

## Volume 19 - 21 Gennaio 2020

---

### Il manicomio invisibile: una storia italiana

#### Autore

Ester Stocco

Psichiatra e psicoterapeuta

[esterstocco@alice.it](mailto:esterstocco@alice.it)

---

#### Riassunto

L'articolo traccia il travagliato percorso della psichiatria italiana alla ricerca della propria identità. Il manicomio nel suo significato letterale di cura della malattia mentale compare e scompare nel tempo in relazione alle crisi d'identità della psichiatria, ai vari modelli di malattia mentale che ne sono seguiti e alla storia della legislazione psichiatrica. Diviene completamente invisibile quando negli anni Settanta l'ideologia di negazione della malattia mentale legata al movimento di psichiatria democratica diventa egemone e si appropria della legge n. 180/1978. Con l'inizio del nuovo secolo grazie al tenace lavoro di psichiatri e operatori è iniziato il superamento di questa ideologia e il manicomio è tornato visibile come ricerca - possibilità di cura della malattia mentale.

---

#### Summary

*The invisible mental hospital: an italian history*

The article outlines the troubled course of Italian psychiatry searching for its own identity. Mental hospital, in its literal meaning as care of mental disorder, appears and disappears across the time in relation to the identity crises of psychiatry, the diverse consequential models of mental illness and the history of psychiatric legislation. It completely disappears in the 1970s, when the ideology of mental disorder denial in relation to the democratic psychiatry movement achieves a leading role and

appropriates the law number 180/1978. At the beginning of the century, thanks to the determined work of psychiatrists and operators, the overcoming of this ideology started and mental hospitals are now visible again as research/care of mental disorder.

---

“La psichiatria ha tradizionalmente vissuto in mezzo a ripetute crisi d’identità, difficoltà di collocazione, attacchi da parte di altri settori” (1); nel nostro paese queste crisi d’identità e i vari modelli di malattia mentale susseguirsi sono strettamente intrecciati con la storia della legislazione psichiatrica e dei suoi tentativi di riforma. Quando nel gennaio del 1980 ho varcato per la prima volta il cancello del San Niccolò ero iscritta al quarto anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università di Siena, dovevo scegliere in quale istituto chiedere la tesi di laurea e volevo anche capire se l’interesse per la realtà mentale che avevo già negli anni del liceo poteva corrispondere al mio futuro lavoro. In televisione e su tutti i giornali infuriava la polemica sulla legge 180/78 e sui disastri che l’improvvisa chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OO.PP.) stava provocando. Non ero mai entrata in un OP, ne sapevo solo quello che i media raccontavano e l’immagine che emergeva era terribile, i maltrattamenti e la coercizione denunciati erano tali che il termine manicomio, usato per parlare di OP in senso dispregiativo era diventato sinonimo di lager. La chiusura improvvisa dei ricoveri però aveva creato una situazione ancora più drammatica; i giornali riportavano dati allarmanti di un aumentato numero di suicidi e di gravi problemi di abbandono nei confronti dei pazienti dimessi mentre la carenza di strutture territoriali e ospedaliere rendeva drammatiche le condizioni di coloro che necessitavano di assistenza e ricovero. Tutto questo per me era allora un po’ sfumato e lontano; l’esigenza di comprendere se e come potevo lavorare in psichiatria si univa alla curiosità di avvicinarmi al malato di mente e mi portava al San Niccolò, storico OP di Siena. L’insegnamento di clinica psichiatrica in aula aveva rinnovato il mio antico interesse ma non avevo trovato nell’istituto e nel reparto della psichiatria universitaria nessun reale rapporto con i pazienti, i posti letto erano pochi e i degenti erano per lo più di interesse neurologico. L’istituto e il reparto stessi erano nati solo quattro anni prima con l’approvazione della legge 238/1976, più nota come legge Cazzullo dal nome dello psichiatra che tenacemente per molti anni l’aveva proposta e sostenuta. Questa legge aveva separato l’insegnamento di ‘Clinica delle malattie nervose e mentali’ in due insegnamenti fondamentali di ‘Clinica neurologica’ e di ‘Clinica Psichiatrica’ (2) (nota 1).

