critica e contrattuale di Thomas Szasz	» 130
6.3	Nascita e sviluppi del movimento antipsichiatrico	» 132
6.4	Il sovraffollamento degli ospedali psichiatrici italiani e la legislazione del Parlamento orientata a rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute	» 135

6.5	La risposta italiana ai movimenti innovativi della psichiatria apparsi nelle democrazie liberali dell'Occidente negli anni Cinquanta e Sessanta	pag. 137
6.6	Le forze politiche, sociali e le associazioni culturali e professionali di fronte alla crisi dei servizi socioassistenziali e sanitari e il contributo del volontariato di ispirazione cristiana nell'assistenza dei poveri	» 139
6.7	Valore e limiti della prima riforma psichiatrica della Repubblica italiana prevista dalla legge 18.03.1968 n. 431, provvidenze per l'assistenza psichiatrica	» 140
6.8	Valutazione sintetica della condizione di vita e del trattamento dei malati di mente negli anni Cinquanta e Sessanta e prospettive dell'attuazione del diritto alla salute mentale	» 142
7.	Dal variegato mondo dell'assistenza pubblica dei malati di mente nel decennio 1968-1978 alla seconda riforma psichiatrica della Repubblica italiana	» 145
7.1	Le variegate modalità di applicazione della riforma psichiatrica Mariotti nel decennio 1968-1978	» 146
7.2	Luci e ombre nel difficile cammino della psichiatria di settore in una provincia italiana	» 148
7.3	L'itinerario dell'impegno del partito radicale per abrogare la normativa delle disposizioni sui manicomi e gli alienati rimasta in vigore dopo la riforma psichiatrica Mariotti	» 150
7.4	La normativa della riforma psichiatrica italiana del 1978	» 151
	7.4.1 Analisi e valutazione della normativa della legge 180/78 «trattamenti sanitari volontari e obbligatori»	» 151
	7.4.2 Analisi e valutazione degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, 23.12.78 n. 833	» 155
	7.4.3 Alla ricerca dell'enigmatica paternità della riforma psichiatrica del 1978, attribuita a Basaglia	» 156
7.5	I primi provvedimenti adottati dalle regioni per l'applicazione della legge 180/78	» 158
7.6	Valutazione sintetica del trattamento dei malati di mente nel periodo 1968-1978 e prospettive dell'attuazione del diritto alla salute mentale	» 159

8. Dai primi provvedimenti per l'applicazione della riforma psichiatrica del 1978 alla legge sui dipartimenti di salute mentale	pag. 161
Introduzione	» 161
8.1 Orientamento delle forze politiche e delle organizzazioni sindacali nonché delle associazioni di volontariato, culturali e professionali nell'attuazione del servizio sanitario nazionale e della riforma psichiatrica	» 161
8.2 La linea tecnico-organizzativa scelta dalle singole Regioni nell'applicazione della riforma psichiatrica del 1978	» 164
8.3 La valutazione dei primi nove anni di applicazione della riforma psichiatrica in Regione Piemonte basata su una ricerca da un ramo del partito radicale guidato da Pannella	» 165
8.3.1 Piano di superamento degli ospedali psichiatrici di Grugliasco e Collegno	» 167
8.3.2 Centri territoriali per la salute mentale	» 169
8.3.3 Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri	» 172
8.3.4 Strutture psichiatriche residenziali territoriali	» 176
8.3.5 Pensioni private convenzionate con le UU.SS.LL. per l'assistenza dei malati di mente	» 178
8.3.6 Valutazione delle case di cura neuropsichiatriche convenzionate con la regione	» 179
8.3.7 L'impatto della riforma psichiatrica n. 180/78 sulla condizione delle persone prosciolte in sede giudiziaria per vizio di mente tale da renderle socialmente pericolose	» 181
8.4 Condizioni di vita dei malati di mente e delle famiglie di appartenenza nei primi nove anni di applicazione della riforma psichiatrica e prospettive	» 182
9. Provvedimenti delle Regioni e del Ministero della Sanità con indicazioni organizzative alle ASL nel secondo decennio dell'applicazione della legge 180/78	» 184
9.1 Provvedimenti ed orientamenti normativi delle regioni relativi al modello organizzativo di applicazione della riforma psichiatrica del 1978: il caso Piemonte	» 185

9.2	Valore e limiti del contenuto de Progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1994-1996» approvato con DPR 7 aprile 1994	pag. 191
9.2.1	Le premesse del progetto obiettivo tutela salute mentale	» 191
9.2.2	La prescrizione dell'attivazione del dipartimento di salute mentale quale strumento organizzativo ottimale per la tutela della salute mentale: finalità, composizione e bacino di utenza del dipartimento	» 192
9.2.3	Descrizione delle strutture e dei servizi del DSM e loro valutazione	» 194
9.2.4	Interventi da compiere nel triennio 1994-96 per la salute mentale secondo il progetto obiettivo	» 198
9.3	Le forze politiche, le associazioni culturali, professionali e del volontariato di fronte al progetto obiettivo salute mentale	» 199
9.4	Condizione di vita dei malati di mente e delle famiglie di appartenenza nel secondo decennio di applicazione della riforma psichiatrica (1988-1998) e loro prospettive	» 200

10. Il terzo decennio di applicazione della riforma psichiatrica 180/78 (1998-2008) e i primi passi verso l'abrogazione degli ospedali psichiatrici giudiziari	» 203
10.1 Analisi dei contenuti progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000	» 205
10.1.1 Situazione dei servizi di salute mentale cinque anni dopo il progetto 1994-96: premesse e problemi evidenziati nel funzionamento dei DSM	» 205
10.1.2 Aggiornamenti relativi alle caratteristiche del DSM e al suo funzionamento	» 207
10.1.3 Valutazione delle indicazioni relative alle strutture e servizi dei DSM	» 208
10.1.4 Indicazioni sui rapporti dei DSM con gli enti locali e l'università	» 210
10.1.5 I problemi relativi all'area dei servizi di salute mentale dell'età evolutiva	» 211
10.1.6 Messa in evidenza di questioni non trattate nel progetto obiettivo tutela salute mentale 1994-96	» 212

