

Sei qui: [Home](#) > [Volume 19](#) > Testimoniare il manicomio negli anni delle lotte

## Volume 19 - 21 Gennaio 2020

---

### Testimoniare il manicomio negli anni delle lotte

#### Autore

Gian Piero Petri

Già docente di lettere nella scuola secondaria

---

#### Riassunto

Tramite un'esperienza diretta, ho voluto ricordare quante battaglie sono state combattute per poter giungere alla chiusura degli ospedali psichiatrici. I passi in avanti, le molte delusioni dei pochi operatori che hanno lavorato al raggiungimento di questo obiettivo. L'importanza dell'impegno dei singoli, dimostrata al San Salvi di Firenze da un piccolo gruppo di psichiatri, contrapposta ad una visione più conservatrice presente nella direzione dell'ospedale psichiatrico San Niccolò di Siena.

---

#### Summary

Through the story of my direct experience, I want to remember how many battles have been fought in order to reach the closure of the psychiatric hospitals. I want to highlight the steps forward, the many disappointments of the few operators who have worked to achieve this goal, the efforts made by a small group of psychiatrists at San Salvi of Florence in opposition to a more conservative conception of the psychiatric hospital of San Niccolò of Siena.

---

Fine anni sessanta. Primi tentativi di apertura alla realtà esterna degli ospedali psichiatrici. Un'esperienza in contemporanea al San Niccolò di Siena e al San Salvi di Firenze.

Ringrazio di essere stato invitato a questo convegno anche se non sono un esperto o un addetto ai lavori – sono stato insegnante di lettere - per testimoniare quella che, credo, essere stata una significativa esperienza, diciamo di natura "Basagliana", vissuta con altri studenti universitari negli ospedali psichiatrici San Salvi di Firenze e San Niccolò di Siena che poi ho descritto nella mia tesi di laurea.

Esperienza che spero servirà per mettere in luce la situazione che si viveva allora nei due ospedali, il fermento politico e culturale che si era aperto intorno alla chiusura di queste istituzioni ed il lento cammino pieno di difficoltà e di piccolissimi passi avanti che solo alcuni psichiatri illuminati avevano intrapreso, quasi sempre in contrapposizione con i gestori delle istituzioni e spesso anche contro la pubblica opinione.

Il periodo di riferimento è quello che va tra il '68 e il '70, quindi un momento particolarissimo, pieno di fermenti verso il nuovo e molto politicizzato.

Frequentavo la facoltà di Pedagogia. Al terzo anno una riforma del sistema universitario ci permise di costruire un personale curriculum di studi, scelto tra vari indirizzi, superando il rigido percorso di esami fino ad allora vigente. Scelsi l'indirizzo in psicologia. In quegli anni non esisteva la laurea in psicologia e il dipartimento di Firenze consisteva in tre piccole stanze ed era poco frequentato.

Nei corsi di psicologia sociale con la prof. Francesca Morino cominciammo ad occuparci dello studio delle "istituzioni totalizzanti", conventi, carceri, caserme ed o.p.. Luoghi dove gli internati, per lo più coatti, trascorrono quasi tutta la loro vita che si svolge in maniera programmata dall'istituzione, secondo canoni prestabiliti da una organizzazione rigida e spesso repressiva che spersonalizza l'individuo e mira più a mantenere l'ordine e l'equilibrio interno imposto dal regolamento, che a proporre soluzioni efficaci di cura e di redenzione personale.

I nostri riferimenti scientifici si indirizzavano principalmente verso gli studi di Goffman sulle istituzioni totali (carceri, conventi, istituzioni militari e ospedali psichiatrici); Cooper, il padre dell'antipsichiatria inglese che proponeva una dimensione diversa dell'intervento di natura psichiatrica da effettuarsi al di fuori delle strutture esistenti ed il lavoro in Italia dei coniugi Basaglia. Tutti indicavano nel superamento dell'istituzione psichiatrica l'unica modalità per poter liberare i degenti da una situazione altamente repressiva, far prendere coscienza a tutti delle reali esigenze dei malati mentali e trovare situazioni innovative, per una nuova conduzione di vita di queste persone ed un nuovo approccio verso la malattia mentale.

