

Articoli/Articles

RIFLESSIONI SULLA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA
ITALIANA

ESTER STOCCO*, CLAUDIA DARIO**, GIOIA PIAZZI**, PAOLO FIORI
NASTRO**

*Dipartimento Salute Mentale ASL RM/D Regione Lazio, I

**UOD Psicoterapia Villa Tiburtina, Dipartimento di Scienze Psichiatriche e
Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma, I

SUMMARY

HISTORY OF PSYCHIATRIC LEGISLATION IN ITALY

The different models of mental illness which have followed one another in Italian psychiatry have been linked to the history of psychiatric legislation and its various attempts at reform. The first law of the newly United State which unified legislations and former procedures, whose prevalent psychiatric theories were those that referred to degeneration, was the law 36/1904 that set up the asylums. Accordingly psychiatric praxis was focused on social protection and custody, given that the mentally ill was seen as incurable; Fascism added the inmate's obligation to be enrolled in the judicial register. Afterwards numerous attempts to reform the psychiatric legislation were made that eventually gave rise to law 431/1968 which paved the way to territorial psychiatry. Law 180/1978 changed the organization of Italian psychiatry abolishing asylums and the concept of dangerousness, including psychiatry in the National Health Service but adopting an idea of mental illness as simply social unease.

Introduzione

“La psichiatria ha tradizionalmente vissuto in mezzo a ripetute crisi d'identità, difficoltà di collocazione, attacchi da parte di altri

Key words: Asylums - Centres for mental hygiene - Law 180 - Anti-psychiatry

settori"¹. Nel nostro paese queste crisi d'identità sono strettamente intrecciate con la storia della legislazione psichiatrica e dei numerosi tentativi di riforma susseguitisi nel tempo. Nel presente lavoro gli autori si propongono una rilettura del lungo e complesso percorso legislativo psichiatrico italiano. È significativo notare come i tre iter legislativi dell'ultimo secolo non siano giunti ad una legge compiuta dopo il dibattito parlamentare e invece abbiano prodotto tre "leggi stralcio", con pochi e brevi articoli, in cui vengono sanciti principi generali di assistenza, demandando a successivi regolamenti l'organizzazione dell'intervento psichiatrico. Questo ha costretto e costringe ancora oggi la psichiatria ad una difficile navigazione metodologica e pratica stretta tra l'esigenza di interventi in linea con le moderne acquisizioni della scienza e della psichiatria e le nuove domande che l'utenza pone. Le croniche carenze organizzative che hanno raggiunto il loro punto più alto dopo il 1978 fanno sì che la psichiatria italiana soffra ancora oggi di un ruolo secondario rispetto alle altre branche della medicina, nonostante la patologia psichiatrica sia aumentata nella popolazione con conseguenti enormi costi sociali ed economici.

La Legge Giolitti del 1904

Nel 1861, in un'Italia appena unificata, vi erano 897 ospedali, 35 manicomi e 23 ospizi di maternità², ma la professione medica non aveva ancora un ruolo qualificato riconosciuto. Nel 1888 la figura del medico ottiene riconoscimento professionale grazie alla prima legge sulla "Tutela dell'igiene e della sanità" ad opera del governo Crispi³. In quegli anni la borghesia italiana tentava, in un Paese ancora suddiviso in tante realtà diverse, arretrato e con un tasso altissimo di analfabetismo, di affermarsi come rappresentante del progresso, così come stava già accadendo nel resto d'Europa, attraverso la sua caratteristica espressione intellettuale: l'ideologia liberale.

Tra coloro che rappresentavano tale realtà emergente ci sono anche i medici, in particolare gli alienisti per i quali le teorie positiviste costituiscono il fulcro del pensiero scientifico, laico ed obiettivo, in contrasto con le credenze religiose e magiche ancora diffuse nelle scienze mediche⁴.

Nell'Italia preunitaria la gestione della malattia mentale era stata da sempre appannaggio del clero, visto che la maggior parte degli Istituti di assistenza per alienati era a carattere privatistico e gestito dalle Opere Pie. Solo nel 1885 viene emanato un atto legislativo che affida alle Province l'onere del mantenimento dei malati psichiatrici poveri, ma resta confusa la normativa che regola i ricoveri nei manicomi rimanendo in vigore le disposizioni degli stati preunitari. Evidente è il contrasto tra il clero che non vuole perdere il potere di gestione della malattia mentale e il nuovo potere politico che sente forte l'esigenza di mantenere l'ordine pubblico in una realtà sociale in continua espansione, in cui il lievitare della malattia mentale è proporzionale all'aumento demografico. Solo nel 1904, in notevole ritardo rispetto agli altri paesi europei, il parlamento del Regno d'Italia vara la legge n.36, detta legge Giolitti, sui manicomi e sugli alienati. Le difficoltà incontrate nel dibattito parlamentare avevano indotto il legislatore a limitare le disposizioni di legge a 11 brevi articoli e a rinviare al successivo regolamento del 1909 gli atti esecutivi. Nel 1904 le teorie psichiatriche predominanti sono quelle riferite alla degenerazione e alla ricerca del dato istologico e anatomopatologico alla base del disturbo mentale, come è ben evidente nella scelta del nome "Società di Freniatria" in cui gli psichiatri di fine '800 si sono associati⁵. Queste posizioni non sono in contrasto con le esigenze custodialiste e di controllo del nuovo Stato, essendo il malato mentale concepito come un predestinato incurabile. Gli psichiatri italiani, tuttavia, si mostrano subito insoddisfatti della legge, al contrario dei giuristi che la considerarono positiva sia per la tutela della società che per la tutela giuridica degli alienati. Le critiche degli

