

LA «*LONGUE DURÉE*» DELLA CULTURA MANICOMIALE  
NELLA LEGISLAZIONE ITALIANA: DALLA LEGGE N.180/1978  
AL «SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI» \*

Francesco Schiaffo \*\*

SOMMARIO: 1. - L'evoluzione della legislazione italiana sull'assistenza psichiatrica tra segregazione e terapia territoriale; 2. - La «*longue durée*» della cultura manicomiale dopo la legge n.180/1978: l'emblematica vicenda delle strategie legislative per il «superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»; 2.1. - L'affermazione dei percorsi terapeutici in libertà: le sei riforme dell'art.3-ter d.l. n.211/2011; - 3. - La terapia territoriale in libertà: postulati teorici ed esiti applicativi tra sistema penale e sistema sanitario; 3.1. - I postulati teorici e culturali; 3.1.1. - La strumentalizzazione dei postulati teorici per le strategie politico-criminali del codice penale fascista; 3.2. - Il declino della «*longue durée*» della cultura manicomiale nel sistema penale: la timida e lenta erosione della punta dell'*iceberg*; 3.3. - Il superamento della «*longue durée*» della cultura manicomiale nella organizzazione del sistema sanitario: l'applicazione della legge n.180/1978; 3.3.1. - 1994: la fine di un lungo letargo; 3.3.2. - Le prime definizioni delle nuove strutture residenziali per la deistituzionalizzazione e il reinserimento sociale dei pazienti (P.O. 1994-1996 e P.O. 1998-2000); 3.3.3. - Ruolo e funzioni delle strutture residenziali nel "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008" e nelle "Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale" del Ministero della salute del 2008; 3.3.4. - La classificazione delle soluzioni residenziali per pazienti psichiatrici nelle definizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A. 2001, 2007 e 2017); 3.3.5. - Funzione e classificazione delle residenze psichiatriche negli Accordi Stato-Regioni (2008 e 2013); 4. - La necessità di «*un'altra battaglia*»: la «logica del capitale», la miopia dei tecnici e la produzione «*a senso unico*».

### 1. - L'evoluzione della legislazione italiana sull'assistenza psichiatrica tra segregazione e terapia territoriale.

Con la cosiddetta "legge Basaglia" (legge n.180/1978, successivamente trasposta nelle disposizioni della legge n.833/1978)<sup>1</sup>, in Italia è soltanto iniziata la riforma del servizio pubblico di assistenza psichiatrica. Fino ad allora, per 74 anni, il suo essenziale riferimento legislativo era stato, invece, la legge n.36/1904 (c.d. legge Giolitti)<sup>2</sup>.

Indipendentemente dalle difficoltà politico-istituzionali che finora possono aver segnato la storia della riforma dopo la legge n.180/1978, oggi sarebbe arduo - ed allora sarebbe stato illusorio! - considerare sufficiente una legge o, comunque, completato in pochi anni il processo necessario ad una riorganizzazione così radicale di un servizio pubblico che è sempre particolarmente oneroso e, quindi, anche particolarmente sensibile alla evoluzione delle acquisizioni scientifiche e dei protocolli terapeutici.

---

\* Testo rielaborato e ampliato della relazione tenuta il 26 giugno 2018 nell'ambito delle giornate di studio su "Cinema, letteratura e diritti umani tra rivendicazioni e negazioni" organizzate dal Dipartimento di Scienze Giuridiche e dal Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli studi di Salerno e in corso di stampa nel volume "I diritti umani tra aspetti giuridici e rappresentazioni: prospettive interdisciplinari" a cura di Valentina Ripa, in corso di stampa nella Collana scientifica dell'Università degli studi di Salerno.

\*\* Professore ordinario di diritto penale presso l'Università degli studi di Salerno.

<sup>1</sup> Sul ruolo, inizialmente anche critico, svolto da Basaglia nell'ambito del dibattito politico-sociale e scientifico all'epoca della preparazione e dell'approvazione della legge 180, di cui fu primo firmatario l'onorevole democristiano Bruno Orsini, cfr. FOOT, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1078*, Milano 2014, 285 ss.

<sup>2</sup> Cfr., per tutti, IANNI, *Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia. Intervento al Convegno "40 anni dopo: riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n.180"*, in *Nomos* 2017, 2 ss.

Peraltro, in ambito psichiatrico, le acquisizioni scientifiche solo in tempi recenti sembrano aver raggiunto un consolidamento almeno comparabile con quello che invece, è abituale in altri settori della medicina.

Infatti, dati i fondamentali assunti dello statuto epistemologico della psichiatria, il relativo catalogo nosografico è determinato anche da valutazioni di tipo statistico che, pertanto, hanno evidenti implicazioni ideologiche, politiche, culturali<sup>3</sup> ed economiche<sup>4</sup>, contribuiscono alla continua emersione di nuove evidenze ritenute patologiche e provocano, quindi, un costante ampliamento dell'utenza dei servizi psichiatrici<sup>5</sup>.