Accompagnata solo dalla mia curiosità e senza sapere nulla di questo grande ospedale psichiatrico varco l’imponente cancello aperto senza incontrare nessuno, attraverso un giardino bello e ben curato, entro nel primo bellissimo edificio dove chiedo del direttore e con mia grande sorpresa vengo subito ricevuta dalla direttrice dell’OP la dottoressa Lidia D’argenio. La stanza era spaziosa e in penombra, la dottoressa di corporatura minuta seduta dietro una grande scrivania sembrava ancora più piccola ma alla mia richiesta di frequentare l’ospedale ha risposto con piglio manageriale, una voce acuta e puntigliosa: potevo farlo ma non potevo chiederle nessun attestato della mia frequenza. Rassicurata dalle mie parole, la direttrice mi ha fatto accompagnare dal dott. Arturo Casi primario dei reparti di ‘clinoterapia uomini e clinoterapia donne’ situati proprio nell’edificio centrale. Ho iniziato a frequentare i reparti da quel primo giorno, il dott. Casi dopo un lungo colloquio mi ha permesso di seguire le sue visite giornaliere. Da quel giorno regolarmente tre - quattro volte a settimana per due anni e mezzo ho lavorato e imparato tanta medicina e psichiatria vivendo la vita dei due reparti. Il caposala sig. Valenti e tutti gli infermieri mi hanno ‘adottata’ mi hanno accolto e raccontato con delicatezza quello che era accaduto tanti anni prima; così pur non avendole mai viste ho saputo e compreso l’insensatezza delle terapie di shock: ‘le cosiddette combinate’ l’insulinoterapia in aggiunta all’elettroschok, e la violenza dei bagni gelati, delle immersioni forzate, della malarioterapia e della piretoterapia. Al San Niccolò ho studiato

le cartelle dei tanti pazienti ancora ricoverati, ho preparato alcuni esami nella grande bella biblioteca, dove con sorpresa ho trovato libri antichi, moderni e tante riviste italiane e internazionali. Seguita dal primario e dal suo aiuto ho imparato a fare colloqui e visite psichiatriche. Dopo alcuni mesi il dott. Casi mi ha presentato due pazienti, un uomo e una donna dicendomi di seguirli senza leggere le loro cartelle cliniche, questo per poter avere fin dal primo approccio con un paziente quell'immediatezza necessaria alla comprensione della loro storia e della loro malattia. Questa esperienza, il rapporto con i due pazienti prima e con i tanti altri poi, con il caposala, gli infermieri e i medici, sono stati molto importanti per la mia formazione personale e professionale. Accompagnata dal primo dei due pazienti affidatami ho visitato solo dall'esterno l'intero complesso, molto più grande e più curato di quello che pensavo. In un terreno molto vasto si trovavano giardini e terreni coltivati, i numerosi padiglioni distanti gli uni dagli altri diverse centinaia di metri, un forno, l'officina, la lavanderia, complessivamente dava l'idea di una piccola città autosufficiente.

Il mio accompagnatore, un uomo di circa 60 anni, sempre ben vestito e dai modi eleganti, era molto fiero di farmi da guida e mi raccontava passeggiando le caratteristiche dei luoghi, le attività che vi si svolgevano e i compiti che lui stesso aveva avuto nei 30 anni di ricovero al San Niccolò.