10.2	Valutazione sintetica dei contenuti di particolare importanza del progetto obiettivo per la salute mentale 1998-2000	pag.	212
10.2.1	La metodologia impiegata per l'acquisizione dei dati informativi sul funzionamento del DSM, i criteri adottati per dare indicazioni volti a migliorare la loro efficacia ed efficienza	»	212
10.2.2	Le ammonizioni del documento sul rischio di «manicomialità» delle strutture residenziali	»	213
10.2.3	La messa in evidenza dell'importanza che i DSM perseguano la prevenzione primaria e degli aspetti, tuttora problematici, che devono essere affrontati	»	213
10.2.4	Le omissioni più significative da cui è viziato il progetto obiettivo per la salute mentale	»	214
10.3	I primi passi verso l'abrogazione degli ospedali psichiatrici giudiziari	»	215
10.4	Condizioni di vita dei malati di mente e delle famiglie di appartenenza nel terzo decennio di applicazione della riforma psichiatrica e loro prospettive	»	216
11.	Dalla contestazione delle misure di sicurezza per le persone prosciolte per vizio di mente nonché socialmente pericolose, al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari previsto dalla legge 30 maggio 2014, n. 81	»	218
11.1	Provvedimenti orientati verso una nuova impostazione delle misure di sicurezza relative alle persone con infermità mentale giudicate non imputabili per vizio di mente e socialmente pericolose	»	219
11.1.1	Il decreto del presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) 01 aprile 2008	»	219
11.1.2	Il decreto-legge 22 dicembre 2011 n. 211 convertito, con modificazioni, nella legge 17 febbraio 2012, n. 9 che prevede la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro la data dello 01.04.2014	»	220
11.1.3	Il decreto-legge 31 marzo 2014 n. 52 convertito in legge 81/2014 che proroga la scadenza della chiusura degli ospedali psichiatrici in questione al 31.03.2015	»	220

11.2	L'impatto sui dipartimenti di salute mentale della prospettiva del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e del decreto legge che ha previsto la loro chiusura il 31.03.2015	pag. 221
11.3	Intervista a Ugo Fornari sull'itinerario del dibattito scientifico-culturale e sui diritti delle persone con patologie psichiche prosciolte per vizio di mente nonché socialmente pericolose e sulle prospettive dei servizi psichiatrici giudiziari	» 222
11.4	Indicazioni internazionali, nazionali e regionali elaborate per un piano d'azione per la salute mentale nel quarto decennio di applicazione della legge di riforma psichiatrica 180/78	» 234
11.4.1	Piano d'azione globale 2013-2020 per la salute mentale dell'OMS: contenuti e sua valutazione	» 235
11.4.2	Piano d'azione nazionale per la salute mentale (PANSM): contenuto e sua valutazione	» 235
11.4.3	Piano di azione per la salute mentale (PASM) del Piemonte del 2019	» 237
11.4.4	Valutazione sintetica delle indicazioni per un piano di azione per la salute mentale prodotte a livello internazionale nazionale e locale	» 238
11.5	Le condizioni di vita dei malati di mente e delle famiglie e loro prospettiva nel quarto decennio di applicazione della riforma psichiatrica	» 238
12.	L'impatto della pandemia da Covid-19 sul funzionamento dei dipartimenti di salute mentale all'inizio del quinto decennio di applicazione della riforma psichiatrica	» 241
12.1	Caratteristiche della pandemia da Covid-19 e delle misure adottate per contenerne la diffusione e la cura delle persone contagiate dal 21 febbraio 2020 al 5 maggio 2023	» 241
12.1.1	Origine ed etiopatogenesi del Covid-19	» 242
12.1.2	Misure adottate dal governo italiano e dalle amministrazioni regionali per la cura delle persone affette da Covid-19 e per contenere la diffusione della malattia	» 244
12.1.3	L'andamento della pandemia da Covid-19, e la risposta delle istituzioni e della comunità alle misure adottate per debellarla	» 245

12.1.4	Alcuni fattori che hanno influenzato i danni alla salute e all'economia prodotti dalla pandemia da Covid-19 e la programmazione delle misure adottate per superarli	pag. 247
12.1.5	Impatto sulla salute mentale della paura del contagio e delle condizioni di vita determinate dalle misure adottate per contenere la diffusione della pandemia	» 248
12.1.6	Disagi familiari e personali conseguenti alla sospensione delle attività dei servizi scolastici e aziende produttive associate alla limitazione della mobilità e dei contatti sociali imposte dal lockdown	» 249
12.1.7	Fattori di rischio di disturbi mentali a carico degli operatori sanitari e assistenziali	» 251
12.1.8	Compiti degli operatori dei servizi di salute mentale nell'attività di prevenzione e cura dei disagi e dei disturbi mentali a cui erano esposte le diverse fasce della popolazione nella pandemia da Covid-19	» 252
12.1.9	Risorse tecnico-organizzative e umane di cui la comunità italiana si è avvalsa per debellare la pandemia e gli effetti negativi delle misure adottate a questo scopo	» 253
12.2	L'aumento delle patologie mentali causato dalla pandemia da Covid-19 e il suo impatto sullo stato d'animo degli operatori psichiatrici del servizio sanitario nazionale	» 254
12.3	I provvedimenti e le risorse investite per far fronte all'aumento di disturbi mentali causato dalla pandemia: il bonus psicologo	» 255
12.4	Le condizioni di vita dei malati mente e delle loro famiglie e il funzionamento dei dipartimenti di salute mentale conseguenti alla pandemia da Covid-19	» 256
13.	Il dibattito avviato nel 2022 dal saggio di Ivan Cavicchi «Oltre la 180» e quello avviato dai direttori dei dipartimenti psichiatrici, occasioni mancate per l'elaborazione di un piano per il superamento della crisi della riforma psichiatrica	» 257
13.1	Il saggio di Ivan Cavicchi sui primi quarant'anni della riforma psichiatrica esposto nel libro «Oltre la 180» pubblicato il 28 settembre 2022 dalla casa editrice Castelvecchi	» 259