Visto il lavoro di analisi su queste problematiche che stavamo portando avanti, alcuni psichiatri del San Salvi ci proposero di effettuare una esperienza diretta nell'ospedale psichiatrico con l'intento di verificare le tesi studiate e di aiutarli nell'opera di cambiamento che stavano portando avanti. Esperienza che poi si estese al San Niccolò di Siena, anche se con altre modalità che presto verranno descritte.

L'ospedale psichiatrico di Firenze era al tempo gestito dalla Provincia e contava circa 1400 posti.

Il gruppo di studenti che partecipò all'esperienza comprendeva cinque unità provenienti dalla facoltà di lettere e di pedagogia. Il lavoro durò per circa un anno e si svolse al VI reparto donne dove operavano gli psichiatri Magherini, Tavolaccini e Zeloni che da alcuni anni, anche in collaborazione con il C.E.M.E.A. francese, avevano progettato un percorso di graduale apertura ed autogestione dei reparti con lo scopo finale di inserire alcune lungodegenti in case-famiglia ed avviare sul territorio centri di igiene mentale alternativi all'istituzione psichiatrica.

Il lavoro aveva avuto inizio nel 1963 e all'epoca in cui ci inserimmo aveva già svolto significative esperienze:

- creazione di un giornalino interno scritto da medici, infermieri e degenti sulle esperienze comuni che in breve venne censurato e poi vietato dalla direzione perché ritenuto troppo critico nei confronti dell'istituzione psichiatrica;
- apertura di un bar gestito dalla ricoverate per finanziare feste e gite;
- nel 1968 apertura delle porte del reparto e abbattimento dei muri esterni per poter accedere al giardino;
- nel 1969 apertura sperimentale di una casa famiglia con degenti già guarite e già reinserite nel mondo del lavoro, anch'essa molto osteggiata e criticata per l'autonomia gestionale;
- apertura del reparto anche agli uomini per instaurare rapporti sociali e, perché no, amorosi e sentimentali, volti anche a superare i numerosi rapporti omosessuali che si svolgevano nei reparti chiusi, tollerati dal personale anche religioso dell'ospedale;
- avvio di riunioni programmatiche ed operative tra ricoverati e staff;
- divisione delle ricoverate in piccoli gruppi per abituarle per avviare una socializzazione più stretta ed una elaborazione pratica della vita che avrebbero dovuto intraprendere in due case-famiglia di prossima realizzazione.

A questo punto del lavoro si inserì il nostro gruppo con l'intento di favorire in queste malate lungodegenti un contatto significativo con la realtà esterna e renderle più autonome possibile per affrontare la nuova situazione con cui si sarebbero dovute confrontare.

Il gruppo di lavoro era formato da noi 5 studenti, le infermiere, le suore, i medici e 16 ricoverate lungodegenti, tutte schizofreniche, non più giovani, all'inizio molto pessimiste circa il buon esito dell'esperimento.

Ci adoperammo subito per creare uno spazio fisico accogliente per questo lavoro con la ripulitura e tinteggiatura di un locale, vicino al bar che continuava la sua attività, al momento non in uso per svolgere le nostre attività che consistevano in colloqui comuni, anche alla presenza dei familiari, piccole esperienze artistiche di disegno e ceramica, attività musicale che svolgevamo insieme accompagnandoci con una chitarra. Veniva svolto anche un pranzo in comune per tre giorni la settimana.

La direzione dei vari reparti aveva una struttura piramidale con al vertice i medici psichiatri, quindi le suore e le infermiere che spesso svolgevano il proprio lavoro con un atteggiamento al tempo stesso autoritario e paternalistico. Proprio con suore ed infermiere avemmo alcuni problemi di relazione per il nostro ruolo non ben definito. Ci percepivano in qualche modo come loro superiori in questa gerarchia, ma non riuscivano a comprendere il valore del nostro intervento sebbene si svolgessero riunioni settimanali con lo staff per fare il punto della situazione e programmare gli interventi futuri. Alle riunioni quindicinali partecipavano anche i familiari per la maggior parte scettici e non del tutto convinti di riaccogliere all'esterno queste, molto spesso, lontane parenti che avrebbero volentieri mantenuto nella "accogliente" struttura ospedaliera. Con loro ci impegnammo soprattutto per superare il pregiudizio allora molto presente secondo il quale il malato perde la propria affettività ed è difficilmente reinseribile nella realtà sociale e familiare.