Con l'altra paziente invece passeggiavamo nel giardino parlando della sua storia in ospedale: era una donna di circa quaranta anni, con un abbigliamento originale e vivace, parlava veloce veloce e ogni mattina si incipriava il viso con uno strato molto evidente di borotalco bianco. Era stata ricoverata venti anni prima, era stata molto male ma ora stava meglio; da me voleva notizie del mondo esterno. Mi ripeteva spesso, con una certa timidezza, di non voler lasciare il San Niccolò; nonostante l'incoraggiamento dei medici e degli infermieri aveva iniziato a uscire autonomamente solo da pochi giorni, era felice e ancora un po' spaventata di poter andare in giro per la città e rientrare poi in ospedale ma temeva davvero con tanta angoscia di essere dimessa definitivamente.

I reparti, ancora tanti e affollati li ho invece visitati accompagnata dal caposala, un uomo che lavorava in ospedale da moltissimi anni, gentile e paziente con tutti, mi ha raccontato la storia e l'evoluzione di ciascun reparto, con una delicatezza attenta a non spaventarmi con immagini troppo crude, ripetendomi spesso che l'uso degli psicofarmaci alla fine degli anni Cinquanta e la legge Mariotti (legge n.431/1968) avevano cambiato il volto dell'ospedale per sempre. Tutti i reparti erano doppi, uno per gli uomini e uno per le donne, la maggior parte aveva camerate enormi, ciascun reparto aveva caratteristiche specifiche determinate dalla funzione e dal tipo di pazienti che vi erano ricoverati: l'accoglienza dove venivano accolti i pazienti per i 30 giorni di osservazione, reparti in cui i pazienti venivano ricoverati se contraevano malattie fisiche, il reparto per la clinoterapia, reparti per 'signori', per lavoratori, e per anziani, il reparto per malati mentali affetti anche da tubercolosi e altri ancora (3). L'ospedale alla fine degli anni Settanta aveva 21 reparti con un totale di 1798 posti letto, non so dire esattamente quanti pazienti vi fossero ancora ospitati quando sono entrata nel 1980 ma la sensazione è stata di un ospedale ancora affollato. La nuova legge sulla chiusura dei manicomi di appena due anni prima, la legge 180/1978 era ancora difficile da applicare completamente, aveva permesso la dimissione di alcuni pazienti, aperto i cancelli, ristrutturato e reso puliti e più luminosi i reparti. L'ultimo reparto che abbiamo visitato è stato quello degli agitati, 'il vecchio manicomio', così lo ha definito il caposala, il reparto dove erano ancora ricoverati i malati più gravi e dove ho trovato pazienti ancora accoccolati o rannicchiati in posizione fetale, per terra, seminudi, deliranti e agitati. Ne sono rimasta sconvolta, è un ricordo che non mi ha più abbandonata ma purtroppo quel ricordo, l'ho ritrovato, invariato, più di venti anni dopo, quando nel 2004 sono entrata nella Comunità terapeutica dell'Az. USL RM/3 che me ne ha affidato la direzione e dove ancora lavoro. La situazione era molto diversa, la struttura moderna e ben arredata, solo dieci

pazienti: quattro donne e sei uomini tutti affetti da una patologia molto grave e con un'età media di 35 anni, vestiti decorosamente avevano tuttavia un aspetto trascurato e lo sguardo vuoto e assente, un tempo immobile e ripetitivo li avvolgeva insieme a tutte le cose, lo stesso sguardo che avevo visto nei ricoverati del reparto agitati al San Niccolò, e anche questi pazienti avevano difficoltà e paura di uscire dalla comunità.

La comunità 'Corviale' è stata aperta nel 2002 un po' in ritardo rispetto a altre regioni che dagli anni Novanta avevano cercato di risolvere il problema della cronicità della malattia mentale, diventato evidente e ineludibile. Alla fine degli anni Novanta si è finalmente iniziato a superare una certa ideologia antipsichiatrica che per molti anni dopo la legge 180/78 aveva impedito l'apertura di strutture comunitarie con l'accusa di ricostruire il vecchio manicomio, di riproporre segregazione e stigma. Come i primi manicomi ottocenteschi anche la comunità 'Corviale' è sorta ai limiti della città, su una bella collina ma la zona era ed è una periferia degradata, una piazza di spaccio e delinquenza, un quartiere dormitorio dove le persone che vi abitano escono al mattino e tornano solo la sera.