psichiatri si concentrano sull'eccessiva enfaticizzazione del concetto di pericolosità sociale e sulla sudditanza della figura dello psichiatra alle forze dell'ordine e alla magistratura, con il conseguente pericolo di abusi. La procedura di dimissioni dal manicomio privilegia il controllo giudiziario e rende più complicati i tentativi di dimissione sperimentale già in uso all'epoca. Per i pazienti dimessi dal manicomio o per coloro che non erano mai stati ricoverati, non è previsto alcun intervento extraospedaliero sia preventivo che successivo alle dimissioni⁶. Questi limiti tuttavia non impediscono esperienze alternative al ricovero, già in corso all'epoca. Gli psichiatri nel 1924 intanto, fondano la Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale che promuove la ricerca sulla malattia mentale, l'informazione educativa finalizzata all'individuazione precoce dei predisposti a malattia mentale o crimine, la formazione del personale, la costituzione di dispensari per la diagnosi precoce e la cura ambulatoriale, la costruzione di reparti aperti. Anche se nel 1925 viene presentato il primo progetto di riforma della legge del 1904, è proprio tra il 1925 e il 1926 che vengono varate una serie di leggi illiberali che delineano il passaggio allo Stato fascista, ad opera del ministro Rocco. E' in questo periodo che si aggiunge l'obbligo di iscrizione al Casellario Giudiziario per i pazienti ricoverati nei manicomi, poi inserito nel successivo Codice di Procedura Penale (Codice Rocco) del 1930. Si accentua così il contenuto di salvaguardia della società di una legge già poco orientata in senso medico e prevalentemente indirizzata al controllo e alla custodia del malato⁷. Non mancheranno, anche durante il fascismo, tentativi coraggiosi di aggirare i rigidi paletti imposti dalla legge, come quello del dott. Pieraccini, Direttore del Manicomio di Arezzo che riusciva ad istituire reparti aperti accanto ai manicomi, con ammissioni e dimissioni libere. L'ingresso dell'Italia in guerra, tuttavia, interromperà la discussione di un disegno di riforma (presentato nel 1940 dalla Direzione della Sanità Pubblica), della legge Giolitti in vigore fino alla fine degli anni sessanta⁸.

La legge n. 36/1904 di fatto centralizza l'attività medica nella figura del Direttore del manicomio e affida agli infermieri la conduzione quotidiana dei ricoverati e della struttura stessa; inoltre delega l'amministrazione degli istituti e la gestione di tutto il personale alle Province⁹. Mentre nel Nord e nel Centro Italia queste ne assumono la gestione diretta, nel Sud tale gestione resta di competenza delle Opere Pie con gli enti locali che si limitano a pagare la retta. Il fatto che ancora all'inizio degli anni sessanta gli psichiatri fossero pochi, circa 600 in tutta Italia, dipende anche dal motivo dell'essere considerati degli impiegati amministrativi oltre che dalla scarsa possibilità di formazione, visto che la specializzazione era quella in neuropsichiatria, quindi prevalentemente neurologica, derivata dall'accorpamento nel 1933 delle cliniche di psichiatria e di neurologia. Il Direttore del manicomio è il solo autorizzato a fare diagnosi e a decidere, dopo 15 giorni dal ricovero, la dimissione o l'internamento definitivo dei pazienti.

Ma chi erano i degenti, i ricoverati degli ospedali psichiatrici? Il concetto di alienazione mentale era tanto ampio quanto incerto, perciò venivano ricoverati, oltre ai pazienti che oggi definiamo propriamente psichiatrici, anche quelli affetti da deficit intellettivi, gli epilettici, gli alcoolisti, gli anziani affetti da demenza senile, i bambini cerebrolesi, i ragazzi caratteriali, i portatori di deficit genetici neurologici, i pazienti affetti da disturbi psichici di origine endocrina e i tossicodipendenti, generalmente tutti di bassa estrazione sociale. L'abitudine a ricoverare persone socialmente o economicamente in difficoltà [...] era una prassi iniziata immediatamente dopo la promulgazione della legge del 1904 e aveva causato negli anni un rapidissimo progredire dei ricoveri in manicomio¹⁰.

La Legge Mariotti del 1968

La necessità di mettere mano alla vigente legislazione psichiatrica si rende evidente sin dai primi anni della Repubblica anche perché la legge n.36/1904 è in palese contraddizione con la Costituzione, ma

è solo nel giugno del 1968 che la Corte Costituzionale si pronuncia in merito al procedimento di ammissione nei manicomi definendolo incostituzionale. La prima proposta di riforma della legge Giolitti risale invece al 1951, del deputato democristiano Ceravolo, e contiene due importanti innovazioni riproposte nei disegni successivi: l'abolizione dell'iscrizione al casellario giudiziario e la possibilità del ricovero volontario. Gli anni del dopoguerra sono anni di vorticoso incremento economico, di aumento del reddito pro capite e di enormi cambiamenti sociali, tra importanti flussi migratori dal sud al nord e verso le grandi città¹¹.

Si affaccia la necessità di modernizzare il paese e di fondare una politica di orientamento riformatore che troverà nel primo periodo del centro sinistra una spinta di idee e di programmi a cui seguiranno battute d'arresto e condizionamenti¹². Emerge l'esigenza di un complessivo riordino dell'assistenza sanitaria attraverso il superamento dell'organizzazione mutualistica per riconoscere, così come stabilito dalla Costituzione, il diritto alla salute per ogni cittadino¹³.

In questo contesto si situa sia il lungo e tormentato percorso della riforma sanitaria sia la storia del cambiamento legislativo nell'area psichiatrica che troverà nella legge Mariotti del 1968, iniziativa di un ministro socialista, un primo ma significativo sbocco. La necessità di superare la prassi di gestione della malattia mentale con il ricovero prolungato in ospedale psichiatrico non fu solo un'esigenza politica e un dovere costituzionale. Nasce da un risveglio della psichiatria italiana a partire dal secondo dopoguerra determinato da un insieme di fattori. Nei primi anni cinquanta entra nella prassi clinica degli psichiatri l'uso degli psicofarmaci che con la loro straordinaria capacità di sedare i pazienti agitati, eliminano il bisogno della contenzione e dell'isolamento. L'associazione obbligata tra follia, violenza e pericolosità entra in crisi e i mezzi di contenzione possono essere abbandonati; il medico psichiatra si trova a fare propria una metodologia

clinico-diagnostica a fini terapeutici, con possibilità di attenuazione se non addirittura scomparsa della sintomatologia manifesta.