I protocolli terapeutici, invece, proprio tra gli anni Sessanta e Settanta del XX secolo conobbero, in Italia, la radicale evoluzione sperimentata da Franco Basaglia a Gorizia, Parma e Trieste<sup>6</sup>. I nuovi percorsi non prevedevano segregazione e neppure prolungate soluzioni residenziali o trattamenti esclusivamente farmacologici; piuttosto la terapia era essenzialmente territoriale e relazionale.

Anche dalle sperimentazioni di Basaglia derivò una diffusa percezione della necessità di una riforma che emerse anche a livello istituzionale con diverse proposte di referendum per l'abrogazione delle disposizioni della legge n.36/1904<sup>7</sup> e, nell'imminenza della consultazione referendaria, con la successiva approvazione della legge n.180/1978.

Ma, nonostante la radicale e storica svolta della legge n.180/1978 e nonostante i numerosi riferimenti ad essa che, tuttora, sono continuamente riproposti nel ristretto ambito del dibattito politico-istituzionale di settore, ancora oggi nella tradizione e nella coscienza popolare persistono le fondamentali categorie - ovvero la "lunga durata" - della cultura della segregazione e dell'isolamento di cui la legge n.36/1904 rappresentò l'esito del tutto coerente: il manicomio ne fu solo il simbolo più efficace e rappresentativo.

## **2. - La «longue durée» della cultura manicomiale dopo la legge n.180/1978: l'emblematica vicenda delle strategie legislative per il «superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari».**

La legge n.36/1904 disponeva, al co.1 dell'art.1, che «debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri».

Sotto questo profilo, le disposizioni della legge n.36/1904 riflettevano fedelmente un consolidato protocollo terapeutico della più antica tradizione degli "alienisti", successivamente condiviso in psichiatria quando si affermò e fu condiviso un «principio fondamentale [...] o, per meglio dire, un precetto [...] secondo cui non è mai possibile curare un alienato lasciandolo all'interno della sua famiglia»<sup>8</sup> e si ritenne, quindi, l'«isolamento come garanzia doppia: da un lato si allontanano i soggetti pericolosi dalla società, dall'altro nell'isolamento vengono curati»<sup>9</sup>.

Pertanto, secondo quella consolidata tradizione, «colui che viene ammesso in un manicomio "entra in un mondo nuovo nel quale deve essere del tutto separato da parenti, amici e conoscenti"»<sup>10</sup>.

<sup>3</sup> Sulle implicazioni politiche sociali della psichiatria resta fondamentale ed imprescindibile la critica di FOUCAULT, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano 2010, *passim*.

<sup>4</sup> CIPRIANO, *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante*, Milano 2013, XXXXX

<sup>5</sup> Sulla «bolla diagnostica», per tutti, FRANCES, *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie* (2013), Torino 2013, 99 ss., 235 ss., 252 e, in particolare riferimento a cause ed implicazioni economiche, 102 ss.

<sup>6</sup> Per una ricostruzione della svolta basagliana e la relativa collocazione in un contesto internazionale cfr., da ultimo, FOOT, *La "Repubblica dei matti"*, cit., 11 ss., *passim*.

<sup>7</sup> Sul punto FOOT, *La "Repubblica dei matti"*, cit., 257 ss., 282 ss.

<sup>8</sup> FOUCAULT, *Il potere*, cit., 98

<sup>9</sup> ROVATTI, *Restituire la soggettività. Lezioni sul pensiero di Franco Basaglia*, Merano 2013, 27.

<sup>10</sup> FODÉRÉ, *Traité du délire appliqué à la médecine, à la morale et à la législation*, II, Paris 1817, 252.

Rimasta in vigore per 74 anni, fino al 1978 la legge n.36/1904 e, soprattutto, l'organizzazione sociale e sanitaria che ne derivò hanno attraversato sostanzialmente immutate i radicali cambiamenti economici, politici e sociali che hanno segnato gran parte della storia italiana nel Novecento.

Il relativo messaggio culturale, già ampiamente diffuso e condiviso, si radicò ulteriormente nell'opinione pubblica fino a determinare e consolidare il lessico e la terminologia della comunicazione sociale e, soprattutto, popolare: l'immagine del 'pazzo scatenato' – ovvero libero da catene - divenne e, seppur poco elegante, è tuttora la rappresentazione più diffusa ed efficace dello stato di particolare agitazione di chi è contrariato dagli avvenimenti.

Definendo una netta cesura con il passato, con la legge n.180/1978 fu attribuito a «Regioni e province autonome di Trento e Bolzano» il compito di “attuare” il «graduale superamento degli ospedali psichiatrici» (art.7 co.5) e fu affermato il divieto di «costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche» (art.7 co.6).

Coerentemente, l'art.11 della stessa legge disponeva l'abrogazione degli articoli della legge n.36/1904 che avevano istituito i manicomi.

Settantaquattro anni, tuttavia, sono un tempo sufficiente a creare e consolidare strutture sociali e soprattutto culturali che la storiografia contemporanea, in linea con la teoria della «*longue durée*» della scuola francese degli *Annales*<sup>11</sup>, considera a lungo persistenti ed efficaci anche in epoche successive ad eventi potenzialmente 'rivoluzionari'.