La comunità è situata nel quartiere da cui prende il nome, una zona alla periferia di Roma nota per un palazzo enorme costruito negli anni 1975-1984 composto da 3 corpi e detto 'Serpentone' per la forma e le grandi dimensioni. Il complesso principale, quello che ha la forma di una grossa esse che si allunga sulla sommità di una collina, è lungo 960 metri e alto 37 metri per 11 piani, diviso in sei lotti, interamente costruito in cemento armato come gli altri due edifici e in totale ospitano 1200 appartamenti, e una innumerevole serie di abitazioni sorte abusivamente negli spazi comuni e al 4 piano che doveva essere una galleria di negozi. In uno dei due edifici più piccoli, due stecche di cemento armato perpendicolari al 'Serpentone', si trova la comunità, sul lato opposto gli uffici dei vigili urbani e quelli della circoscrizione. La comunità è organizzata su due piani, ospita sei uomini e quattro donne, ognuno ha una camera singola e il bagno è comune a due stanze contigue. Dimensioni dei locali, il loro arredo e un numero non alto di pazienti rendeva la struttura diversa dal 'manicomio', certamente non spersonalizzante, eppure la sensazione che si aveva entrando ricordava quella del reparto agitati del San Niccolò o ancora più precisamente quella che avevo visto nei documentari di ospedali psichiatrici che come lager rinchiudevano i 'matti'.

Ho immediatamente impostato il lavoro coinvolgendo tutti gli operatori della struttura, giovani e inesperti che da due anni sopravvivevano, anch'essi abbandonati, in una struttura inaugurata con tanta pubblicità nel 2002. Abbiamo fatto riunioni giornaliere con gli operatori in turno e settimanali con tutti gli operatori, ho organizzato la giornata in modo che nessun paziente rimanesse inoperoso e solo troppo a lungo, come avevo visto al San Niccolò e in tanti altri ospedali psichiatrici. Ho iniziato subito i colloqui individuali e una psicoterapia di gruppo che sono diventati l'asse portante della comunità. Tutti insieme, operatori e pazienti abbiamo fatto gruppi di lavoro e organizzato gite e uscite collettive, due soggiorni estivi ogni anno. Ho cercato di creare 'il luogo della cura' e insieme la possibilità di uscire da questo luogo per evitare che si creasse l'idea di una comunità in contrapposizione alla comunità, alla società dei 'normali'. Le cose sono cambiate a poco a poco con la costanza dell'intervento terapeutico psicoterapico e socio riabilitativo che ha determinato il coinvolgimento sempre più attivo dei pazienti nella vita quotidiana.

Superata l'emergenza dei primi interventi, ho cercato di comprendere perché il manicomio (mania=follia e Komeo=cura) aveva perso la sua etimologia, quando questa parola era diventata sinonimo di reclusione, e violenza e perché molti anni dopo la sua chiusura trovavo ancora quella terribile realtà. È stato uno studio lungo e complesso che ho condiviso con tre colleghi che come me lavorano in strutture

pubbliche e come me si sono appassionati a una storia di cui, ci siamo resi conto nel tempo, conoscevamo solo la versione più comune. Una storia stereotipata e mistificata dalla cultura antipsichiatrica che dagli anni Settanta ha nascosto quando non annullato tante ricerche e prassi che si erano sviluppate nei manicomi italiani dagli anni Cinquanta e che avevano proposto il 'manicomio' come luogo di cura.

Quest'anno ricorre il quarantesimo anniversario della legge che ha decretato la chiusura del manicomio, la legge 180/78 comunemente ed erroneamente conosciuta come legge Basaglia (4).