Un altro importante fattore è dato dalla ripresa della ricerca psichiatrica, in particolare quella fenomenologica, che si caratterizza per il passaggio dalla diagnosi oggettivante al coinvolgimento empatico dello psichiatra: un nuovo strumento di comprensione diagnostica e possibilità terapeutica.

All'inizio degli anni sessanta, in alcuni O.P. prendono così vita attività di rinnovamento nel trattamento delle malattie mentali sull'onda delle esperienze della psichiatria di settore in Francia e della psichiatria di comunità in Inghilterra. In una estrema sintesi ricordiamo solo alcune delle esperienze più significative, come quella socio-comunitaria che Franco Basaglia condusse nel manicomio di Gorizia nel 1962 e divenuta famosa dopo la pubblicazione nel 1967 del libro "Che cos'è la psichiatria", quella comunitaria di Villa Serena condotta a Milano da Diego Napolitani che organizzò una comunità ad impostazione psicoanalitica, o l'esperienza di comunità socio-terapeutica che Sergio Piro condusse presso l'Ospedale psichiatrico Mater Domini di Nocera Inferiore¹⁴. Nell'ambito delle esperienze di psichiatria di settore ricordiamo quella di Padova condotta da Ferdinando Barison che si caratterizzò oltre che per la prassi organizzativa anche e soprattutto come esperienza di ricerca clinica e di approfondimenti psicopatologici di impostazione fenomenologica. Non possiamo poi non ricordare le numerose esperienze psichiatriche alternative come: "Arezzo, Parma, Ferrara, Venezia, Pavia, Varese, Reggio Emilia, e ... l'esperienza pilota di Perugia: tutti luoghi che come Gorizia¹⁵ ma in modi diversi, dimostrarono praticamente come si potesse fare a meno del manicomio"¹⁶.

Un aspetto originale e specifico della psichiatria italiana in quegli anni è dato dalla presenza dell'AMOPI (Associazione Medici Ospedali Psichiatri Italiani), costituitasi nel 1959 come organizzazione professionale e sindacale degli psichiatri degli Ospedali Psichiatrici

(OP) che negli anni sessanta diviene punto di riferimento e interlocutore attivo e critico dell'azione dei governi ai fini di un sostanziale rinnovamento delle idee, ricerche e prassi della psichiatria italiana. Per questo l'AMOPi è portatrice di vari progetti di modifica della legge del 1904, che prevedono l'istituzione dei Centri di Igiene Mentale, la possibilità del ricovero volontario e in generale le linee di riformismo psichiatrico mutuata dalle esperienze di psichiatria di settore francese. Inoltre questa associazione chiede per il personale operante negli OP la parificazione giuridico amministrativa con il personale degli ospedali generali, con una costante rivendicazione dell'identità medica degli psichiatri e del loro ruolo, mirando così ad inserire a pieno titolo la psichiatria nell'organizzazione sanitaria nazionale. L'AMOPi dal 1964 al 1968 instaura una vivace dialettica con l'onorevole Mariotti¹⁷, allora ministro della sanità a proposito delle condizioni dei pazienti degli OP e delle proposte di riforma della legge n.36/1904.

La legge n.431/68 o legge Mariotti, viene approvata nel marzo 1968; si tratta di una legge stralcio costituita da 12 articoli in cui vengono accolte gran parte delle richieste avanzate dall'AMOPi, come l'abolizione dell'iscrizione al casellario giudiziario (art.11), l'introduzione del ricovero volontario (art. 4), l'apertura dei Centri di Igiene Mentale (CIM) (art. 3), l'aumento dell'organico ospedaliero. Gli psichiatri degli OP vengono finalmente equiparati, sul piano contrattuale, agli altri medici ospedalieri e la legge concede loro un'importante libertà operativa. Queste novità rendono meno evidenti le carenze presenti ancora come la separazione della psichiatria dalla medicina, visto che gli OP non sono ancora inseriti tra gli ospedali generali e rimangono sotto l'amministrazione delle provincie, e la mancata soluzione del dualismo operativo tra ospedale e strutture territoriali che rimangono subordinate all'ospedale.

Con l'approvazione delle legge Mariotti in Italia, si sviluppano e si ampliano quelle esperienze di psichiatria di settore che tanto ave-

vano contribuito alla formulazione della legge stessa, ma subito dopo si accentuano anche le già vistose differenze tra gli OP: nelle province del Centro Nord tutti gli istituti attuano le nuove norme relative all'organizzazione e al contratto del personale, mentre nel Sud continuano ad essere gestiti e organizzati come prima della legge. L'AMOPI, sulla scia della vittoria, nel 1970 insieme alla Società Italiana di Psichiatria (SIP) elabora le nuove linee programmatiche: inserimento dell'assistenza psichiatrica nell'organizzazione sanitaria nazionale in prospettiva della riforma sanitaria, integrazione dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri, organizzazione su base territoriale dell'assistenza, équipes multidisciplinari come strumento operativo.

Intanto nel 1958 viene istituita, come insegnamento complementare, la prima cattedra di psichiatria presso la clinica di malattie nervose e mentali dell'Università di Milano. Bisogna aspettare ancora fino al 1962 per la creazione di poche altre cattedre di psichiatria, sempre come insegnamenti complementari. La psichiatria universitaria cerca così di ritagliarsi spazi clinici, dove esercitare una prassi terapeutica e una ricerca qualitativamente diverse dalla caotica situazione degli OP ma sostanzialmente improntate sulla ricerca biologica. Così Napoli con Kemali, Maj e Galderisi diventa un centro per la ricerca neurochimica, Pisa con Marazziti e poi Cassano per la sperimentazione psicofarmacologica, L'Aquila con Rossi e Milano con Cazzullo per la diagnostica per immagini e le prime ricerche di psicosomatica, sempre a Milano con Smeraldi per le ricerche di genetica e con Brambilla per l'endocrinologia.