13.2	Il bilancio redatto il 28 novembre 2022 da Ivan Cavicchi sul forum aperto da lui e Luciano Fassari sulla crisi della salute mentale sul quotidianosanità.it sulla 180	pag. 261
13.3	I direttori dei dipartimenti di salute mentale si mobilitano chiedendo alle istituzioni di intervenire perché venga avviato un piano di superamento delle difficoltà di funzionamento dei loro servizi	» 265
13.4	L'assassinio della psichiatra Barbara Capovani avvenuto il 21 aprile 2023 per mano di un infermo di mente, già ricoverato nell'SPDC da lei diretto	» 267
13.5	L'impatto dell'uccisione di Barbara Capovani avvenuta il 21.04.2023 sulle istituzioni e sul mondo degli operatori psichiatrici del Servizio sanitario nazionale	» 268
13.6	La mobilitazione degli psichiatri del SSN per sanare le carenze e le disfunzioni dei servizi di salute mentale	» 270
13.6.1	Allarme sul rischio della deriva neo-manicomiale del sistema della salute mentale italiana lanciato da due giovani psichiatri	» 270
13.6.2	Il rilancio del culto del fondatore di psichiatria democratica proposto in un testo scritto il 28 marzo 2024 da Stefano Naim, sottoscritto da 456 psichiatri dei DSM in una lettera appello inviata l'8 aprile 2024 al Presidente della Repubblica	» 272
13.6.3	Commento dello psichiatra Enrico Di Croce inviato il 10.04.2024 al direttore del quotidianosanità.it a proposito della lettera del collega Stefano Naim sottoscritta da 456 colleghi e inviata al Presidente della Repubblica in data 8 aprile	» 274
13.7	Le condizioni di vita dei malati di mente e delle famiglie e loro prospettive nel periodo 2022-2024 di applicazione della legge 180/78	» 275
14.	Le tappe cruciali della psichiatria occidentale dagli asili per insani alla legge italiana 180/78 abrogativa degli ospedali psichiatrici	» 277
	Introduzione	» 277
14.1	La nascita della psichiatria asilare e la doppia valenza originaria del suo ruolo, sanitario e di controllo sociale	» 277

14.2	Le tenebre della psichiatria asilare e gli sprazzi di luce che evidenziarono il suo ruolo di istituzione per il controllo sociale	pag. 280
14.3	Valore e limiti delle innovazioni introdotte in Europa nell'ambiente di alcuni asili per insani/manicomi tra la fine del Settecento e la prima metà del Novecento	» 282
14.3.1	Le innovazioni introdotte nella psichiatria asilare francese, da Pinel ad Esquirol	» 282
14.3.2	Le innovazioni introdotte nella psichiatria asilare del Regno Unito, da William Tuke a Maxwell Jones	» 283
14.3.3	Le innovazioni introdotte nell'ambiente dei manicomi/ospedali psichiatrici nel Regno d'Italia	» 284
14.4	Il contributo apportato alla cura dei malati di mente dalla ricerca scientifica condotta secondo il modello biomedico e dalla nuova psicofarmacologia	» 286
14.5	L'impatto dell'organizzazione mondiale della sanità (OMS) sulla promozione del diritto alla salute e sul movimento per l'igiene mentale nelle democrazie liberali	» 287
14.6	I modelli teorici e organizzativi ideati nei paesi occidentali in materia di salute mentale prima e dopo il dibattito internazionale sulla psichiatria tradizionale	» 288
14.6.1	Il movimento per la riforma psichiatrica degli USA	» 288
14.6.2	La riforma psichiatrica del Regno Unito del 1959 e della quinta repubblica francese del 1960	» 289
14.6.3	Il movimento per la riforma psichiatrica italiana negli anni Sessanta	» 290
14.7	Un passo rilevante verso l'abrogazione dei manicomi: la riforma psichiatrica Mariotti prevista dalla legge n. 431/68	» 290
14.8	Le diverse proposte di superamento dei manicomi nel periodo compreso tra la riforma Mariotti n. 431/68 e la riforma 180/78	» 292
14.9	La corsa verso l'abrogazione degli ospedali psichiatrici nel nono anniversario della legge 431/68	» 294

15. Il bilancio dei servizi per la salute mentale in prossimità del cinquantesimo anniversario della riforma psichiatrica del 1978 e il futuro dei malati di mente e delle loro famiglie	pag. 295
15.1 Valore innovativo e limiti della normativa della riforma psichiatrica del 1978	» 297
15.2 Il bilancio dei primi dieci anni di applicazione della riforma psichiatrica del 1978	» 299
15.2.1 L'impatto della riforma sulle condizioni di vita delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici in stato di autonomia relazionale	» 300
15.2.2 L'impatto della riforma sulle condizioni di vita dei ricoverati degli ospedali psichiatrici in stato di insufficiente autonomia relazionale	» 300
15.2.3 L'impatto della riforma sulle condizioni di vita delle persone con alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici ospedalieri	» 301
15.2.4 L'impatto della riforma sulle condizioni di vita dei malati di mente in Regione Piemonte	» 301
15.2.5 Valutazione riassuntiva dell'impatto della riforma sulla condizione di vita dei malati di mente e delle loro famiglie	» 302
15.3 Il bilancio del secondo decennio di applicazione della riforma psichiatrica	» 303
15.3.1 I provvedimenti normativi emanati in materia di organizzazione dei servizi e delle strutture previste per il conseguimento degli obiettivi della riforma, alla fine del secondo decennio della sua applicazione	» 303
15.3.2 Valutazione riassuntiva dell'impatto della riforma nel secondo decennio della sua applicazione sulla condizione di vita dei malati di mente e delle loro famiglie	» 304
15.4 Il bilancio del terzo decennio (1998-2008) di applicazione della riforma psichiatrica del 1978	» 304
15.4.1 Il progetto obiettivo tutela della salute mentale 1998-2000 e la sentenza n. 253/2003 della Corte costituzionale	» 305
15.4.2 Valutazione riassuntiva delle condizioni di vita dei malati di mente e delle loro famiglie nel terzo decennio di applicazione della riforma	» 305

