

**Fabrizio Mangiameli\***

**TRENT'ANNI A META' DEL GUADO**

**Una conversazione con Pompeo Martelli\* sulle disavventure della Legge Basaglia**

*Partiamo da La razionalità negata, il libro in cui Giovanni Jervis (assieme a Gilberto Corbellini, Boringhieri 2008) “fa i conti” con Franco Basaglia. La pubblicazione, uscita di recente, ha suscitato interesse e non poche perplessità. In particolare i “goriziani”, i più stretti collaboratori di Basaglia, hanno diffuso su Internet una lettera aperta in cui protestano con forza: dicono che il libro sconta una irrisolta questione dell'autore con la sua storia personale...*

Io l'ho trovato interessante. Ci sono aspetti che forse potevano non essere messi in evidenza, i giudizi personali secondo me sono quelli che hanno contrariato di più. D'altra parte nel libro c'è anche la sua storia e molte critiche sono legate ai vissuti dei protagonisti. Però si dicono cose interessanti. Le critiche che fa su alcune esagerazioni degli anni '70 ad esempio, sull'assenza di razionalità voglio dire, secondo me sono giuste...

*A me ha fatto uno strano effetto. Certi rilievi sulla mancanza di una vera metodologia storica in Foucault ad esempio li ho condivisi. Jervis dice che Basaglia fu influenzato da Foucault a partire dagli anni '70, riconoscendogli peraltro l'attenuante, se così si può dire, di aver valorizzato soprattutto il messaggio “politico” dell'opera foucaultiana, quello necessario a sostanziare la sua battaglia per la chiusura dei manicomi. Su Binswanger e Minkowski, sulla psicopatologia d'impronta fenomenologica e sullo stesso Laing le posizioni di Jervis sono più sfumate, ma non arriva mai a disconoscere meriti. Quello che sconcerta forse è una sorta di schizofrenia. Da una parte sembra prendersela con tutta una generazione di sessantottini, troppo attratti dai temi del potere per essere abbastanza efficaci sul piano della psichiatria clinica, dall'altra, magari alla pagina dopo, riconosce i “grandissimi meriti – cito testualmente – di quei giovani spesso privi di grandi poteri e quasi tutti orientati a sinistra che misero in gioco tesori di intelligenza, di senso critico, di disponibilità al*

*lavoro con i pazienti” per far fronte agli anni della transizione. Non so, ma è come se percepisse le stesse persone da due angoli visuali diversi...*

Fa un po' dentro e un po' fuori dalla finestra. Però quando critica lo fa dal presupposto che lui non era come loro, che lui aveva capito fin dall'inizio come sarebbe andata a finire la storia. Prende le distanze dicendo che già quando lavorava in Lucania con De Martino aveva avuto delle perplessità, che il pensiero dell'autore del *Mondo magico* era legato a matrici non validabili e che sì, l'aveva seguito, ma aveva sempre avuto dei dubbi fortissimi. E visto che li aveva avuti con De Martino a maggior ragione non poteva non averli con Basaglia... Ma riconosce che l'impegno c'è stato e certo non disconosce l'importanza della legge.

*Però ne fa un bilancio quasi apocalittico.*

Dopo il '78 in effetti c'è stata una fase di disarmonia delle prassi. Negli ospedali psichiatrici c'erano ancora delle commistioni del tutto tradizionali, consequenziali alle attività che venivano portate avanti fin dagli anni '50. Dopo la legge, che è del '78 appunto, qui al Santa Maria della Pietà abbiamo avuto reparti dove non succedeva niente, ma proprio niente. Esattamente come prima, come ai tempi del dopoguerra. Per un certo periodo abbiamo addirittura avuto due Direttori. Era una situazione veramente atipica, non c'era un programma comune che tendesse a costruire un'alternativa immediata. Del resto la 180 era una legge quadro, bisognava attivarsi per renderla operativa. Da un lato quindi le pratiche messe in campo miravano a produrre delle novità andando incontro ai dettami della legge - e qui bisognava lavorare soprattutto su quello che la legge non diceva in tema di organizzazione dei servizi: come farli nascere, su quali esigenze, a partire da quali persone, come agire sul territorio ecc. Dall'altra c'erano reparti e operatori, ed erano la maggioranza, che ancora pensavano che nonostante la legge avesse vietato i nuovi accessi in manicomio si potesse continuare a operare come se nulla fosse accaduto.