In questi stessi anni comincia a diffondersi anche in Italia la psicoterapia¹⁸. Nel 1961 due esponenti del gruppo milanese per lo sviluppo della psicoterapia, P.F. Galli e G. Benedetti avviano con Feltrinelli la "Biblioteca di Psichiatria e Psicologia Clinica" e introducono una cultura nuova rispetto alla peraltro scarsa fenomenologia e psicopatologia tedesca pubblicata nel nostro paese. Nel 1966 proprio

da questo gruppo nasce “Psicoterapia e Scienze Umane”, una rivista, ma anche un centro di riflessioni, dibattiti e confronti sia con il mondo accademico che con la psichiatria ospedaliera e territoriale¹⁹. Nell’ambito universitario l’impostazione psicoterapica entra tuttavia con molta difficoltà partendo dall’attività di psicoanalisti ortodossi, come Fornari e Moreno, che proprio nella Clinica milanese propongono la psicoterapia delle psicosi. Nel 1967 viene introdotto il primo insegnamento di Psicoterapia proprio nell’Università di Milano, ma resta un caso isolato²⁰.

Negli anni settanta si vivono grandi fermenti politici e culturali, la stragrande maggioranza degli psichiatri ospedalieri e territoriali è iscritta all’AMOPi il cui gruppo dirigente è formato da psichiatri esperti e preparati, di dichiarata impostazione settoriale, ed ha un unico grande obiettivo: dare alla psichiatria il ruolo e il prestigio di qualunque altra specializzazione medica, rivendicando dignità e diritti sia per gli operatori psichiatrici che per i loro pazienti²¹. Questo obiettivo è condiviso anche dalla SIP i cui iscritti sono in prevalenza universitari ma anche psichiatri ospedalieri e non, e tra questi alcuni del gruppo che lavora all’OP di Gorizia, e alcuni del gruppo milanese per la psicoterapia. Il gruppo Goriziano che fa capo a Basaglia, pur avendo rapporti con quello milanese tramite Paolo Tranchina non ne approva la linea politica e teorica, ritenendo la formazione un problema secondario rispetto alla battaglia antiistituzionale.

Alla fine degli anni sessanta, dopo la pubblicazione de “L’istituzione negata”²², il gruppo di psichiatri: Basaglia, Jervis, Slavich e altri, che ha portato avanti l’esperienza comunitaria dell’OP di Gorizia, raccoglie intorno a sé numerosi altri giovani colleghi e non, costituendo un movimento spontaneo attivo sia nella prassi di gestione dei servizi psichiatrici, ancora prevalentemente ospedalieri, sia nei rapporti con altre associazioni psichiatriche, politiche, sindacali. Una “galassia” di prassi e ideologie diverse che ritroviamo in congressi, convegni e in numerose iniziative e pubblicazioni di quegli anni con propo-

sizioni di denuncia della violenza delle istituzioni, prima fra tutte l'istituzione manicomiale.

Nel 1972 questo gruppo pubblica il primo numero dei "Fogli di Informazione" che, derivati dalla contestazione e dalle lotte antistituzionali precedono la nascita di "Psichiatria Democratica (PD)". Dal primo incontro a Bologna nel giugno 1973, a cui tra gli altri sono presenti Minguzzi, Franco e Franca Basaglia, Slavich, Pirella, Casagrande, alcuni infermieri dell'OP di Gorizia, uno psicoanalista e un giornalista, prenderà corpo il documento programmatico²³. Partendo dalla constatazione che il carcere e il manicomio sono risposte univoche e distruttive a esperienze umane come la malattia e la delinquenza, il documento individua gli obiettivi: combattere l'esclusione propria dei rapporti sociali di produzione e "della nostra società" con le sue norme e i suoi valori, "continuare la lotta al 'manicomio', come luogo dove l'esclusione trova la sua espressione paradigmatica più evidente e violenta [...]", promuovere una battaglia più ampia possibile "per una riforma sanitaria basata su una nuova logica sociale"²⁴. Psichiatria Democratica recluta dunque psichiatri, psicologi, sociologi, assistenti sociali, magistrati e chiunque faccia propria la lotta antistituzionale. Accoglie posizioni ideologiche diverse e spesso in aperto contrasto, le "diverse anime" come le definirà in seguito Casagrande, si confrontano aspramente sulle prassi psichiatriche. I "territorialisti" come Jervis che ritengono necessario partire dai servizi territoriali per combattere dall'esterno l'istituzione manicomiale senza lasciare inevasa la domanda di cura dei pazienti, i "manicomialisti" che invece, come Basaglia, ritengono prioritaria la lotta al manicomio in quanto "causa" dell'esclusione e della violenza subita dal malato²⁵. Si crea in poco tempo un movimento molto attivo, politicamente collegato alla sinistra ed anche al mondo dei mass media che in quegli anni sposano con entusiasmo gli orientamenti e le proposte del gruppo.

In questi stessi anni il Gruppo milanese attiverà corsi e scuole di formazione per psichiatri e operatori psichiatrici impegnati nei servizi

territoriali e pubblicherà la rivista “Psicoterapia e scienze umane”, ancor oggi edita regolarmente. Le posizioni teoriche del gruppo milanese e del gruppo PD si allontanano progressivamente, la psicoterapia viene considerata da PD come un “maligno mezzo di adattamento al sistema piuttosto che uno strumento terapeutico”²⁶.

Contemporaneamente la SIP organizza convegni e congressi anche internazionali, e il suo presidente Cazzullo proprio all’inizio degli anni settanta “comincia l’opera solitaria o quasi di penetrazione nel mondo politico per raggiungere lo scopo di rendere evidente ciò che ormai era una realtà: la necessità di una psichiatria autonoma”²⁷ dalla neurologia. L’impegno e la tenacia del prof. Cazzullo portano alla promulgazione della legge n. 238 del 1976, di soli quattro articoli, che separa l’insegnamento di clinica delle malattie nervose e mentali, in due insegnamenti fondamentali: clinica neurologica e clinica psichiatrica.