È accaduto così che anche una legge decisamente rivoluzionaria delle precedenti strategie istituzionali per l'organizzazione dei servizi terapeutici non è riuscita a determinare in tempi rapidi una svolta radicale nei precedenti assetti socioculturali e sociosanitari.

In particolare, ne fu ardua l'applicazione innanzitutto perché fu lentissimo l'adeguamento delle istituzioni giuridiche alla nuova organizzazione dei servizi psichiatrici.

Appare esemplare, sotto questo profilo, la vicenda della reale chiusura degli ultimi manicomi pubblici che emerse anche all'attenzione del legislatore quando, con l'art.3 co.5 della legge n.724/1994, ne fu espressamente e specificamente disposto il completamento entro il 31 dicembre 1996, ovvero oltre 18 anni dopo l'approvazione della legge n.180/1978. Il termine non fu rigorosamente rispettato e ancora più recente è stata la reale chiusura di analoghe strutture private.

Ma probabilmente anche questa specifica ed esemplare vicenda può essere considerata l'esito dell'«immenso dominio della cultura»<sup>12</sup> che, nel caso della riforma italiana del servizio pubblico di assistenza psichiatrica, era la cultura della segregazione e dell'isolamento.

Radicata nei secoli e, in particolare, nei precedenti 74 anni di incontrastata e piena effettività della legge n.36/1904, conformemente a quanto teorizzato dagli storici della «*longue durée*» ha prevalso a lungo su «grandi avvenimenti»<sup>13</sup> come l'approvazione della legge n.180/1978 ed è ancora ampiamente diffusa nell'opinione pubblica e nel dibattito politico e culturale.

## **2.1. - L'affermazione di percorsi terapeutici in libertà: le sei riforme dell'art.3-ter d.l. n.211/2011.**

<sup>11</sup> Per tutti, resta efficacemente rappresentativo dell'indirizzo storiografico il fondamentale testo di BRAUDEL, *Historie et Sciences sociales. La longue durée*, in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisation* 1958, 725 ss., 727 dove sono chiaramente definite le ragioni di «una storiografia di lunga, addirittura di lunghissima durata».

<sup>12</sup> BRAUDEL, *Historie*, cit., 732.

<sup>13</sup> Cfr. BRAUDEL, *Historie*, cit., 729 dove critica «la storiografia degli ultimi cento anni, quasi sempre politica, impennata sul dramma dei “grandi avvenimenti”» abbagliata dalla «scoperta massiccia di fonti documentarie [che] ha fatto credere allo storico che tutta la verità stesse nella autenticità documentaria».

Ancora in tempi recentissimi, infatti, la scelta di segregazione del malato psichiatrico era stata chiaramente ribadita anche in occasione della originaria definizione legislativa delle strategie per il «superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari» (OPG) di cui all'art.3-ter aggiunto al d.l. n.211/2011 con la legge di conversione n.9/2012.

Come è noto, sono sottoposte a misure di sicurezza le persone «socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato» (art.202 c.p.); nel caso specifico della misura di sicurezza del ricovero in OPG di cui all'art.222 c.p., si tratta di persone che sono considerate anche non imputabili per «vizio totale di mente» (art.88 c.p.).

Le strategie per il relativo «superamento» sono state legislativamente previste per la prima volta a seguito delle sollecitazioni che il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT) rappresentò all'Italia nel report pubblicato nel 2010 dopo la visita avvenuta nel 2008 presso l'OPG di Aversa, il più grande dei 6 OOPPGG allora presenti sul territorio nazionale<sup>14</sup>.

Al co.4 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 fu disposta, allora, l'esecuzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG «esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie»: pur nella prospettiva del «superamento» degli OOPPGG, dunque, era comunque prevista una soluzione «esclusivamente» di «internamento» ovvero «all'interno di strutture residenziali» di cui, ai sensi del co.2 dello stesso art.3-ter, un decreto del Ministro della salute in seguito avrebbe dettagliatamente definito i requisiti.

Anche sotto questo specifico profilo, tuttavia, la scelta segregazionista ribadita e esplicitamente affermata al co.2 era comunque confermata nel testo originario del co.3 dell'art.3-ter d.l. 211/2011 laddove era già prevista, intorno alle istituende «strutture sanitarie», una «attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati».

Subito dopo la promulgazione, le varie disposizioni dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 furono ampiamente dibattute tra le parti sociali e nelle comunità scientifiche di riferimento proprio in ragione della posizione assolutamente preponderante comunque attribuita alla soluzione di isolamento residenziale: la chiusura dei 6 OOPPGG e la successiva distribuzione degli internati nelle molteplici «strutture sanitarie» che sarebbero state create non avrebbero risolto i problemi di legittimità della precedente disciplina che trascendevano i pur gravissimi problemi strutturali degli istituti esistenti.

La capillarizzazione e la moltiplicazione di quella scelta comunque segregazionista avrebbe comportato, anzi, l'elevatissimo rischio di un ritorno alla cultura manicomiale, agevolata dalle distorsioni funzionali del ricovero in OPG che, secondo modalità già ampiamente sperimentate da internati ed operatori e verificate da studi di settore, grazie anche alle ambigue disposizioni del codice penale diventava sostituto funzionale di altri percorsi e strutture sociosanitarie<sup>15</sup>.