15.5	Il bilancio del quarto decennio (2008-2018) di applicazione della legge di riforma psichiatrica 180/78	pag. 306
15.5.1	L'impatto dell'abrogazione degli ospedali psichiatrici giudiziari sul funzionamento dei dipartimenti di salute mentale	» 307
15.5.2	Valutazione riassuntiva delle condizioni di vita dei malati di mente e delle loro famiglie nel quarto decennio di applicazione della riforma	» 308
15.6	Il bilancio dei primi sei anni (2018-2024) del quinto decennio di applicazione della riforma	» 308
15.6.1	L'impatto del Covid-19 sulla salute dei cittadini italiani e sul funzionamento dei dipartimenti di salute mentale	» 309
15.6.2	L'uccisione di Barbara Capovani avvenuta il 21 aprile 2023 per mano di persona con disturbi mentali di natura e gravità tale da renderla socialmente pericolosa	» 310
15.7	La mobilitazione degli psichiatri dei dipartimenti di salute mentale per migliorare le loro difficili condizioni di lavoro	» 311
15.8	Ipotesi per il rilancio della riforma psichiatrica del 1978 e per la definizione di un nuovo piano per la sua attuazione	» 312
15.8.1	Considerazioni ad uso anche del Ministro della salute in carica per provvedimenti a breve termine volti a migliorare i servizi di salute mentale	» 315
15.8.2	Ipotesi di istituzione di una commissione di studio per un piano a medio termine orientato a rilanciare la riforma psichiatrica del 1978 modificando e implementando i provvedimenti organizzativi adottati nei primi 46 anni della sua applicazione	» 316
15.9	Considerazione conclusiva	» 317
	Bibliografia	» 319

Presentazione

di *Guido Lazzarini**

Le società, da sempre, hanno isolato coloro che, in qualche modo, creavano problemi di ordine pubblico, convivenza o, semplicemente, presentavano qualche comportamento «diverso» dal comune o si opponevano alle richieste/pretese delle famiglie circa i loro progetti di vita, ricorrendo a varie forme di esclusione sociale, tra cui l'internamento, per salvaguardare, in alcuni casi, l'onore o il capitale di famiglia destinato ad un unico erede. Nel mondo occidentale è prevalsa l'opinione di «chiuderli» in un mondo a sé con l'intento di «curarli», ma soprattutto perché non creassero problemi di ordine pubblico o, semplicemente, non dessero fastidio ad altri. Sono nati così i manicomi: ghetti, lazzaretti, prigioni fini a sé stessi e utili solo a chi ci lavorava.

Nel presente volume il dottor Giuseppe Luciano, con alle spalle una lunga carriera di psichiatra, offre un'analisi puntuale e riccamente supportata da studi e riferimenti ben precisi del percorso dei così detti luoghi di «cura», dal loro nascere fino alla loro soppressione e alle modalità di cura attuali.

Dalla storia dei manicomi, pur trattata con rigore scientifico, traspare il profondo coinvolgimento dell'autore: si sente la sofferenza che tante situazioni hanno provocato, e provocano, in una persona che crede nella sua professione al servizio delle persone bisognose di aiuto. La lettura è affascinante, anche se sembra impossibile che le persone «malate» fossero trattate in maniera così crudele a causa di pregiudizi, incompetenza, interessi di vario genere.

Si ritiene importante riportare alcuni stralci del testo per ripercorrere, a grandi linee, la storia dei manicomi dalla situazione iniziale protrattasi,

* Professore di Sociologia dell'Università di Torino.

con modalità affini, fino alla seconda metà del secolo scorso: luoghi di contenzione pseudo carceraria anziché di cura.

«A partire dal XV secolo, nel mondo occidentale, su prevalente iniziativa di associazioni di carità furono istituiti gli asili di mendicizia. Erano luoghi destinati a dare assistenza residenziale a quanti vivevano in condizioni di estrema povertà (...) e anche individui con alterazioni mentali di vario tipo. Tali soggetti erano denominati insani, lunatici, matti, pazzi, folli, pazzzerelli, maniaci, mentecatti o con altri termini (...) Taluni insani incorrevano anche nelle maglie della Santa Inquisizione, in quanto considerati collusi con la stregoneria o con il demonio... inducendo lo stato a adottare misure atte a controllarli. Tali misure potevano consistere in rituali di esorcismo o in pratiche violente spinte fino alla soppressione del presunto indemoniato. (...) Negli asili per insani aumentavano i reparti per “furiosi”. Di questa categoria di matti facevano parte non solo coloro che erano inclini all’aggressività e alla violenza, a causa della patologia da cui erano affetti, ma sempre di più anche coloro che, pur non avendo originariamente questa caratteristica, l’assumevano reattivamente in quanto ostacolati nella loro spinta a tornare nella condizione di libertà da cui provenivano, oppure in quanto ribelli alla disciplina repressiva a cui erano sottoposti» (cfr. cap. 4).