Anche il gruppo dirigente dell’AMOPI prosegue una costante pressione politica, partecipa come rappresentanza sindacale alle discussioni delle varie commissioni sanità che fin dai primi anni settanta lavorano alla elaborazione di una riforma sanitaria. Obiettivo primario è evitare che si ripeta, come nel 1968, l’esclusione della psichiatria dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Diventa sempre più evidente che sull’idea dell’impossibilità di riformare gli OP si trovino concordi l’AMOPI, la SIP e il movimento di PD.

La Legge 180 del 1978

Il 13 maggio 1978 viene pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge n.180/78, terza legge di riforma psichiatrica. Questa legge, proposta dall’On. Bruno Orsini, psichiatra e deputato del gruppo parlamentare democristiano (DC) e costituita da soli 11 articoli ha vita breve, viene infatti riassorbita dalla legge n.833/78 di pochi mesi successiva che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La discussione e l’approvazione della legge 180 si intrecciano e coincidono con il dramma del rapimento Moro e segnano un fatto storico: la

chiusura degli Ospedali Psichiatrici e l'inserimento della psichiatria nelle strutture del nascente SSN. Viene abrogata dopo ben settanta-quattro anni la legge sui manicomi del 1904, passata indenne attraverso due guerre, il fascismo, la Costituzione, e solo in parte scalfita dalla legge "Mariotti" del 1968.

Nel 1977 era stato presentato in Parlamento, dopo anni di discussione, il disegno di legge 1252 riguardante la riforma sanitaria. L'assistenza sanitaria era organizzata fino a quel momento su base occupazionale e corporativa attraverso l'organizzazione mutualistica. La proposta di riforma prevedeva lo smantellamento degli Enti Mutualistici e l'universalizzazione dell'assistenza sanitaria in conformità con l'articolo 32 della Costituzione italiana che tutela la salute dei cittadini garantendo la libertà di scelta e la gratuità dell'assistenza sanitaria.

Nel disegno di legge di riforma vengono enunciati alcuni principi fondamentali per la psichiatria: la equiparazione della malattia mentale alle altre malattie con la possibilità del ricovero negli ospedali generali, l'impegno a coinvolgere il paziente nel progetto di cura, l'istituzione di adeguati servizi territoriali, la riqualificazione del personale, il trattamento sanitario obbligatorio previsto esclusivamente per motivi riguardanti la salute, l'attribuzione al Sindaco dell'Autorità sanitaria per tali trattamenti. Alla fine del 1977 il provvedimento viene approvato dalla Camera e passa al Senato per essere discusso²⁸.

Nel febbraio 1978 tuttavia la Corte Costituzionale dà via libera allo svolgimento del referendum promosso dai radicali per abrogare la legge 36/1904. Il Governo si trova costretto a cercare una rapida soluzione per evitare il referendum che altrimenti si sarebbe dovuto svolgere, secondo i termini di legge, nel giugno 1978. Il tempo non è sufficiente al Senato per approvare l'intero disegno di legge sulla riforma sanitaria. Evitare il referendum non significava solo sfuggire il pericolo di un vuoto legislativo in caso di abrogazione, ma soprattutto evitare che la eventuale bocciatura della proposta refe-

rendaria rendesse la legge 36/1904 immodificabile con l'impossibilità dell'inserimento della psichiatria nel futuro SSN. Le motivazioni tuttavia che inducono i legislatori ad inserire la psichiatria all'interno del SSN sono anche di carattere economico. Il ricovero in OP come forma prevalente di risposta sanitaria alla malattia mentale produceva dei costi insostenibili anche in considerazione del progressivo e costante aumento dei degeniti. Il numero di ricoverati negli OP è di 122.000 nel 1955 e di 172.000 nel 1972, mentre la spesa sanitaria passa da 2.137 miliardi di lire del 1970 ai 7.427 miliardi del 1975²⁹. L'On. Orsini incaricato di redigere la proposta di riforma psichiatrica al fine di evitare il referendum, si avvale della consulenza dei rappresentanti delle tre principali organizzazioni psichiatriche dell'epoca: l'AMOPI che aveva partecipato attivamente alla definizione della legge 431/68 sull'assistenza psichiatrica, la SIP che nel 1976 aveva ottenuto la legge 238/76 e PD che si faceva portavoce dei movimenti anti istituzionali.

I dibattiti più importanti e gli scontri più animati sul progetto di legge, proposto in Commissione Igiene e Sanità della Camera, si svolgono prevalentemente dietro le quinte. Le difficoltà evidenziate in modo particolare nel confronto con PD si articolano fondamentalmente su due punti tra loro collegati. Il primo è rappresentato dal ricovero obbligatorio: PD è contraria a qualunque forma di ricovero tanto più se coatto. La soluzione viene trovata inserendo il ricovero coatto psichiatrico all'interno della già prevista regolamentazione delle cure obbligatorie riguardanti altre situazioni di carattere medico quali le vaccinazioni e le malattie infettive. Ciò permette di considerare il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) esclusivamente come atto medico, svincolando il paziente psichiatrico dalla connotazione di "pericolosità" e superando il concetto desueto di "pubblico scandalo". L'indicazione del luogo di ricovero nel quale espletare i TSO determinò l'altro momento di confronto acceso: PD che non voleva affatto posti letto, la SIP che chiedeva vere e proprie

divisioni ospedaliere e l'AMOPi che proponeva dei servizi specifici con 30 posti letto da costituire negli ospedali generali; l'accordo fu trovato sul limite di 15 posti letto negli ospedali generali. Il 2 maggio 1978 la seduta si concludeva con una approvazione pressoché unanime. La legge passa quindi al vaglio della Commissione di Igiene e Sanità del Senato per l'approvazione definitiva. In questa sede il dibattito, più ampio e più critico, mette in luce le contraddizioni che il testo conteneva e che si sarebbero rese drammaticamente evidenti in seguito, con l'applicazione della legge.