In particolare, le originarie scelte dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 furono criticate per la violazione dei principi affermati proprio con le leggi nn.180 e 833 del 1978 che erano stati esplicitamente richiamati anche dalla Corte costituzionale quando, dichiarando la parziale incostituzionalità dell'art.222 c.p., aveva esplicitamente affermato «l'opportunità di una attenta revisione dell'intera disciplina in questione [...] in relazione ai mutamenti introdotti sin dalle leggi 13 maggio 1978, n. 180 e 23 dicembre 1978, n. 833»<sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Italy: Visit 2008 CPT/Inf (2010) 12 | Section: 45/48 | Date: 09/04/2009 D. Psychiatric establishments / 1. Filippo Saporito Judicial Psychiatric Hospital, Aversa / g. safeguards, in [http://hudoc.cpt.coe.int/eng#{"fulltext":\["aversa"\],"CPTSectionID":\["p-ita-20080914-en-45"\]}](http://hudoc.cpt.coe.int/eng#{), n. 159 s.

<sup>15</sup> Sulle disposizioni del codice penale che, in sede di riesame della pericolosità sociale dell'internato, hanno reso possibile la attribuzione al ricovero in OPG del ruolo di sostituto funzionale dei servizi sociosanitari di assistenza psichiatrica, cfr. SCHIAFFO, *Le funzioni latenti del sistema penale: l'ospedale psichiatrico giudiziario*, in *Critica del diritto* 2012, 270 ss.

<sup>16</sup> Così Corte costituzionale, sentenza 2-18 luglio 2003 n.253, punto 2 del «considerato in diritto»: cfr. <https://www.cortecostituzionale.it/actionPronuncia.do> (consultato il 20.1.2021). Sul punto cfr. anche *infra* note 19, 26 e 27.

Quando aveva istituito il Servizio Sanitario Nazionale, infatti, la legge n.833/1978 aveva inteso organizzare «la tutela della salute mentale [...] in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione» (art.2 co.2 lett. G l. n.833/1978): come per ogni altra forma di infermità, dunque, anche per problemi psichiatrici non sarebbe stata legittima alcuna differenza di terapia tra liberi cittadini e detenuti o internati.

Come non era mai accaduto prima, a seguito di un costante e serrato confronto con le parti sociali e nelle comunità scientifiche di riferimento, il testo originario dell'art.3-ter aggiunto al d.l. n.211/2011 con la legge di conversione n.9/2012 fu rivisto 6 volte in meno di 2 anni (d.l. n.158 del 13.9.2012, l. n.189 del 8.11.2012, d.l. n.24 del 25.3.2013, l. n.57 del 23.5.2013, d.l. n.52 del 31.3.2014, l. n.81 del 30.5.2014) per recuperarne la coerenza con le riforme del 1978 e, quindi, con fondamentali principi costituzionali<sup>17</sup>.

L'affermazione di una scelta «esclusivamente» segregazionista di cui al co.4 ribadita e rafforzata al co.3 con la previsione di una «attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza» intorno alle istituende «strutture sanitarie» ricorre tuttora ancora immutata tra le disposizioni di cui al vigente art.3-ter d.l. n.211/2011, ma le «strutture sanitarie» di cui al co.4 - definite «residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza» (REMS) al co.1-quater aggiunto all'art.1 d.l. n.52/2014 dalla relativa legge di conversione n.81/2014 – conformemente al decreto del Ministero della salute di cui al co.2 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011, non usufruiscono di alcuna sorveglianza perimetrale e, complessivamente, offrono un numero di posti letto assolutamente irrisorio rispetto a quello **dei posti** disponibili nei vecchi OOPPGG<sup>18</sup>.

Le modifiche intervenute con i 6 provvedimenti legislativi di riforma hanno introdotto al co.4 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011, tra l'altro, anche il principio di *extrema ratio* dell'internamento in OPG che era stato già affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n.253/2003<sup>19</sup> e, all'atto della conversione in legge n.81/2014 del d.l. n.52/2014, avevano aggiunto il co.1-ter al relativo art.1 che dispone che «devono essere obbligatoriamente predisposti» per «ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari» «percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione».

In ambito regionale è esemplare, sotto questo profilo, l'adeguamento realizzato nella normativa della Regione Campania con il decreto n.104/2014 del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario che dispone «la predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria competente [...] dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione per tutte le persone di competenza presenti negli attuali OPG e nelle realizzande Strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) ed entro 30 giorni dal loro ingresso nelle predette strutture» (punto 5.3 del decreto pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n.69 del 6 ottobre 2014).

### 3. - La terapia territoriale in libertà: postulati teorici ed esiti applicativi tra sistema penale e sistema sanitario.