Il nome di Franco Basaglia è stato legato alla legge 180/1978 da Indro Montanelli, allora direttore de Il Giornale, che si unì alle critiche e all'esasperazione generale per gli effetti devastanti della chiusura degli OO. PP. spostando la protesta proprio su Basaglia, psichiatra famoso per le sue esperienze antiistituzionali che pur non volendola l'aveva accettata.

La legge n. 180/1978 dovrebbe essere chiamata Legge Orsini dal nome del senatore il relatore di maggioranza che con sapiente e paziente opera di mediazione ne ha stilato il testo coinvolgendo le forze sindacali e politiche e ne ha determinato l'approvazione parlamentare.

Prima di raccontarvi brevemente questa storia però voglio premettere e sottolineare che la legge che ha decretato la chiusura degli ospedali psichiatrici e il superamento definitivo della legge Giolitti che dal 1904 regolamentava i ricoveri in OP non sarebbe stata neppure pensabile senza l'avvento degli psicofarmaci alla fine degli anni Cinquanta, senza le numerose, avanzate esperienze degli ospedali psichiatrici del centro nord (Perugia, Firenze, Varese, Padova, Gorizia) che hanno riportato la psichiatria italiana ridotta a una mera funzione di custodia e di controllo sociale, nuovamente all'avanguardia in Europa, e senza la Legge 431/1968 più conosciuta come legge Mariotti dal nome del ministro della sanità che ne è stato il relatore. La legge di riforma psichiatrica era stata richiesta con forza e tenacia dal sindacato dell'AMOPI, che raccoglieva negli anni Sessanta il 90% dei medici degli ospedali psichiatrici. Questo sindacato con le sue pubblicazioni, i famosi Bollettini dell'AMOPI, aveva creato uno strumento di diffusione e dibattito scientifico prezioso per la psichiatria italiana e un efficace strumento delle rivendicazioni che da anni gli psichiatri stavano portando avanti.

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, da sempre investiti di un ruolo poliziesco, un'importante libertà operativa. Queste novità rendono meno evidenti le carenze presenti ancora nella legge stessa come quelle relative: alla separazione della psichiatria dalla medicina, visto che gli OP non sono ancora inseriti tra gli ospedali generali e rimangono sotto l'amministrazione delle provincie, all'esclusione dei pazienti già ricoverati dalla possibilità di dimissioni anche concordate e alla mancata soluzione del dualismo operativo tra ospedale e strutture territoriali che rimangono subordinate all'ospedale. Con la legge Mariotti possiamo dire che il paziente non è più delinquente, ma il medico è ancora un po' guardiano e il manicomio come luogo di cura del tutto invisibile. Dopo questa legge il termine manicomio divenuto ormai solo sinonimo di coercizione, violenza ed esclusione, viene sostituito con quello di ospedale psichiatrico volendo ribadirne la funzione assistenziale e terapeutica.