Il basso numero dei posti letto e le gravi carenze dei servizi ospedalieri e territoriali sono tra i temi che suscitano le maggiori critiche; dubbi e perplessità via via ribattuti dal Ministro, e dal relatore del disegno di legge per la fretta di concludere, a causa della scadenza del referendum. La legge fu approvata per alzata di mano, e probabilmente è uno dei rarissimi testi con un così rapido e ampio consenso, persino dalla destra.

Il momento politico particolare generava una rara convergenza di interessi ideologici, politici ed anche economici. Sembrano tutti vincitori, ma chi lo è davvero e chi invece dopo il primo euforico entusiasmo si accorge di aver perso? L'AMOPi ottiene una organizzazione psichiatrica molto vicina a quel modello di psichiatria di settore che perseguiva da anni, ma la limitazione del numero di posti letto determinerà il potenziamento del settore privato convenzionato che essa non avrebbe mai voluto. Il vero vittorioso traguardo lo raggiunge sei mesi dopo quando l'assorbimento della 180 nella legge di istituzione del SSN conferisce dignità medica alla psichiatria dopo più di cento anni di lotte. Da quel momento tuttavia, per motivi opposti, si comincia a definire erroneamente la legge come legge Basaglia. Il caos organizzativo previsto e puntualmente verificatosi nella fase successiva di applicazione della legge, scatena un tale inferno mediatico da indurre tutti i firmatari politici a disconoscere la paternità della 180 mentre il movimento di PD se ne appropria e

la rivendica come una conquista della lotta antiistituzionale per la chiusura manicomi. Ma ad onore del vero PD non ottiene affatto le norme che cercava e al suo interno lo stesso Basaglia, comunque critico verso il risultato legislativo, viene pesantemente contestato. La rivendicazione mediatica che essi ne fanno, mitizzando l'espropriazione del contenuto medico dalla psichiatria, offuscherà il movimento di rinnovamento psichiatrico italiano iniziato per lo meno 15 anni prima, in linea con la tendenza internazionale verso la scomparsa dei manicomi e provocherà in seguito, per reazione, il potenziamento nell'ambito della psichiatria, della visione organicista della malattia mentale, apparentemente unica identità medica rimasta.

Discussione

Qualunque legge non ha mai avuto il compito di modificare tendenze politiche e culturali in atto nell'epoca in cui viene formulata, ma casomai può più o meno recepirle. Nel caso della legge del 1904, essa ben raccoglieva le tendenze e gli "umori" dell'epoca poiché era il frutto della convergenza di diverse ideologie teorico-politiche. I legislatori avevano recepito la visione più negativa che le teorie degenerative prima e l'atavismo lombrosiano poi, suffragate dalle teorie evoluzionistiche e dall'eugenetica, avevano alimentato. Il positivismo con la sua razionalità scientifica attraverso la costituzione della Società di Freniatria e lo scontro con lo spiritualismo, aveva cercato di attribuire una identità autonoma alla psichiatria³⁰. La schiacciante vittoria al congresso del 1901 della Società di Freniatria della linea tradizionalista capeggiata da Bonfigli facente capo all'accezione degenerativa ereditaria della malattia mentale, ebbe poi la ratifica legislativa di tale impostazione culturale. La prima legge italiana sulla psichiatria del 1904 obbligò i freniatri ad una prassi custodialistica, a cui essi stessi in parte si ribellarono ma vanamente perché poi tale impostazione trovò conferma e massima espressione

durante il regime fascista e fino al 1968, con l'obbligo di iscrizione del paziente nel casellario giudiziario.

La successiva legge Mariotti del 1968, invece, rappresenta la ripresa sul piano culturale e legislativo di quel percorso ideale di ricerca di una identità psichiatrica. Il risveglio dal letargo culturale e operativo delle ambizioni dei neuropsichiatri manicomiali ha determinato il riconoscimento dell'identità medica, rendendo così legittimo l'abbandono della denominazione di Manicomio per quella di Ospedale Psichiatrico. Con questa legge vengono finalmente riconosciute quelle tre identità di medico, di paziente e di ospedale, a cui, per troppo tempo, era stata negata dignità sanitaria; qui essa però si è arrestata senza arrivare ad una riforma strutturale della prassi, non concedendo infatti al neuropsichiatra il principale strumento operativo, cioè l'interdipendenza tra ospedale e territorio. Il fulcro dell'operare del medico rimane infatti l'ospedale, mentre il territorio resta assai periferico, accessorio e subordinato al primo. Il non aver stretto il legame tra il territorio e l'ospedale psichiatrico costringe l'insoddisfatta AMOPI a continuare coerentemente la sua lotta politico sindacale per realizzare infine il settore e saldare così realmente la psichiatria al servizio sanitario nazionale, di cui condivideva totalmente i presupposti culturali e le conseguenze pratiche in quanto il concetto di settore in psichiatria in fondo anticipa quello di unità sanitaria locale del SSN³¹. L'ospedale psichiatrico però, appena scalfito nelle sue prerogative negative, rimane a fare da bersaglio isolato³² per coloro che, concentrandosi esclusivamente sull'idea segregante, in verità volevano eliminare gli aspetti medici e terapeutici della psichiatria per trasformarla in una forma di disciplina a valenza esclusivamente socio-assistenziale in cui la terapeuticità era delegata all'azione politica³³. Questa incompiutezza fu il punto debole, il *locus minoris resistentiae*, in cui si incunea l'ideologia antistituzionale che si appropria indebitamente della legge 180 del 1978.

Agli psichiatri dell'AMOPI che da vari decenni lottavano testardi per l'abolizione del Manicomio si unisce, nell'ultima parte del percorso, PD che con la 180 vuole l'abolizione non solo dell'ospedale ma anche quella di ogni Psichiatria³⁴. Il 23-12-1978 il SSN, istituito con la legge 833, assume nei suoi principi (art. 1) e nei suoi obiettivi (art. 2) "la tutela della salute mentale inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche", coronando così il lungo e generoso impegno degli *psichiatri-medici*. Tuttavia anche se nella 833/78 gli articoli 33, 34, 35 e 64 assorbono totalmente la 180/78, nell'immaginario collettivo quest'ultima rimane autonoma e attiva, come fosse un corpo separato dal SSN.