<sup>17</sup> Sul punto cfr. SCHIAFFO, *La riforma continua del «definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari»: la tormentata vicenda legislativa dell'art.3-ter del d.l. n.211/2011*, in *Critica del diritto* 2013, 44 ss.; ID., *La pericolosità sociale tra «sottigliezze empiriche» e «spessori normativi»: la riforma di cui alla legge n.81/2014*, in *Diritto penale contemporaneo* 11 dicembre 2014 (<https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/3533-la-pericolosita-sociale-tra-sottigliezze-empiriche-e-spessori-normativi--la-riforma-di-cui-alla> - consultato il 20.01.2021)

<sup>18</sup> Calcola 609 posti letto nelle REMS esistenti su tutto il territorio nazionale la *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 agosto 2016 - 19 febbraio 2017)*, in <http://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>, 25 (consultato il 20.01.2021).

<sup>19</sup> Dichiarando la parziale illegittimità dell'art.222 c.p., nella sentenza n.253/2003 la Corte costituzionale rinviava chiaramente al principio di *extrema ratio* laddove aderiva alle argomentazioni del remittente secondo cui «incostituzionale è il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva [...] anche quando una misura più elastica e non segregante [...] appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale»: Corte costituzionale, sentenza 2-18 luglio 2003 n.253, cit., punto 3 del «considerato in diritto».

In definitiva, è possibile affermare che con la legge n.180/1978 iniziò la progressiva e ormai avanzata definizione di un assetto legislativo ed istituzionale che, in materia di assistenza psichiatrica, incoraggia soluzioni terapeutiche territoriali e comunitarie e pertanto, coerentemente con i principi inequivocabilmente affermati nella successiva legge n.833/1978 e richiamati anche dalla Corte costituzionale nella sentenza n.253/2003, esclude isolamento, custodia e segregazione anche per i pazienti psichiatrici che abbiano commesso un fatto previsto dalla legge come reato.

Soprattutto grazie a quell'evento rivoluzionario, dunque, con le modifiche apportate alla disposizione di cui all'art.3-ter d.l. n.211/2011 - che ne hanno ribadito ed applicato i principi in ambiti più specifici - oggi può dirsi finalmente conclusa in Italia, almeno nelle disposizioni dell'ordinamento giuridico, la «*longue durée*» della cultura manicomiale, ovvero definitivamente superata e radicalmente ribaltata l'opzione terapeutica custodialista e segregante che era stata condivisa con la legge n.36/1904.

### 3.1. - I postulati teorici e culturali.

In particolare, le disposizioni della legge n.180/1978 che prevedevano il «graduale superamento degli ospedali psichiatrici» (art.7 co.5) e vietavano di «costruire nuovi ospedali psichiatrici» e di «utilizzare quelli attualmente esistenti» (art.7 co.6) segnarono nella legislazione italiana il superamento del «dualismo cartesiano di anima e corpo che tanto aveva condizionato e ancora condiziona la psichiatria organicista»<sup>20</sup> ovvero il superamento del «dogma somatico», efficacemente definito da Karl Jaspers che, come è noto, collocava i suoi studi psicopatologici nel contesto filosofico della fenomenologia<sup>21</sup>.

D'altra parte si tratta dello stesso ordine di idee che in psicologia è condiviso, per esempio, nell'ambito del comportamentismo e del cognitivismo, quando si afferma l'efficacia del gruppo e dell'ambiente<sup>22</sup> o, comunque, la necessità di «porre un livello di analisi del tutto separato da quello biologico o neurologico»<sup>23</sup> oppure, in termini più generali, nell'ambito della teoria del campo o della Scuola di Palo Alto quando si sceglie di rinunciare a qualsiasi «ipotesi intrapsichica (che è fondamentalmente inverificabile)» e, proponendo la metafora della «scatola nera», si afferma la necessità di «studiare la funzione del dispositivo nel sistema più grande di cui fa parte»<sup>24</sup>.

#### 3.1.1. - La strumentalizzazione dei postulati teorici per le strategie politico-criminali del codice penale fascista.

Peraltro, laddove si dispone che capacità a delinque e pericolosità sociale vanno valutate anche in considerazione delle «condizioni di vita [...] familiare e sociale» (art.133 co.2 n.4 c.p. e art.203 c.p.), un analogo ordine di idee sembra affiorare persino nelle disposizioni del codice penale del 1930 che, invece, nella disciplina delle misure di sicurezza pure aveva fondamentalmente riconosciuto e condiviso il modello criminogenetico elaborato da Cesare Lombroso nella prospettiva evidentemente organicista del «dogma somatico» e della fisiognomica o, testualmente, della «statistica antropometrica ed ezio-patologica»<sup>25</sup>.

Si tratta, evidentemente, di una contraddizione riducibile a sintesi solo in ragione degli scopi perseguiti con una politica criminale manifestamente autoritaria. Quest'ultima, peraltro, rappresenta

<sup>20</sup> GALIMBERTI, *Psichiatria e fenomenologia* (1979), VII ed., Milano 2011, 184.

<sup>21</sup> JASPERS, *Psicopatologia generale* (1913), Roma 2000, 243; ID., *Autobiografia filosofica* (1956), Napoli, 1969, 29 e 32.

<sup>22</sup> Esempio, sotto questo profilo, WATSON, *Behaviorism* (1924), Piscataway (New Jersey) 2009, 82 ss..