*Com'erano affrontati i nuovi casi di disagio mentale?*

Il problema non fu tanto nella gestione dei nuovi, ma dei vecchi. Perché in realtà non ci volle molto tempo per organizzare i primi servizi esterni. I servizi di emergenza psichiatrica furono attivati abbastanza rapidamente. Il nostro,

quello che ancora oggi è domiciliato nell'Ospedale San Filippo Neri, è un servizio storico ormai, e fu istituito subito.

*Ti leggo il passo in cui Jervis descrive gli anni successivi al varo della legge. Scrive: "Il blocco dei nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici e il loro progressivo smantellamento lasciò un vuoto assistenziale che quasi ovunque fu colmato assai malamente soprattutto per quanto concerne i casi più gravi. Specie nel primo decennio gran parte del carico fu sostenuto per un lato dalle famiglie dei pazienti, con grandissimi sacrifici e non poche vere tragedie, e per un altro lato dalle cliniche private, i cui proprietari erano ben lieti di lucrare sulle rette di degenza rimborsate dalle regioni"...*

Questa cosa va chiarita. Quest'affermazione potrebbe essere vera se noi immaginassimo che Jervis stia descrivendo una sola città. Ma non è così. In diverse regioni, per la diversa storia che avevano quei territori le cose andarono in altro modo. E' generalistica come interpretazione. Non è vero che tutte le famiglie in Italia si trovarono in quella situazione. E' falso che i pazienti dopo il '78 non venivano più presi in carico da nessuno.

*Scusa, ma se una famiglia aveva un figlio con un problema da chi andava? Veniva qua, ma voi gli dicevate che non potevate ricoverarlo...*

No, ti spiego perché è falso. Come ho già detto i servizi d'emergenza furono i primi a essere organizzati, poi dopo vennero gli altri modelli, quelli basati sull'assistenza comunitaria, sulla residenzialità ecc. Ma i servizi di emergenza psichiatrica funzionarono subito. Le famiglie a cui fa riferimento Jervis non erano quelle dei nuovi casi, ma quelle dei vecchi casi. Quelle più in difficoltà non furono le nuove, che si trovavano a gestire una situazione d'emergenza per la prima volta nella loro vita. Furono quelle che avevano avuto in passato delle situazioni d'emergenza, che poi avevano messo a tacere, per così dire, nei manicomi. Ma non accadde dappertutto la stessa cosa. In regioni più avanzate, che avevano uomini di maggior capacità nel gestire la cosa pubblica, e quindi anche la salute pubblica, anche questo fenomeno si riuscì a fronteggiare abbastanza presto. In altre regioni invece questo non accadde.

*E cosa successe in queste regioni?*

Prendiamo Roma ad esempio. E' chiaro che se tu hai una struttura manicomiale divisa in due, con reparti che si attivano

per attuare la legge e altri che continuano a lavorare sul progresso come se niente fosse cambiato, e che anzi tentano in qualche modo di sabotare il nuovo utilizzando il vecchio, facendo dimissioni selvagge “in esperimento” e facendo uscire i pazienti senza protezione, allora lì si creano dei problemi, perché metti in mezzo alla strada persone senza possibilità.

*Sono successe cose del genere?*

Sì. Questo va detto. Ma allora il problema non è la difficoltà provocata dalla legge, ma la difficoltà provocata dagli uomini che non accettano i cambiamenti. In molte situazioni, nelle regioni dove il controllo era più presente, dove c’era più coesione sulla programmazione sanitaria, dove c’era più investimento sull’idea del cambiamento e dove c’erano meno tendenze conservatrici, questo non si è verificato. In altre invece - e il Lazio era una di quelle, come quasi tutte le regioni meridionali del resto - c’è stato questo tipo di fenomeni: un boicottaggio interno della struttura ospedaliera che tendeva a mettere in difficoltà la comunità dicendo: “ti mando questo fuori”, “ti rimando questo a casa” ecc. Questo c’è stato.

*A proposito di comportamenti virtuosi, fra le memorie autobiografiche che ho letto su quegli anni mi ha colpito il libro di Adriano Pallotta intitolato Scene da un manicomio (con Bruno Tagliacozzi, Magi 1998), che lavorò come infermiere qui al Santa Maria della Pietà a partire dal 1959. Quando lo si incontra di persona non è difficile immaginarlo fra quelli a cui anche Jervis riconoscerebbe il merito dell’impegno e della passione. Furono anni difficili ma anche esaltanti per chi fosse consapevole della posta in gioco. Si trattava di trasformare il “perfetto ricoverato”, il paziente ammansito che non ha più reazioni personali e che “si lascia fare”, come diceva Basaglia, in una persona capace di condurre una vita all’esterno: una nuova vita, in parziale o anche totale autonomia. Bisognava preparare i ricoverati a “entrare fuori” insomma, secondo la formula che poi a Roma divenne lo slogan del percorso di deistituzionalizzazione. Un periodo di grande fermento e di straordinarie novità all’interno del Santa Maria della Pietà, con modifiche apportate agli ambienti dell’ospedale per renderli più familiari, abbellimenti degli spazi, scelta di colori per le stanze. E poi quelle prime uscite con persone che vivevano qui dentro da una vita, sapendo che il vero processo riabilitativo parte*