Come se ci fosse solo la legge 180, punto e basta, nella visione degli *psichiatri-antipsichiatri*. Essi vedevano e vedono ancor oggi come nemico ogni idea di una gestione medica della malattia mentale³⁵, considerata solo disagio sociale: non esistendo nessuna malattia mentale ovviamente non c'è neanche bisogno di alcun medico. Per lo stesso motivo è stata e continua ad essere chiamata erroneamente legge Basaglia mentre sarebbe senz'altro legittimo denominarla legge Orsini.

Riassumendo sono tre le radici culturali³⁶ che si intrecciano, in una strana congiuntura storica, per dar vita alla legge 180: la prima è la radice cattolica, la più antica e solida, quella rappresentata psichiatricamente da gran parte dell'AMOPI e politicamente dalla DC. La seconda è la radice marxista, quella rappresentata da molti psichiatri e politicamente dal PCI. Infine la terza radice è quella antipsichiatrica di Basaglia e PD, che si nutre di fenomenologia binswangeriana³⁷, di esistenzialismo sartriano³⁸ e di strutturalismo foucaultiano³⁹, e che trova spinta propulsiva fuori dal Parlamento nel movimento del Sessantotto. Tre componenti la cui convergenza si indirizza ad abbattere le mura del manicomio, simbolo e strumento insieme di disuguaglianza e illibertà.

Conclusioni

Certo colpisce che una valutazione più meditata della legge 180 e di quel periodo ancora fatichi a trovare spazio nel dibattito psichiatrico attuale. Come abbiamo cercato di dimostrare

... è lecito far presente che...la grande trasformazione migliorativa della psichiatria italiana non iniziò affatto nel 1978 [...] ma all'incirca 15 anni prima. In ogni caso si può supporre che, comunque, le cose non siano andate nel modo migliore. Se non altro al superamento ed alla scomparsa dei manicomi si sarebbe arrivati in ogni caso, perché questa era da più di dieci anni la tendenza internazionale, a cui l'Italia si stava accodando[...]. Non c'è alcun motivo di rimpiangere il passato; ma, forse, si poteva fare meglio⁴⁰.

Il tema della legislazione ha avuto un'importanza centrale nella storia delle istituzioni psichiatriche italiane; a partire dal 1904 per arrivare al 1978, lo strumento normativo ha promosso attivamente la costruzione di sistemi ben precisi di assistenza psichiatrica. L'ultimo in ordine temporale è quello scaturito dalla legge 180/78, che ha sovvertito completamente l'organizzazione dell'assistenza abolendo l'OP e definendo il principio generale per il trattamento sanitario obbligatorio in linea con i dettami della costituzione. La realizzazione pratica di questo sistema ha però aperto una serie di problemi organizzativi a cui si è cercato di rispondere: immediatamente con la costituzione del SSN e la sua organizzazione su base regionale, successivamente con le leggi regionali degli anni ottanta che di fatto istituiscono il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), e recentemente con i Progetti Obiettivi di tutela della salute mentale del 1994-1996 e del 1998-2000; tuttavia molti problemi organizzativi sono ancora oggi irrisolti. Sono stati spesi trent'anni per trovare quell'organizzazione che poteva consentire la completa deospedalizzazione prevista dalla legge, e offrire risposte a un'utenza che si caratterizzava per l'alto tasso di cronicità⁴¹. Nel frattempo, in questi

trent'anni, molte cose sono cambiate: dallo sviluppo delle neuroscienze⁴², alla scoperta di nuovi e più efficaci antipsicotici⁴³, dalle pratiche riabilitative⁴⁴ alle nuove possibilità psicoterapiche sia individuali che di gruppo⁴⁵, alla prassi clinica sempre più attenta alle fasi più precoci della malattia⁴⁶. Si è messo in evidenza, inoltre, che il presupposto del manicomio come principale causa di malattia e cronicizzazione era completamente infondato, in quanto, dopo trent'anni di assenza di manicomi, si assiste al drammatico fenomeno della "nuova cronicità". In questi anni si è ben evidenziata l'esigenza di risposte sempre più specifiche e legate a percorsi terapeutici e assistenziali differenziati che necessitano di strutture con una *mission* definita e coerente con i percorsi stessi. Attualmente tali esigenze vengono disattese da un'organizzazione del DSM "a rete" che eroga prestazioni genericamente assistenziali senza limite di tempo e senza distinzione di obiettivi, impegnando notevoli risorse professionali ed economiche che oggettivamente rendono marginali interventi più mirati ed efficaci la cui necessità è sempre più evidente. Del resto la ripresa, proprio in questi ultimi anni, del dibattito politico relativo a proposte di cambiamento della legislazione psichiatrica rende necessaria una riflessione sulla storia passata per l'elaborazione e la proposizione da parte del mondo psichiatrico di idee e istanze di rinnovamento sia sul piano clinico che organizzativo, in modo da prevedere e programmare strutture più idonee e interventi terapeutici più mirati e precoci per contrastare la cronicizzazione e rispondere alle domande attuali dell'utenza psichiatrica.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. FARAVELLI C., *Prefazione*. NOOS Aggiornamenti in psichiatria 2008; 1: 5-9.
2. ANTONINI G., FERRARI C., TAMBURINI A., *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*. Torino, Utet, 1918; UGOLOTTI F., *Pano-*