<sup>23</sup> GARDNER, *La nuova scienza della mente. Storia della rivoluzione cognitiva* (1985), Milano 1988, 18.

<sup>24</sup> WATZLAWICK - BEAVIN - JACKSON, *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi delle patologie e dei paradossi* (1967), Roma, 1971, 36 s.

<sup>25</sup> LOMBROSO, *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alle discipline carcerarie* (1876), V ed., Torino 1896, 126 ss.

anche l'unica spiegazione sostenibile per la assoluta irrilevanza in cui la stessa disciplina delle misure di sicurezza relega, invece, analoghe considerazioni di tipo ambientale, relazionale e territoriale in funzione di valutazioni di personalità che, altrimenti, potrebbero essere favorevoli al reo.

Concluso il Ventennio fascista e promulgata la Costituzione repubblicana, invece, solo l'«immenso dominio della cultura» - che prevale anche su «grandi avvenimenti» - proposto dagli storiografi francesi degli *Annales* nel modello teorico della «*longue durée*» sembra poter fornire una spiegazione adeguata per la tenace e ostinata persistenza della cultura manicomiale nella legislazione italiana.

### **3.2. - Il declino della «*longue durée*» della cultura manicomiale nel sistema penale: la timida e lenta erosione della punta dell'iceberg.**

Nell'ambito del sistema penale – e, dunque, in riferimento specifico alla scelta di segregazione praticata nella originaria disciplina codicistica del ricovero in OPG dei malati psichiatrici autori di un fatto previsto dalla legge come reato -, dopo l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana la cultura manicomiale iniziò ad essere messa in discussione (e rivista, sia pur in termini assolutamente marginali!) solo negli anni Settanta.

In particolare, le condizioni per iniziare a rivedere la scelta rigorosamente ed estremamente segregazionista del codice penale del 1930 furono realizzate con la sentenza della Corte costituzionale n.110/1974 che, pur senza coinvolgere direttamente la disciplina della rilevanza penale di eventuali problemi psichiatrici dell'autore di fatti di reato, ne dichiarò illegittime le disposizioni su cui si fondava la presunzione di durata della pericolosità sociale: prima di allora, l'applicazione di una misura di sicurezza ne comportava anche una durata minima necessaria - fondata, appunto, sulla presunzione di durata minima della pericolosità sociale di cui al testo originale dell'art.207 co.2 e 3 c.p.! -, revocabile solo con decreto del Ministro della giustizia.

Infatti, dopo quella sentenza – immediatamente confermata anche all'art.89 co.1 della legge n.354/1975 che abrogò l'intero ultimo comma dell'art.207 c.p. -, con la ulteriore sentenza della Corte costituzionale n.139/1982 furono dichiarate illegittime anche le presunzioni legali di sussistenza della pericolosità sociale che il codice penale prevedeva, in generale, all'art.204 co.2 c.p. e, per la particolare ipotesi dell'infermo totale di mente autore di un fatto preveduto dalla legge come reato, all'art.222 co.1 c.p..

Successivamente l'art.31 co.1 della legge n.663/1986 avrebbe abrogato del tutto l'art.204 c.p.

Conformemente alle soluzioni adottate con la legge n.36/1904, dunque, nella disciplina del codice penale del 1930 – ovvero nell'ambito delle strategie legislative solitamente (e impropriamente!) considerate primarie per la gestione del problema criminale -, le scelte di internamento e segregazione tipiche della cultura manicomiale erano state condivise senza alcuna riserva e, quindi, si erano manifestate del tutto affrancate dalla opportunità di una mediazione con orientamenti diversi.

Ne era risultato un sistema che, diversamente da quanto previsto per tutti gli altri autori di fatti di reato, nei casi in cui fossero stati anche «infermi totali di mente» ne presumeva la pericolosità sociale in via assoluta, ovvero senza alcuna necessità di accertamenti ulteriori a quello relativo alla loro condizione psicopatologica e senza alcuna possibilità di rilevanza processuale della prova eventualmente contraria: nel sistema originario del codice del 1930, essi andavano internati e non avrebbero avuto alcuna possibilità né di essere dimessi prima di un certo numero di anni stabilito all'art.222 c.p., né, soprattutto, di soluzioni diverse dall'internamento.

Soltanto nel 2003, infatti, con la sentenza n.253 la Corte costituzionale, rinviando agli stessi principi affermati nella legge n.180/1978 e ribaditi ed esplicitati nella legge n.833/1978, dichiarò illegittimo l'art.222 c.p. «nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista



dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale»<sup>26</sup>.

Peraltro, indicando la soluzione della «libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica)»<sup>27</sup>, in quella occasione la Corte costituzionale anticipò chiaramente la soluzione che sarebbe stata condivisa anche dal legislatore nella legge n.81/2014 ovvero con l'ultima e definitiva riforma del co.4 dell'art.3-ter d.l. n.211/2011 per il superamento degli OOPPGG.