Pare d’obbligo, nei confronti di queste povere persone, ricordare alcune forme di vessazione cui erano sottoposte. «La misura della contenzione fisica, consistente nei casi estremi nell’incatenamento, a cui venivano sottoposti i “furiosi”, innescava ineluttabilmente nel loro animo la convinzione di essere finiti in una prigione da cui dovevano scappare ad ogni costo, pena la segregazione a vita in una condizione per cui non valeva la pena di vivere. È probabile che questa consapevolezza inducesse gli internati al suicidio molto più che la patologia mentale per cui erano finiti nell’asilo per insani. Sbarrando porte e finestre dei locali di ricovero, si conferiva all’Istituto un assetto carcerario, ai malati una connotazione di internati e agli addetti alla loro assistenza quella di custodi carcerieri».

«A Vittorio Amedeo II che intendeva conseguire il “risanamento della mente dei pazzzerelli” che affollavano le strade della capitale del Regno di Sardegna, i consiglieri di corte suggerirono di costruire un asilo per insani con la denominazione di “spedale de’ pazzzerelli” (1729) lo ospedale fu dato in gestione alla congregazione del S.S. Sudario e non già alla corporazione dei medici. Tant’è che quello “spedale”, dell’impronta della medicina aveva solo il fatto che per ricoverarvi un suddito del Re di Sardegna occorreva una dichiarazione medica che lo giudicasse pazzzerello. Fu, per i pazzzerelli, una vera trappola da cui quasi mai riuscirono a fuggire. Se avessero tentato di farlo sarebbero stati legati al letto di contenzione fino a quando non si fossero rassegnati al loro destino di reclusi» (cfr. cap. 2).

Man mano che si scorrono le pagine lentamente affiorano barlumi di speranza che le cose possano cambiare. Barlumi che diventano «luci» ad opera di psichiatri che si pongono obiettivi di cura dei malati anziché del loro «internamento» al fine di allontanarli dalla società, ma l'intento di aiutare i «malati» a migliorare la loro salute mentale e a recuperare la loro dignità ha trovato, via via, molti ostacoli nelle istituzioni sia sanitarie che politiche.

«Poiché, dopo essere state sperimentate per secoli, le suddette misure si erano rivelate inidonee a conseguire lo scopo per cui erano state ideate, a proposito dell'insania si fece strada una concezione alternativa. La nuova idea era che gli insani fossero individui affetti da una patologia che aveva colpito la loro mente, ovvero da una malattia mentale... tra la fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento lo psichiatra francese Philippe Pinel introdusse nella cura dei malati di mente il "trattamento morale", liberando gradualmente dalle catene quelli "furiosi": aveva certamente intuito quanto oggi sappiamo con chiarezza scientifica: la condizione di "furiosi" in cui versavano molti dei ricoverati della Bicêtre non era solo la manifestazione della patologia da cui erano affetti, ma anche e soprattutto, la loro risposta all'assetto violento dell'istituzione».

Come si può ben comprendere, non è facile presentare in sintesi un volume così articolato e complesso che si apre con l'illustrazione del concetto di psichiatria e prosegue, nei primi sette capitoli, con la storia dei manicomi dal loro nascere come luoghi di detenzione fino alla seconda riforma psichiatrica in Italia negli anni 1968-1978.

Nei diversi capitoli successivi l'autore affronta, decennio per decennio, le varie vicissitudini dei provvedimenti legislativi in ordine all'applicazione della legge 180 del 1978 verso l'abrogazione degli ospedali psichiatrici giudiziari e la nascita dei dipartimenti di salute mentale pur con vari limiti non ancora superati anche per la mancata chiarezza dei ruoli delle varie figure professionali che, a vario titolo, ruotano attorno alle persone con disturbi mentali. Col passar del tempo, nonostante l'inerzia di alcuni politici responsabili del Ministero della sanità, c'è stata un'evoluzione:

«Il Progetto Obiettivo salute mentale 1994-1996, ebbe, sull'applicazione della riforma psichiatrica un impatto positivo, ma anche un limite. Ebbe, infatti, il merito di indicare a tutte le regioni italiane un modello di organizzazione dei servizi di salute mentale, ma il limite di non prevedere per i servizi di salute mentale un budget di finanziamento pari almeno al 4% della spesa sanitaria, corrispondente alla media di finanziamenti dei paesi dell'Unione europea. Un fatto che potrebbe avere una giustificazione se non fosse stato dimostrato che il modello di organizzazione dei servizi per la salute mentale fosse risultato il più efficiente dei paesi dell'Unione

europea. Dalla letteratura specifica questa dimostrazione non è stata mai fornita. Non è stata fornita neppure la dimostrazione che gli psichiatri e gli altri operatori dei dipartimenti di salute mentale si siano rivelati, nel terzo decennio della riforma 180, provvisti di una professionalità molto più elevata di quella dei colleghi degli altri Paesi nell'Unione europea, del Regno Unito e degli Stati Uniti d'America» (cfr. cap. 10).

L'ultima parte del volume, cap. 15, presenta una approfondita analisi del valore della legge 180 e dei limiti verificatisi nella sua applicazione sia per mancanza di indirizzi precisi dati dal legislatore alle regioni, ormai responsabili della sanità soprattutto circa la gestione dei centri di igiene mentale, sia perché la chiusura dei manicomi è avvenuta troppo in fretta, lasciando molti ex pazienti o sulla strada o a carico delle famiglie, non preparate al ritorno a casa di malati da tempo reclusi sia perché anche l'opinione pubblica e parte del mondo sanitario erano ancora prigionieri dei pregiudizi circa i malati di mente. Oggi, molto spesso, l'assistenza di malati con patologie neurodegenerative, quasi sempre anziani ingestibili dai familiari, sono affidati a RSA pubbliche, ma anche private convenzionate con le ASL e non è raro che la cronaca ci sveli situazioni molto simili a quelle presentate dagli «spedali» di 2/3 secoli fa. Ciò dimostra come la cura dei malati mentali debba fare ancora molta strada prima di arrivare agli obiettivi codificati dall'OMS, cioè il rispetto dei diritti umani delle persone, in qualunque situazione si trovino.