- rama storico dell'assistenza ai malati di mente in Italia. Note e Rivista di Psichiatria*, 1949; 75: 73-148.
3. COSMACINI G., RUGARLI C., *Introduzione alla medicina*. Bari, Laterza, 2000.
 4. TESTA L., PIAZZI A., DARIO C., *Verso la prima legge sull'assistenza psichiatrica in Italia. Teorie e ideologie. Il sogno della farfalla* 2008; 1: 36-55.
 5. PANTOZZI G., *Storia delle idee e delle leggi psichiatriche*. Trento, Centro Studi Erickson, 1994.
 6. FIORINO V., *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*. Venezia, Marsilio, 2002.
 7. CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'unità a oggi*. Milano, Feltrinelli, 1979.
 8. JARIA A., LOSAVIO T., MARTELLI P. (a cura di), *L'Ospedale provinciale S. Maria della Pietà di Roma, vol.III, L'Ospedale psichiatrico di Roma. Dal manicomio alla chiusura*. Bari, Dedalo, 2003.
 9. SCARTABELLATI A., *L'umanità inutile. La «Questione follia» in Italia tra fine Ottocento e inizio Novecento e il caso del Manicomio provinciale di Cremona*. Milano, Franco Angeli, 2001.
 10. STOCCO E., DEL MISSIER G., DARIO C., *Verso la seconda legge per l'assistenza psichiatrica in Italia: la psichiatria alla ricerca di una identità. Il sogno della farfalla* 2008; 2: 68-87.
 11. GINSBORG P., *Storia d'Italia dal dopoguerra a oggi*. Torino, Einaudi, 2006.
 12. CRAINZ G., *Il Paese mancato. Dal miracolo economico agli anni ottanta*. Roma, Donzelli, 2005.
 13. ISNEGHI M., *Breve storia dell'Italia unita*. Milano, Rizzoli, 1998.
 14. LOMBARDO A., *La comunità psicoterapeutica*. Milano, Franco Angeli, 2004.
 15. BASAGLIA F. (a cura di), *Che cosa è la psichiatria*. Torino, Einaudi, 1973.
 16. Cfr. DEL MISSIER G., *La 180: un anniversario conteso. Il sogno della Farfalla* 2009; 1: 90-94.
 17. Cfr. Bollettino dell'AMOPi 1964-68.
 18. MECACCI L., *Psicologia e psicoanalisi nella cultura italiana del Novecento*. Bari, Laterza, 1996.
 19. AA.VV., *Numero speciale del quarantesimo anno. Psicoterapia e Scienze Umane* 2006; 3: 295-746.
 20. FAGIOLI M., *Bambino donna trasformazione dell'uomo*. Roma, Nuove Edizioni Romane, 2007.
 21. Cfr. NOVELLO E., Bollettino dell'AMOPi 1977-1978.

22. BASAGLIA F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino, Einaudi, 1968.
23. TRANCHINA P., TEODORI M.P. (a cura di), *Psichiatria democratica trent'anni*. Pistoia, Centro di documentazione di Pistoia, 2003.
24. AA.VV. *Psichiatria democratica: documento programmatico*. In: TRANCHINA P., TEODORI M.P. (a cura di), *Psichiatria democratica trent'anni*. Pistoia, Centro di documentazione di Pistoia, 2003.
25. DE SALVIA D., *Per una psichiatria alternativa*. Milano, Feltrinelli, 1977.
26. MERINI A., *Il congresso di Bologna del 1975 della Società Italiana di psichiatria e il controcongresso alla Sala Borsa*. *Psicoterapia e scienza umane* 2005, 4: 520-528.
27. CAZZULLO C.L., *Storia breve della psichiatria italiana vista da un protagonista*. Milano, Masson, 2000, p. 38.
28. DARIO M., DEL MISSIER G., PIAZZI A., STOCCO E., TESTA L., *Verso la terza legge sull'assistenza psichiatrica in Italia: la negazione della malattia mentale*. *Il sogno della farfalla* 2008; 3: 26-49.
29. Per un'esauriente ricognizione statistica sui dati relativi ai posti letto in op dal dopoguerra in poi e relativa spesa sanitaria cfr DEL BOCA A., *Un'inchiesta sugli ospedali psichiatrici*. *Notiziario dell'amministrazione sanitaria* 1966; 6: 355; CANOSA R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*. Milano, Feltrinelli, 1979; CORBELLINI G., JERVIS G., *La razionalità negata*. Torino, Bollati Boringhieri, 2008, pp.141-144.
30. FERRO F. M. et al. (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti teorie e vicende della psichiatria italiana tra Ottocento e Novecento*. Milano, Vita e Pensiero, 1989.
31. BALDUZZI E., *L'albero della cuccagna*. Trento, Nicolodi, 2006.
32. GOFFMAN E., *Asylums*. Torino, Einaudi, 1968.
33. Cfr. DEL BIANCO V., *Lo psichiatra deve rimanere medico?* In: FAGIOLI M. (a cura di), *La medicina abbandonata*. Roma 2003, Nuove Edizioni Romane, pp.215-235.
34. SLAVICH A., *La scopa meravigliante*. Roma, Editori Riuniti, 2003.
35. FOUCAULT M., *Storia della follia nell'età classica*. Milano, Rizzoli, 1976.
36. ROSCIONI L., *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*. Milano, Mondadori, 2003.
37. GRMEK M.D., *Storia del pensiero medico occidentale. Vol.3. Dall'età romantica alla medicina moderna*. Bari, Laterza, 1998.
38. BASAGLIA F., *Scritti vol. I, 1953-1968, Dalla psichiatria fenomenologia all'esperienza di Gorizia*. Einaudi, Torino, 1981.

Riflessioni sulla legislazione psichiatrica italiana

39. FOUCAULT M., *Nascita della clinica*. Torino, Einaudi, 1969.
40. CORBELLINI G., JERVIS G., *La razionalità negata*. Torino, Bollati Borin-ghieri, 2008, pp.169-170.
41. JERVIS G., *Il buon rieducatore*. Milano, Feltrinelli, 1977.
42. CIVITA A., *Introduzione alla storia e all' epistemologia della psichiatria*. Milano, Guerini, 1996.
43. BELLANTUONO C., TANSELLA M., *Gli psicofarmaci nella pratica tera-peutica*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1989.
44. GUARNIERI P., *Storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*. Firenze, Leo S. Olschki Editore, 1991.
45. FAGIOLI M., *Storia di una ricerca. Lezioni 2002*. Roma, Nuove Edizioni Romane, 2007.
46. ANDREOLI V., *Un secolo di follia*. Milano, Rizzoli, 1991.

Correspondence should be addressed to:
Stocco E., Via Fusciardi 2-00152 Roma.