### **3.3. - Il superamento della «longue durée» della cultura manicomiale nella organizzazione del sistema sanitario: l'applicazione della legge n.180/1978.**

Nessun provvedimento legislativo o giurisprudenziale, invece, anticipò significativamente la svolta diametrica della legge n.180/1978 verso il superamento della cultura manicomiale e dei relativi esiti nella organizzazione del sistema sanitario.

Piuttosto, dopo la promulgazione della legge ne fu lentissima l'attuazione: i tempi lunghi che furono necessari per la reale e completa chiusura degli ospedali psichiatrici ne sono solo l'esempio più evidente<sup>28</sup>.

D'altra parte, l'art.7 co.5 della legge n.180/1978 aveva attribuito alle ragioni innanzitutto il compito evidentemente arduo di “programmare” e “coordinare” «l'organizzazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio» e poi quello di “attuare” il «graduale superamento degli ospedali psichiatrici».

Ma prima del 1994 nulla di tutto questo era emerso come realtà di rilievo e diffusione nazionale.

#### **3.3.1. - 1994: la fine di un lungo letargo.**

Solo con il d.P.R. 7 aprile 1994, infatti, fu approvato, in allegato, il “Progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1994-1996»” (P.O. 1994-1996) che, tra le «quattro grandi questioni che devono essere affrontate per elevare ed omogeneizzare la qualità dell'intervento attualmente offerto» indicava espressamente il «definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico» posto che «la progressiva delegittimazione che ha investito questo tipo di istituzione non è stata accompagnata da un uguale lavoro sul territorio per preparare prima, e seguire poi, le condizioni di inserimento non traumatico dei pazienti nel circuito dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo».

In particolare, per la prima volta, nella definizione della «strategia di intervento» il P.O. 1994-1996 definisce chiaramente, nelle strutture locali del sistema sanitario nazionale (S.S.N.), una articolata organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale (D.S.M.) che, tra l'altro, dovranno essere «dotati almeno di [...] strutture per attività in regime residenziale», ovvero «presidi dell'area residenziale» che «potranno essere garantiti sia direttamente dal servizio pubblico, sia dalla partecipazione del privato sociale o del privato imprenditoriale o di associazioni di volontariato familiare attraverso un rapporto di convenzione con il S.S.N.».

È un colossale falso storico, dunque, l'idea che la legge n.180/1978 abbia abbandonato i pazienti psichiatrici e le loro famiglie. Se questi sono stati “vittime”, il loro carnefice non è stata certo la legge n.180/1978, ma la successiva e prolungata inerzia del legislatore nazionale e delle istituzioni regionali.

#### **3.3.2. - Le prime definizioni delle nuove strutture residenziali per la deistituzionalizzazione e il reinserimento sociale dei pazienti (P.O. 1994-1996 e P.O. 1998-2000).**

<sup>26</sup> Corte costituzionale, sentenza 2-18 luglio 2003, n.253, cit., dispositivo.

<sup>27</sup> Corte costituzionale, sentenza 2-18 luglio 2003, n.253, cit., punto 3 del “considerato in diritto”.

<sup>28</sup> Sul punto cfr. *supra* par.2.



Nel disegno del P.O. 1994-1996 i «presidi dell'area residenziale» erano destinati a «casi di esclusiva competenza psichiatrica», sarebbero stati organizzati in modo da evitare «eccessive concentrazioni di popolazione assistita», e sarebbero stati accessibili «solo sulla base di uno specifico programma concordato fra i servizi, i pazienti e i familiari»; avrebbero avuto, pertanto, una «dimensione “familiare” capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali».

In particolare, nel P.O. 1994-1996 si afferma che «una risposta che non sia neo-manicomiale deve prevedere l'accoglienza in piccole strutture con non più di 20 posti letto in grado di accogliere, con livelli di protezione medico-psico-sociale differenziati, pazienti del “residuo manicomiale” e i cosiddetti “nuovi cronici”».

Sia pur nell'ambito di una normativa non specificamente dedicata alla assistenza psichiatrica, nel titolo dedicato ai «Presidi di tutela della salute mentale: struttura residenziale psichiatrica» di cui al d.P.R. 14 gennaio 1997 saranno successivamente e dettagliatamente definiti anche i «livelli di protezione medico-psico-sociale differenziati» a cui aveva fatto riferimento il P.O. 1994-1996.

Un ulteriore, importante progresso verso la definizione di assetti sociosanitari conformi a quelli previsti nella legge n.180/1978 fu segnato con il secondo e ultimo “Progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000»” (P.O. 1998-2000, allegato al d.P.R. 10 novembre 1999) che fu considerato «“adempimento prioritario” previsto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000» (PSN 1998-2000) approvato dal Ministero della salute.

Preso atto che «il processo di superamento degli ospedali psichiatrici, pubblici e privati convenzionati, fortemente sollecitato dalle ultime leggi finanziarie, può ritenersi avviato a conclusione, anche se con tempi e modalità differenti da regione e regione», tra gli «aspetti tuttora problematici» nel P.O. 1998-2000 era comunque segnalata la «presenza di situazioni di “istituzionalizzazione” che non sono state toccate dal processo di superamento degli ex O.P.» riferendosi espressamente «all'istituzionalizzazione di pazienti in età evolutiva e alla realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari».