*proprio da questo, dallo scambio di emozioni con altri esseri umani, con quelli che stanno “fuori”. Altro fatto nuovo fu la collaborazione fra medici e infermieri, che prima non c’era. Nel riabituarli i pazienti a nutrirsi, vestirsi, pulirsi le scarpe, utilizzare i mezzi di trasporto, gestire il denaro, andare al cinema e conoscere i propri diritti la sinergia tra operatori si rivelò essenziale. Sono anni in cui alcuni ex pazienti si sposano tra loro e vanno ad abitare in città, mentre all’interno si preparano gruppi omogenei a cui poi l’ospedale, assieme al Comune, troverà le case d’abitazione. Per alcuni di loro ci vollero degli anni, non era facile uscire dopo una vita trascorsa in manicomio. Nascono le prime comunità: quella di Primavalle, dell’Istituto religioso Don Calabria, di Casa Perez, dell’Hotel Beethoven, la Comunità Peter Pan... Poi Via Germanico, Villa Ada, la Comunità Crisalide, Bouville e altre... E’ il periodo di vita lavorativa che Pallotta rivendica con orgoglio, perché dà senso anche all’altro in effetti, quello in cui l’istituzione manicomiale voleva confinarlo al ruolo di “guardamatti”... Ma stavi parlando di immobilismo, e di cliniche private...*

Il tessuto delle cliniche private era già presente prima della legge. Nelle grandi città, Roma era tra queste, le cliniche private esercitavano un controllo sul territorio già dagli anni 50. E’ chiaro che subito dopo il varo della legge queste cliniche hanno intravisto la possibilità di gestire il fenomeno del cambiamento in termini imprenditoriali. Non c’è più il manicomio? E dove le ricovero le persone che si ammalano? Le ricovero nelle cliniche private. Ma anche prima non è che nelle cliniche private non ci si ricoverasse nessuno, erano piene anzi. In molti casi erano strutture messe in piedi dagli stessi primari dei manicomi, che erano anche i padroni della clinica. A Roma ad esempio, sul territorio del Santa Maria della Pietà ce n’erano alcune che erano fatte proprio a misura di manicomio. Il primario assieme ad altre figure imprenditoriali le costruisce qui attorno. C’è proprio una contaminazione geografica. C’era l’ospedale, il manicomio e le cliniche private. Le regole di incompatibilità professionale a quel tempo non esistevano. Nella medicina degli anni ‘50 e ‘60 il concetto di incompatibilità professionale non esisteva proprio, per la semplice ragione che

non esisteva il sistema sanitario nazionale, che sarà varato solo nel 1980...

*E qual era il target sociale di queste cliniche private?*

Quello che poteva permettersi di pagare. Prima del sistema sanitario nazionale il modello di assistenza era quasi tutto mutualistico. La clinica privata si posizionava sul mercato in termini di domanda e offerta in relazione al sistema vigente, che era il sistema mutualistico. Quindi un professore di scuola, mettiamo, che aveva la sua cassa mutua, non si sarebbe mai fatto ricoverare in manicomio. Sarebbe andato prima dallo psichiatra dell'ente mutualistico, e nel caso quest'ultimo avesse ritenuto utile un suo ricovero lo avrebbe mandato in una clinica privata convenzionata. Qui attorno ce n'erano tante, ripeto. In effetti questo fu il problema, che essendo tante sul territorio, quando è venuto a mancare l'ospedale psichiatrico, che era il bacino di ricovero maggiore, le cliniche private hanno trovato un ottimo mercato. Nei nuovi servizi di diagnosi e cura infatti i ricoveri erano a tempo, non erano più tagliati su sei mesi, cinque mesi, ma su tre settimane, quaranta giorni. Quindi i lungodegenti potevano finire in queste strutture. Il Lazio ha fatto i conti con questa realtà e la fa ancora oggi, perché nonostante i progressi, oggi noi abbiamo ancora una forte necessità di strutture residenziali. Una buona parte di queste cliniche psichiatriche, o case di cura neuropsichiatriche come si chiamavano un tempo, dopo il 1999, con la definitiva chiusura di tutti i manicomi d'Italia, si sono riconvertite in relazione alle nuove caratteristiche indicate dalle Regioni, ovverossia in luoghi dove poter avere delle residenze sanitarie protette. Hanno cambiato la loro fisionomia insomma. Ma fin quando il manicomio non era ancora completamente chiuso, hanno continuato a funzionare come una sorta di area di contaminazione: c'è ancora il manicomio? Ci siamo ancora noi come cliniche neuropsichiatriche. E' ovvio che nel momento in cui il servizio pubblico di salute mentale avesse ritenuto utile un ricovero in una struttura protetta – un ricovero che non avesse le caratteristiche dell'emergenza psichiatrica ripeto, ma di un'utilità di assistenza psichiatrica, per consentire meglio un percorso farmacologico sotto controllo medico-infermieristico sulle 24 ore ad esempio, si sarebbe rivolto a queste strutture. A quel punto la clinica veniva accreditata dalla Regione. E i primi