Il volume del dottor Luciano meriterebbe un'analisi ben più dettagliata, ma non è compito di questa breve presentazione dire «tutto»! Per concludere, ci sembra doveroso sottolineare la preziosa serie di suggerimenti presentati per il superamento di queste, ed altre, criticità. Sono suggerimenti dettati da lunga esperienza, molto specifici e puntuali che arrivano a consigliare percorsi interessanti sia per la preparazione dei nuovi medici specializzandi in psichiatria sia per la gestione dei centri di igiene mentale. Il volume può essere considerato certamente una monumentale storia della psichiatria e dei metodi di cura nel mondo occidentale e, in particolare, in Italia, ma anche un'ottima fonte di riflessione per i futuri psichiatri e per quanti sono impegnati, nelle varie strutture, al servizio di chi si trova a vivere una condizione di sofferenza a causa di disturbi, psichici/psichiatrici tanto da assumere il ruolo di «guida» concreta che potremmo definire – con un termine improprio, ma efficace – «Istruzioni per l'uso».

Introduzione

La spinta più recente a scrivere questo libro mi è venuta dal messaggio inviato al paese dal Presidente della Repubblica, il 13.05.2018, per sottolineare che la riforma psichiatrica del 1978, di cui ricorreva il quarantesimo anniversario, si basava su «norme che hanno collocato l'Italia in posizione di avanguardia e, ancora oggi, costituiscono un motivo di orgoglio per la nostra cultura e la nostra civiltà». Dopo questa affermazione condivisa, plausibilmente, dalla quasi totalità degli italiani, il Capo dello Stato ha espresso alcune considerazioni e posto alcune questioni, da cui si poteva intuire il dubbio che l'attuazione della riforma elogiata non fosse avvenuta in modo del tutto soddisfacente.

Tra le considerazioni potenzialmente critiche di Sergio Mattarella ho annoverato il passaggio in cui viene detto che «Non possono esistere luoghi o categorie entro i quali gli individui smettono di essere persone». In proposito, mi è stato inevitabile attribuire al Presidente della Repubblica il dubbio che questi luoghi, anche se in misura ridotta rispetto all'epoca degli ospedali psichiatrici, possano ancora esistere, richiamando i cittadini italiani e gli organi competenti in materia sanitaria al dovere di non farli più esistere.

Riguardo al passaggio del messaggio presidenziale in cui viene sottolineato che «ogni sforzo deve essere destinato allo scopo di non lasciare soli coloro che devono accudire i malati», mi sono domandato se si riferisse al gruppo familiare e alla comunità di appartenenza delle persone affette da «malattia psichica» o agli Amministratori della comunità o agli operatori addetti alla loro cura. A chiunque si riferisse con questa affermazione, ho percepito che il Presidente della Repubblica abbia espresso il dubbio, se non la certezza, sulla persistenza di situazioni in cui le famiglie che devono accudire i malati «sono lasciate sole», come ben sanno

quanti hanno esperienza diretta o indiretta del funzionamento attuale dei servizi psichiatrici.

A proposito della parte del messaggio in cui veniva sottolineata l'importanza della «prevenzione» intesa come «nuova frontiera di un impegno volto a ridurre i potenziali fattori di trauma», non ho potuto non pensare che, con questa considerazione, il nostro Presidente ha inteso sollecitare gli organi competenti a fare un po' più del poco o nulla fatto in materia di prevenzione nei primi quarant'anni dell'applicazione della riforma. In effetti, quanti hanno esperienza, diretta o indiretta, del funzionamento dei dipartimenti di salute mentale sono ben consapevoli che è stato fatto poco persino in materia di prevenzione terziaria, considerato il rilevante fenomeno dei «persi di vista», altrimenti denominati «desaparecidos», intendendo con questa espressione il fatto che non di rado i CSM perdono definitivamente il contatto con i pazienti che hanno in carico.

Al fine di dare un contributo alle questioni poste esplicitamente dal Presidente della Repubblica e ad altre solo accennate, ho ideato un progetto di ricerca, chiedendo la collaborazione dell'assessore alla salute della regione Piemonte e un finanziamento della fondazione Compagnia San Paolo di Torino. Poiché l'assessore Icardi è rimasto in silenzio e la Fondazione ha risposto di essere impegnata a finanziare altre ricerche, ho dovuto fare da solo. Ho pensato che fosse meglio che non fare nulla, consapevole che, altrimenti, la ricerca sarebbe in mano esclusivamente a chi detiene il potere politico ed economico.

Il mio lavoro è stato difficile anche perché la stragrande maggioranza degli psichiatri a cui ho chiesto un'intervista, con l'eccezione di Paolo Arnaud, Enrico Di Croce, Ugo Fornari, Giorgio Gallino e Vincenzo Villari non mi ha dato la disponibilità a collaborare. Da segnalare, in particolare, il caso di uno psichiatra, attualmente in pensione, che rifiutò di concedermi un'intervista quando seppe di dover rispondere alla domanda sull'uso dei mezzi di contenzione nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, di uno dei quali era stato responsabile. Caso particolarmente significativo, trattandosi di un medico che vantava, tra i suoi meriti, quello di avere contribuito all'abolizione dei mezzi di contenzione tradizionalmente in uso nell'ospedale psichiatrico di Torino e di aver partecipato ad una cerimonia, pubblicizzata dagli organi di informazione, in cui si diede fuoco alle «fettucce di stoffa» usate per legare molte delle donne ricoverate in quell'ospedale.