"Del decennio fra il 1968 e il 1978 sarebbe forse giustificato dire tutto il male possibile sul terreno delle follie politiche, ma nel campo dell'assistenza psichiatrica si trattò invece di un periodo di grande fermento e di indubbio, notevolissimo progresso. [...] Il merito principale fu di una nuova generazione di giovani medici [...] Dal Piemonte all'Emilia, all'Umbria, alla Campania, negli anni Settanta questi giovani [...] misero in gioco tesori di intelligenza, di senso critico, di disponibilità al lavoro con i pazienti." (5). Nel decennio 1968-1978 la psichiatria italiana può essere schematicamente divisa in due grandi filoni: quello della clinica istituzionale che pur criticando aspramente l'OP vede nell'istituzione la realizzazione pratica di qualsiasi intervento terapeutico e la psichiatria antiistituzionale che vede nell'Op e nell'istituzione la prima e principale causa di segregazione e malattia. Al primo gruppo appartengono tante esperienze di trasformazione comunitaria dell'OP e di psichiatria di settore dove è centrale il ruolo delle équipes multidisciplinari che ha il compito di favorire la prosecuzione del progetto terapeutico dei pazienti dimessi nel territorio e nella vita sociale. Al secondo gruppo appartengono tutte quelle esperienze che nate intorno alla figura e all'esperienza comunitaria di Franco Basaglia a Gorizia si organizzeranno nel movimento di Psichiatria Democratica nato a Bologna nel 1973, rifiutano l'impostazione medica, ne auspicano la scomparsa e la sostituzione con un intervento sociologico, convinti che la malattia sia una conseguenza della reclusione e di una certa impostazione sociale che la crea e la stigmatizza. Queste due diverse impostazioni teoriche e metodologiche avranno nel 1978 l'obiettivo comune della chiusura degli OOPP, obiettivo che anche il governo e l'allora ministro della sanità On. Tina Anselmi condividono e raggiungono in gran fretta nel maggio 1978. L'urgenza era dettata dall'approssimarsi del referendum radicale sulla chiusura degli OOPP, dalla quasi certezza che il referendum non avrebbe chiuso gli ospedali, rendendone impossibile qualsiasi trasformazione e dalla drammatica situazione politica in atto. Il nostro paese stava attraversando uno dei momenti più difficili della sua storia culminato nel rapimento dell'On. Aldo Moro rivendicato dalle Brigate Rosse. In questi frangenti si costituisce un governo di unità nazionale e l'On. Bruno Orsini (psichiatra di Genova) incaricato dal Ministro Anselmi mette insieme le esigenze dei due più importanti partiti nazionali: la Democrazia Cristiana (DC) e il Partito Comunista Italiano (PCI), e degli psichiatri dell'AMOPI e di PD. I due partiti sono accomunati dal punto di vista ideologico: le istanze di solidarietà del mondo cattolico ben si coniugavano con le posizioni del PCI trascinato nell'onda antiistituzionale dei movimenti operai e studenteschi; entrambi i partiti erano consapevoli della necessità di contenere la spesa pubblica per la creazione del Sistema Sanitario Nazionale che di lì a poco sarebbe stato approvato; gli OO. PP. troppo costosi non potevano per questo esserne assorbiti e non avrebbero potuto entrare nel SSN e quindi nell'assistenza pubblica. L'AMOPI e Psichiatria Democratica volevano entrambi la chiusura degli OO. PP., gli psichiatri dell'AMOPI perché li ritenevano inemendabili e chiedevano l'inserimento della psichiatria nel SSN con la creazione di reparti specifici per i ricoveri in acuzie e la possibilità di un ricovero e un trattamento obbligatorio (TSO) quando necessario. Psichiatria Democratica chiedeva la chiusura degli OOPP tout court senza nessun reparto per il ricovero degli acuti ma la presenza di posti letto nei reparti di medicina generale e nessun trattamento sanitario obbligatorio (TSO) considerandolo alla stregua di un "fermo sanitario". L'accordo sul TSO viene trovato 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 TSO esclusivamente come atto medico, svincolando il paziente psichiatrico dalla connotazione di "pericolosità" (nota 2) e superando il concetto desueto di "pubblico scandalo".

Il clima in commissione era molto teso, Basaglia inizialmente si opponeva a ogni compromesso, il clima politico e sociale di quei giorni era più che drammatico. Il 9 maggio 1978 in Via Caetani a Roma, era stato trovato morto il Presidente della Democrazia Cristiana (D.C.) Aldo Moro, ucciso dalle Brigate Rosse dopo più di cinquanta giorni di prigionia; Il 13 maggio 1978 viene approvata dal parlamento per alzata di mano e all'unanimità (solo astenuto il MSI) la legge n. 180/78: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Si chiude così una epoca storica durata ben 74 anni, tanti furono gli anni in cui fu vigente la legge 36/1904.

Il basso numero dei posti letto e la grave carenza dei servizi ospedalieri e territoriali sono i problemi che renderanno drammatica la situazione psichiatrica ancora per molti anni. Saranno necessari ancora venti anni e altre leggi per la definitiva chiusura del OOPP, due Progetti Obiettivi Nazionali per l'istituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) la creazione di servizi psichiatrici territoriali in tutte le regioni.