accreditati, sotto il controllo dei centri di salute mentale, furono proprio per le cliniche neuropsichiatriche. A quel punto la clinica non si poteva sottrarre, doveva riservare una parte dei suoi posti disponibili al servizio di salute mentale per le esigenze dei suoi assistiti. In quella quota si andava anche a fargli le pulci. Dammi l'elenco dei ricoverati... Settimanalmente lo si sottoponeva a convalida. La clinica neuropsichiatrica insomma poteva ricoverare, sì, ma passando attraverso un'autorizzazione, che dava comunque il servizio di salute pubblico. Fino a tutti gli anni 90 queste strutture, che preesistevano, ripeto, sono risultate utili e necessarie al sistema. Detto questo bisogna dire che c'è stata, soprattutto nel Lazio, una politica di mantenimento di queste strutture piuttosto che di loro trasformazione. Ma questo fa parte delle capacità e delle incapacità degli amministratori. Ci sono state regioni, come dicevo, che già a partire dalla metà degli anni 80 hanno obbligato queste strutture a ridimensionarsi e a prospettare nuove modalità di servizio. Allora, se tu sei illuminato e ci arrivi dieci anni prima e dici no guarda, non mi serve più la clinica neuropsichiatrica, mi serve una struttura protetta residenziale dove io possa lavorare con te su progetti terapeutici, mi serve il pezzo di servizio che a me manca e ti accredito se ti faccio fare questo, allora... Il Lazio questo non l'ha fatto per almeno quindici o vent'anni.

*E Basaglia che c'entra con questo?*

Niente. Nel Lazio c'era la capitale e c'era uno dei più grandi manicomi italiani, che serviva anche altre regioni. E' chiaro che c'erano le cliniche private, perché era un bacino d'utenza enorme. E' chiaro che Roma non è Perugia, che magari ne aveva una sola. Alcune giunte di centrosinistra si sono battute per ridimensionarle, ma la cosa non poteva andare velocemente in porto, per cui sono rimaste attive. Però Jervis sbaglia a considerare l'universo italiano come fa nel libro: tutto lo svantaggio per le famiglie, tutto il vantaggio per le cliniche private. Se fosse così potremmo dirlo di tutto. Anche della medicina specialistica, non solo della psichiatria. Se tu hai degli interessi a lasciare a briglia sciolta le cliniche neuropsichiatriche la colpa non è di Basaglia... Il problema semmai è che due anni dopo, nel 1980, la legge 180 fu inglobata nella 833, quella che

istituiva il servizio sanitario nazionale. E qui si dovrebbe aprire un altro grande capitolo...

*Torniamo ai manicomi. Perché nel centro-sud ci si mise più di vent'anni a chiuderli definitivamente?*

I malati di mente sono posti letto e i posti letto sono potere. I primari più bravi lavorarono fin da subito per chiudere. In pochi anni fecero quello che tutti avrebbero dovuto fare. I dipendenti venivano trasferiti ad altro incarico nei centri di salute mentale. Il problema del superamento era proprio questo, quello delle resistenze. Erano più problematici gli infermieri dei pazienti. Alla fine alcuni di loro furono costretti ad accettare il trasferimento d'ufficio. Non erano molto felici. Ma non erano solo gli infermieri, erano anche i medici. Certi non facevano proprio niente per cambiare le cose. Molti di loro sono rimasti a "esercitare" nelle residenze protette, quelle cosiddette "a estinzione" (aperte fino alla morte dell'ultimo anziano) che creammo anche qua dentro. Ma lì non c'era più bisogno dello psichiatra, bastava un medico, uno specialista in geriatria. No, loro fuori dall'ospedale non ci volevano andare...