Nell'ipotesi che il lettore medio italiano potesse essere interessato all'argomento trattato in questo libro, nei primi tre capitoli ho presentato i concetti di base della disciplina sanitaria che si occupa della prevenzione e cura dei disturbi mentali.

Nella seconda parte ho raccontato la storia delle sofferenze, delle umiliazioni e delle violenze di cui sono state vittime in epoca moderna le persone incorse nel dramma di un disturbo mentale maggiore, inteso come condizione che compromette significativamente le loro capacità di relazionarsi con gli altri. Ho, altresì, raccontato la storia dei successi e degli insuccessi dei provvedimenti introdotti per porre fine all'incubo dei manicomii che gravava sui cittadini italiani, prima della riforma psichiatrica del 1978, evidenziando anche i limiti con cui è stata applicata a tutt'oggi.

Nella terza parte del libro ho esposto il travagliato passaggio dalla psichiatria asilare alla psichiatria sociale e il difficile superamento degli ospedali psichiatrici.

Nella quarta parte ho evidenziato il fatto che, cinque anni dopo il suo messaggio inviato al paese sul valore della riforma psichiatrica, il presidente Sergio Mattarella ha dovuto prendere atto di una lettera accorata, con cui 91 direttori di dipartimento di salute mentale gli segnalavano le precarie condizioni in cui versavano i servizi e le strutture di cui erano responsabili.

A conclusione dell'analisi dei fattori che hanno causato le disfunzioni dei servizi psichiatrici di oggi, con gravi conseguenze sulle condizioni di vita dei malati di mente e delle loro famiglie, ho presentato alcune ipotesi di provvedimenti volti a correggerle.

Con quanto scritto ho inteso dare un contributo all'analisi della questione psichiatrica italiana, confidando di essere stato animato nella ricerca da un atteggiamento con due caratteristiche fondamentali. La prima è la disponibilità a lavorare senza pregiudizi e senza aspettative. La seconda è la disponibilità a provare «il piacere della ricerca» non solo di fronte alla scoperta di fatti tali da confermare le opinioni dominanti nella mia mente in merito all'argomento che ho scelto di approfondire, ma anche e soprattutto di fronte alla scoperta di quelli tali da falsificarle.

Senza queste due caratteristiche un ricercatore sarebbe costantemente esposto al rischio d'un insanabile conflitto con sé stesso e i suoi eventuali collaboratori.

Ringraziamenti

Ringraziamenti a quanti hanno agevolato la scrittura di questo libro e la ricerca su cui si basa, con particolare riguardo a Maura Fassone.

1. Introduzione ai concetti di base della psichiatria e alle sue differenziazioni

Questo capitolo è dedicato ad una ipotesi di definizione della psichiatria e dei suoi concetti di base, quali quello di mente, di salute mentale, disturbo mentale, terapie psichiatriche e prevenzione dei disturbi mentali. Si conclude con la descrizione delle diverse forme di psichiatria. Nell' esporre i suddetti argomenti ho cercato di semplificare al massimo, a beneficio sia del lettore medio che dei giovani medici interessati all'argomento, impegnandomi allo stesso tempo a non incorrere in errori scientificamente inammissibili.

1.1 Ipotesi di definizione di psichiatria, psiche e salute mentale

Per psichiatria si intende la disciplina sanitaria che si occupa dello studio, dello sviluppo e del funzionamento della mente, delle manifestazioni dei suoi disturbi e della loro prevenzione, nonché delle misure organizzative adottate per consentire alle persone che ne sono affette di recuperare rapidamente e in misura più o meno completa lo stato di salute mentale.

Per mente o psiche o apparato mentale si può intendere l'insieme delle funzioni con cui una persona si mette in rapporto con il proprio corpo e l'ambiente in cui vive, elaborando le informazioni che pervengono al suo cervello tramite i sistemi sensitivi e sensoriali di cui dispone (sensibilità dolorifica, tattile, propriocettiva, visiva, uditiva, olfattiva e gustativa).

Le funzioni mentali si differenziano in molteplici categorie. Di esse fanno parte:

- a) il sentimento dell'Io, inteso come senso della continuità della propria persona nel tempo e nello spazio;
- b) la percezione della propria identità personale nei suoi vari aspetti;

- c) le funzioni di controllo delle spinte all'azione che possono provenire dalle emozioni e dalle pulsioni istintuali, oltre che dalla progettazione;
- d) le funzioni della sfera cognitiva, quali la funzione dell'esame di realtà, la percezione, la memoria e il pensiero intuitivo e razionale;
- e) le funzioni della sfera affettivo-emozionale: umore, autostima, sentimenti ed emozioni su cui si basa anche la capacità di dare significato, per la propria integrità benessere e sopravvivenza, a quanto percepito;
- f) la funzione di stabilire relazioni interpersonali e sociali per uno scambio di informazioni e collaborazione con l'altro.

Una persona a cui attribuire lo stato di salute presenta più o meno le seguenti caratteristiche:

1. gode di uno stato d'animo o tono dell'umore abitualmente sereno, anche se per qualche ora o giorno è dominato da ansia o tristezza o altre tonalità affettive piacevoli o spiacevoli;
2. ha la consapevolezza di Sé e dei tratti della propria identità a partire dal sentimento della continuità di Sé nel tempo e nello spazio;
3. gode di un livello di autostima realistico, non troppo elevato né troppo basso rispetto al valore che gli viene attribuito dalla maggioranza degli altri;
4. è dotato della capacità di soddisfare i propri bisogni, da quelli fisiologici a quelli più elevati;
5. possiede la capacità di stabilire relazioni interpersonali e di avere uno scambio di informazioni con gli altri;
6. è dotato della capacità di collaborare con gli altri nella difesa di un bene comune e nell'esecuzione di un compito di lavoro;
7. possiede la capacità di provare emozioni (dolore, paura, tristezza, gioia, ira, ecc.) e di elaborarle in modo da comprendere il significato che possiedono per sé le situazioni che le hanno suscitate;
8. è dotato di valide funzioni cognitive: funzione dell'esame di realtà e la percezione degli oggetti esistenti nel mondo esterno, la memoria e il pensiero razionale e la capacità critica;
9. possiede il controllo delle funzioni motorie volontarie, inteso come capacità di attivarle o inibirle;
10. ha la capacità di alternare il rapporto attivo della mente conscia con il mondo esterno, mediante la veglia vigile, e la sua sospensione con il sonno, secondo l'alternanza sonno/veglia;
11. è dotato, in età evolutiva, prevalentemente della capacità di seguire le indicazioni dei suoi educatori, genitori e insegnanti orientate allo sviluppo della sua personalità e di appropriarsi della cultura della comunità di appartenenza;

12. possiede, in condizioni di idoneità fisica, dall'età adulta fino alla vecchiaia, la capacità di svolgere un'attività di lavoro che gli consente di provvedere alle proprie necessità personali e di procurarsi i mezzi di sostentamento per Sé e la famiglia, rispettando i diritti degli altri;
13. possiede la capacità di affrontare le avversità più o meno gravi che irrompono nella vita quotidiana e in situazioni straordinarie, controllando il disagio che tali avversità gli procurano e di ristabilire lo stato di benessere nei tempi necessari per la maggioranza delle persone.

1.2 Salute e tipi di difesa dai fattori che la minacciano

Nel 1948 l'OMS definì la salute come una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità.

Per ricercare il benessere e difenderlo dagli eventi avversi l'uomo usa il corpo e la mente, nella loro inscindibile unità, avvalendosi anche delle difese della comunità a cui appartiene. Le difese di cui dispone per affrontare gli eventi avversi si possono distinguere in tre categorie: biologiche, psicologiche e sociali.

1. Le difese biologiche, programmate dal genoma, sono presenti alla nascita, si modificano con l'età, raggiungono il massimo dell'efficienza e poi decadono. Un esempio di difesa biologica è il sistema immunitario, un insieme di cellule e molecole proteiche che hanno la funzione di neutralizzare l'azione nociva che esercitano sul nostro corpo agenti patogeni di diverso tipo, quali virus, microbi protozoi, cellule neoplastiche.
2. Le difese psicologiche, nelle loro linee fondamentali, pur essendo programmate dal genoma e presenti già alla nascita, si sviluppano nel corso della vita sulla base delle esperienze relazionali. Costituiscono il sistema mentale, un insieme di funzioni, che hanno il compito di elaborare le percezioni degli stimoli che provengono dal mondo esterno e dal mondo interno e di consentire la comunicazione con gli altri. Le difese psicologiche presenti alla nascita si basano sulla facoltà di percepire gli stimoli nocivi e di segnalarli alla nutrice, con il pianto, inducendola a rimuoverli. Una tappa fondamentale dello sviluppo delle difese psicologiche dell'uomo è quella in cui egli acquisisce la capacità di percepire la paura e schemi di comportamento per sfuggire al pericolo che promuove questa emozione, a cominciare dalla paura degli estranei che si sviluppa solitamente intorno all'8° mese. Una delle difese più importanti è il pensiero razionale.

3. Le difese sociali si basano sulla organizzazione sociale che la comunità si dà per tutelare la sicurezza dei suoi membri dagli eventi avversi che tendono a compromettere il loro benessere. Richiedono il rispetto delle norme che perseguono il bene comune e la cooperazione di tutti i membri della Comunità con gli organi competenti dello Stato. Gli eventi avversi di fronte a cui si può trovare l'uomo nel corso della sua esistenza si possono distinguere in: eventi avversi della vita ordinaria, eventi avversi straordinari ed eventi avversi catastrofici.
 - a) Gli eventi avversi ordinari sono quelli che concernono la vita ordinaria delle singole persone, come traumi accidentali, aggressioni e malattie di varia natura, trasmissibili e non.
 - b) Gli eventi avversi straordinari sono quelli che compromettono nel giro di poco tempo l'integrità psicofisica di una parte più o meno ampia della popolazione che vive un determinato luogo della terra (terremoti, epidemie, esondazioni, guerre con armi tradizionali).
 - c) Gli eventi avversi catastrofici sono eventi che possono minacciare, in un arco limitato di anni, la sopravvivenza della specie umana (guerre con armi nucleari, cambiamenti climatici, ecc.).

Un esempio di come un evento avverso straordinario, che irrompe nella vita di una comunità, possa compromettere lo stato di salute mentale delle persone è stata la pandemia di Covid-19, che all'inizio del 2020 dopo aver colpito una zona della Cina si è estesa in tutto il mondo. I fattori con cui questo evento ha messo a dura prova la salute mentale di una persona sono i seguenti:

1. l'aspettativa ansiosa di essere contagiato dal nuovo coronavirus denominato Sars-Cov-2 e di contrarre, di conseguenza, una malattia delle vie respiratorie denominata Covid-19 che può minacciare la sopravvivenza;
2. l'aspettativa ansiosa che la malattia possa essere contratta dalle persone amate;
3. le sofferenze causate dal Covid-19 quando una persona contrae questa malattia e la conseguente paura di morire;
4. i provvedimenti adottati dalle autorità competenti per evitare che l'agente della malattia possa trasmettersi da una persona malata ad una sana quali:
 - a) l'isolamento a domicilio o in ospedale di chi risulta positivo al test che diagnostica l'avvenuta infezione e di chi proviene da una zona in cui si è manifestata la malattia;
 - b) uso della mascherina nei luoghi in cui si può contrarre o diffondere la malattia;