Terminammo il nostro impegno quando, nel 1970, avvenne l'apertura di due case famiglia da 8 posti ognuna che vennero prese in carico ed in gestione direttamente dalla Provincia.

Appena iniziata l'esperienza al San Salvi, l'istituto di psicologia che frequentavamo propose a me ed ad altri studenti di Siena di tentare una esperienza simile al San Niccolò che, al momento, non aveva intrapreso alcuna sperimentazione paragonabile a quella fiorentina, ma che proprio per questo poteva offrirci lo spunto di analizzare una situazione diversa e confrontare poi le due realtà. Ottenuto faticosamente il permesso iniziamo anche la nuova esperienza.

Il gruppo era formato da 10 studenti di Siena frequentanti l'Università di Firenze.

Il San Niccolò era un'istituzione privata gestita in compartecipazione con la provincia di Siena che accoglieva malati anche dalle province di Lucca, Massa, Viterbo, Grosseto.

Erano presenti circa 2000 pazienti. Vi intervenivano un medico per 140 pazienti (rapporto molto alto), 6, 7 infermieri per 50 degenti, 2 assistenti sociali in tutto l'ospedale (allora la legge ne prevedeva uno ogni 100).

L'intervento si protrasse per 10 mesi durante i quali fummo presenti per quattro ore, tre volte la settimana.

La direzione che aveva di malavoglia aderito alla richiesta dell'istituto di psicologia fiorentino non ci permise di individuare alcun obiettivo preciso, né di programmare specifiche attività al di fuori di un generico contatto con i malati volto a colloqui sorvegliati da medici e infermieri. Eravamo ben lungi dall'avviare un tentativo di autogestione paragonabile a quello di Firenze.

Per limitare il nostro raggio di azione invece di farci intervenire in una situazione più aperta, che in parte esisteva, con malati lungodegenti che avevano la possibilità di muoversi, operare nei laboratori esistenti e svolgere lavori all'interno dell'ospedale, ci fecero agire nel reparto di clinoterapia, uno dei più chiusi dell'ospedale.

Vi erano reclusi con grandi sbarre e serrature a doppia mandata circa 50 malati, uomini, con ricovero coatto e, almeno a loro dire, con gravi problemi psichiatrici. Avemmo contatti infatti anche con alcolisti, con affetti da silicosi che erano stati emarginati dalla loro realtà sociale magari per sporadici episodi di violenza o turbamento della pubblica quiete. Almeno questo è quanto riuscimmo a sapere dalle loro testimonianze in quanto non potemmo mai consultare le cartelle cliniche.

Tutti erano trattati con terapia insulinica che prevedeva una iniezione di insulina, cui seguivano vertigini, coma della durata da mezz'ora a due ore. Si iniettava poi in endovena una quantità di zucchero per riportarli alla coscienza. A seconda dell'agitazione degli individui venivano effettuati anche cinque interventi alla settimana. A volte ai ricoverati erano necessari anche molti giorni per riprendersi completamente.

Cominciammo ad incontrarli a piccoli gruppi nel parlatorio del reparto per conoscere le loro storie, ma proprio a causa della terapia a cui erano sottoposti, variavano sempre e non potemmo instaurare un rapporto più stabile e amichevole.

Il direttore ci propose un'attività di pittura, ma non ci permisero di uscire e frequentare i laboratori che pure esistevano nell'ospedale.