*Tu dirigi un archivio. E' vero che c'è poca documentazione scientifica sugli anni della svolta?*

È vero. È un difetto generazionale. Dal punto di vista quantitativo in campo psichiatrico la produzione scientifica italiana degli anni '30 è dieci volte superiore a quella degli anni '60. Per anni in Italia si sono pubblicati racconti, biografie, bollettini politici: belli, antropologicamente affascinanti, ma con pochi articoli che avessero caratteristiche di scientificità. Ancora dieci anni fa le riviste erano tutte narrative. Solo negli ultimi anni si è ricominciato a scrivere, anche perché si è costretti a scrivere se si vuol continuare a far parte della comunità scientifica. Linee guida, percorsi di valutazione, comparazione di esiti, condivisioni, prove. Il Prof. Michele Tansella a Verona sta facendo un ottimo lavoro. L'area di Verona Sud è gestita dall'università in maniera davvero *professional*. Pubblicano su tutte le riviste internazionali una quantità veramente notevole di articoli (studi e ricerche originali e di qualità, condotte rispettando i criteri e le regole del metodo scientifico) e la rivista *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* diretta da Tansella è diventata un punto di riferimento di riconosciuto valore per molti psichiatri ed operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale,



non solo in Italia, ma anche fuori del nostro Paese. Anche l'archivio che dirigo sta diventando un riferimento per i ricercatori. Abbiamo centinaia di migliaia di cartelle cliniche, dal 1851 al 1999, che stiamo digitalizzando e che saranno messe quanto prima a disposizione degli studiosi in un motore di ricerca sviluppato dal nostro Centro in collaborazione con la Direzione Generale degli Archivi del Ministero per i Beni e le Attività Culturali e la Scuola Normale di Pisa. Stiamo anche curando una serie di videointerviste strutturate ai protagonisti della storia della psichiatria italiana del secondo dopoguerra. In questo gli antropologi, in particolare quelli che si occupano di fonti orali, ci potranno dare un aiuto prezioso, in una certa misura ce lo stanno già dando.

*Negli ultimi tempi si sente attribuire a Basaglia la responsabilità di chissà quali disastri. Qualche senatore ha addirittura depositato in Parlamento disegni di legge per la ricostituzione dei manicomi. Qual è la situazione su questo fronte?*

Siamo abituati a queste cose. Sono grida che riemergono periodicamente, ma non c'è psichiatra degno di questo nome che possa negare a Basaglia il merito di aver fatto un passo da gigante per la corretta impostazione del problema della malattia mentale. Il fatto è che prima di pensare di modificare le regole devi poter mettere in campo le risorse per far funzionare le cose. In Europa la spesa media per le malattie mentali si aggira dal 10% al 12%, in Italia non raggiunge il 5%. Se è vero che le malattie mentali sono un problema serio e complesso allora il 5% non basta. Bisogna incrementare la spesa ovviamente, non lo spreco. La psichiatria richiede interventi lenti e costosi. E' molto più facile in altri campi. Il problema è che la salute mentale è un servizio aperto, non un servizio *on demand*. Non puoi dire, come si fa in altri campi della medicina, "prima di arrivare da me, che sono uno specialista, devi passare per un livello precedente". Questo non va. Con i medici di base la psichiatria deve avere un rapporto di aggiornamento continuo. E allora servono soldi. Risorse umane soprattutto, adesso che l'età media dello psichiatra è cinquant'anni e il numero degli operatori tende a diminuire negli anni. Nel Servizio che io dirigo, così come in altri servizi aziendali, si continua a perdere risorse umane a fronte di un permanente blocco del turn-over: questo è un

problema! Il servizio di salute mentale deve essere un servizio forte. Non è facile amministrare il sistema sanitario perché tutti chiedono. Non accettiamo l'idea che nella sanità ci possa essere un limite delle risorse. Ma è così, le risorse non sono infinite, lo sono le richieste. Oggi la situazione è drammatica. E non puoi solo tagliare, in effetti. Se non hai l'uomo che fa quella cosa, anche con le migliori intenzioni e con un buon management aziendale la lista d'attesa ce l'avrai sempre.

---

\* Antropologo

\* Responsabile della UOS Centro Studi e Ricerche Museo Laboratorio della  
Mente ASL Roma E