La legge 180 ha avuto vita brevissima, approvata a maggio, a dicembre dello stesso anno viene assorbita dalla legge n. 833/78 che istituisce il SSN ma la portata sociale, politica e culturale è stata così imponente che per più di venti anni gli psichiatri non potevano parlare di malattia, chiedere ricoveri in ospedale o la creazione di strutture residenziali, senza venir accusati di autoritarismo, di medicalizzazione della follia, di riproposizione dell'esclusione e dello stigma!

Passata la tempesta delle critiche aspre e delle contrapposizioni ideologiche spesso sterili oggi possiamo dire che più la legge che in sé ha avuto solo il difetto di essere una legge quadro, è l'ideologia con cui è stata rivestita ad aver reso il manicomio invisibile: con la malattia è scomparsa anche la cura. La negazione sottesa all'ideologia basagliana ha ritardato e spesso anche deviato la ricerca di una reale possibilità di cura della malattia mentale, sostituendola con interventi assistenziali spesso validi e necessari ma sicuramente non sufficienti ad affrontare la psicosi e il rischio della sua cronicizzazione. La cura della malattia mentale non può che percorrere la difficile strada della ricerca sulla mente umana, di un'impostazione che consenta allo psichiatra e agli operatori che vi si dedicano di poter prendere in considerazione, muniti di una adeguata formazione personale e professionale, i vissuti, gli affetti e le immagini coscienti e inconsce che sono proprie di tutti gli esseri umani.

Con l'inizio del nuovo secolo, grazie al tenace lavoro di tanti operatori psichiatrici, di sindacati e associazioni di familiari, è iniziato il superamento dell'ideologia della negazione della malattia mentale ed è tornato visibile il 'manicomio' nella sua vera, originale accezione: luogo di cura della malattia mentale. Il superamento di questa ideologia oggi consente di pensare il manicomio non solo come un luogo specifico, definito in senso spaziale, ma soprattutto come un assetto mentale, un metodo che non escludendo la realtà psichica e la sua alterazione rende la malattia mentale affrontabile e curabile.

---

## Note

1) Legge 29 aprile 1976, n. 238. Modifica della Tabella XVIII allegata al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1632, per la configurazione autonoma dell'insegnamento della psichiatria e della neurologia, in C. L. Cazzullo, Breve storia della psichiatria italiana vista da un protagonista, Masson, Milano 2000, p.56.

2) La scomparsa del concetto di "pericolosità" evidenzia una contraddizione ed una lacuna della legge. Infatti l'equiparazione delle cure coatte psichiatriche a quelle per vaccinazioni e malattie infettive cela che lo scopo sia sempre la giusta difesa di fronte ad una minaccia per la salute collettiva. Inoltre lo

scotoma sulla possibile pericolosità della patologia psichiatrica ha creato un difetto di gestione della malattia che tuttora rimane ambiguamente sospesa tra le competenze della Sanità e della Giustizia.

---

## Bibliografia

- 1) Faravelli C, Prefazione, NOOS Aggiornamenti in psichiatria, 2008, 49, pp. 5-9.
- 2) Cazzullo C L, Breve storia della psichiatria italiana vista da un protagonista, Masson, Milano 2000, p.56.
- 3) Coli V, Gigli M, Voci dal silenzio Storie di vite negate nell'archivio dell'ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena, Nuova immagine, Siena 2018.
- 4) Dario M, Del Missier G, Stocco E, Testa L, Psichiatria e psicoterapia in Italia dall'unità a oggi, L'asino d'oro, Roma 2016 pp. 398-426.
- 5) Corbellini G, Jervis G, La razionalità negata, Bollati Boringhieri, Torino 2008, p.101.

© 2010-2020 - [Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici](#) - [Termini di utilizzo](#) - [Privacy](#) - [Informativa cookie](#)