Cercammo di avviare, come a Firenze, un'attività musicale cantando insieme canzoni accompagnati dalla chitarra e fu l'unico intervento a creare un minimo di socialità tra noi e i ricoverati anche perché lo staff non ci aiutava e anzi ogni volta ci interrogava sulle nostre intenzioni e sui risultati ottenuti, risposte per noi molto difficili dato che non avevamo il permesso di programmare un intervento organico.

Chiedemmo al direttore una maggiore capacità di manovra con l'introduzione di giornali da leggere e commentare con i malati, ma ci permisero solo di leggere una raccolta della "Domenica del Corriere" e "La Nazione" degli anni 50. Lo stesso diniego ci fu per la televisione e i film.

Secondo il direttore esistevano già reparti autogestiti e aperti dove i malati potevano svolgere queste attività e anche lavorare come cuoco, spazzino, calzolaio, addetto alla verniciatura, idraulica e agricoltura. Per le donne esistevano i lavori di ricamo, cucito. Era senz'altro vero, però si trattava di malati in tarda età, o migliorati o provenienti da quel gran gruppo di senza famiglia o in grande indigenza che venivano reclusi nell'istituto senza una vera necessità terapeutica, ma per carità sociale. Molti di questi anche in tarda età, avendo la possibilità di uscire, firmavano per restare perché avevano paura di abbandonare l'ospedale dopo una vita trascorsa tra quelle mura che era l'unica da loro conosciuta.

Esisteva una scuola elementare dove le maestre operavano senza una specializzazione particolare, ma soprattutto senza una motivazione, se non quella di raggiungere un certo punteggio per la propria carriera. Cercammo di intervenire anche in questo ambito, ma ci fu negato di poter aiutare un paio di ricoverati che avevano terminato le elementari e volevano tentare di prepararsi per le medie.

In quel periodo si era costituito a Siena un centro studi tra giovani studenti di medicina. Tra i loro obiettivi c'era anche quello di analizzare la situazione degli o.p. per programmare alternative. A loro fu impedito di affiancarci nel nostro intervento, forse perché ritenuti più esperti di noi e quindi potenzialmente più critici.

Capimmo che senza un appoggio interno, come quello avuto dai medici di Firenze, non avremmo potuto intervenire in alcun modo in questa realtà, visto che tutte le porte che cercavamo di aprire ci venivano richiuse in faccia da medici, infermieri e addirittura da alcuni familiari dei malati, che riuscimmo a contattare durante le ore di colloquio e che non mostrarono alcun interesse a modificare una situazione nella quale l'ingombrante parente veniva tenuto tranquillo e lontano dalla loro realtà.

A malincuore dovemmo abbandonare, anche se alcuni degenti tra i più assidui ai nostri colloqui si sentirono in parte traditi.

A livello personale l'esperienza mi colpì molto perché precedentemente avevo avuto la possibilità di frequentare e quindi apprezzare il manicomio di Siena in altra prospettiva.

Quando ero ragazzo mio nonno era ispettore all'economato e dirigeva praticamente tutta la parte dell'ospedale che non riguardava la psichiatria: i laboratori, i poderi, gli operai e i malati lavoratori. Entusiasta del proprio incarico non aveva preso mai le ferie e andava a lavoro anche la domenica mattina per avviare le attività giornaliere. In casa mia il modello manicomiale era visto in modo positivo ci sembrava che questo paese all'interno della città, dotato quasi di autosufficienza, di laboriosità rappresentasse un esempio positivo di intervento sociale sulla malattia. Io stesso, molto piccolo, avevo più volte avuto la possibilità di andare nei laboratori di falegnameria, dei fabbri, magari per farmi accomodare qualche giocattolo. Avevo assistito alle rappresentazioni teatrali, avevo visto l'allevamento delle cavie all'Orto dei Pecci, conosciuto molti malati.

Pensavo, ma al momento mi sbagliavo, che la situazione tutto sommato vivibile che avevo avuto la possibilità di conoscere sarebbe pian piano servita da modello per modificare anche la rigida contenzione che, purtroppo, era invece la prassi più comune in ospedale.

Ci sono voluti, come abbiamo visto, mille piccoli passi, grande volontà e impegno dei singoli medici per modificare radicalmente questa situazione.