In particolare, il P.O. 1998-2000 ribadiva il «definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico» di cui al precedente P.O. 1994-1996 specificandone la necessaria realizzazione «mediante l'attuazione di programmi mirati ad una nuova sistemazione dei degenti».

Soprattutto, in modo esemplare, il P.O. 1998-2000 poneva tra gli «obiettivi e interventi» non solo la «prevenzione primaria e secondaria» ma anche, riferendosi evidentemente a recidive e ‘cronicizzazione’, la «prevenzione terziaria, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza».

Conformemente al d.P.R. 14 gennaio 1997, il P.O. 1998-2000 definisce, quindi, i «requisiti strutturali e tecnologici per le strutture del DSM» ed espressamente considera «struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica [...] con lo scopo di offrire una rete di rapporti e opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative».

Ad essa sono attribuite «funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative per utenti di esclusiva competenza psichiatrica, come indicato dal DPR 7/4/1994 (*id est*: P.O. 1994-1996), per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero; per fasi di assistenza protratta successive al ricovero ospedaliero, per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo».

La «struttura residenziale, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa», perché lo scopo dell'attività che in esse si svolge è quella di accompagnare l'ospite verso l'esterno, la sua emancipazione e il reingresso nella società. Inoltre, è espressamente previsto che «al fine di prevenire

ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale, le strutture residenziali vanno collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili» e che è «opportuno, anche, prevedere la presenza di adeguati spazi verdi esterni».

In particolare, dal d.P.R. 14 gennaio 1997 ne sono ripresi, in termini praticamente identici, i «requisiti minimi organizzativi» che, quindi, in riferimento alla «presenza di personale di assistenza» sono differenziati a seconda che si tratti di «strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e subacuti: presenza di personale di assistenza nelle 24 ore», «strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza nelle 12 ore diurne» o «strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale di assistenza per fasce orarie».

### **3.3.3. - Ruolo e funzioni delle strutture residenziali nel “Piano Sanitario Nazionale 2006-2008” e nelle “Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale” del Ministero della salute del 2008.**

Dopo il P.O. 1994-1996 e il P.O. 1998-2000 non sono stati approvati analoghi documenti specificamente dedicati alla salute mentale.

Alla “Tutela della salute mentale” è dedicato, tuttavia, il paragrafo 5.4. del “Piano Sanitario Nazionale 2006-2008” (PSN 2006-2008) approvato con d.P.R. del 7 aprile 2006, che, tra «gli obiettivi da raggiungere», ribadisce espressamente quello di «accreditare le strutture residenziali, connotandone la valenza terapeutico-socio-riabilitativa».

Un analogo orientamento è incoraggiato nelle “Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale” del Ministero della salute del 18 marzo 2008 (LInaSM 2008) in cui si prende atto che il «superamento dell’ospedale psichiatrico ha permesso e favorito la nascita di una serie di esperienze di residenzialità più o meno protette e con caratteristiche disomogenee sull’intero territorio nazionale» e si riaffermano esplicitamente «i principi espressi nel Progetto Obiettivo 1998-2000».

Pertanto si dispone che «le strutture residenziali devono essere differenziate in base all’intensità dell’assistenza socio-sanitaria (24 ore, 12 ore, a fasce orarie)», devono avere «piccole dimensioni», «favorire una politica di integrazione con la comunità locale» e «un clima che valorizzi relazioni personalizzate» perché «la dimissione dalla residenza e la costruzione di una rete relazionale in cui l’utente è inserito come protagonista della propria storia devono essere considerati gli obiettivi più importanti da perseguire».

In questa prospettiva si afferma che «il Dipartimento di salute mentale deve promuovere diverse forme di sostegno abitativo in integrazione con i Piani di Zona, in raccordo con gli Enti Locali, l’impresa sociale, le reti associative».

### **3.3.4. - La classificazione delle soluzioni residenziali per pazienti psichiatrici nelle definizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A. 2001, 2007 e 2017).**

Ampi e dettagliati riferimenti alla salute mentale compaiono anche nella prima definizione e nelle successive revisioni dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.).

La loro prima definizione risale al d.P.C.M. 29.11.2001 che fu approvato in attuazione del d.l. n.347/2001 convertito in legge n. 405/2001 recante «interventi urgenti in materia di spesa sanitaria».

L’art. 6 del d.l. n.347/2001, rubricato «Livelli di assistenza», prevede che «con decreto del Presidente del Consiglio del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre [...] sono definiti i livelli essenziali di assistenza» a cui faceva riferimento la disciplina su «Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza» di cui all’art.1 co.4 del d.lgs. n.502/1992 sul «Riordino della disciplina in materia sanitaria».

Nella «Ricognizione della normativa vigente, con l’indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni», per l’«attività sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi

riabilitativi a favore di persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie», il d.P.C.M. rinvia all'«Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie» di cui al precedente d.P.C.M. 14.2.2001 e, in particolare, definisce l'«assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale» (distinguendola dall'«assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare») con «prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale» e «in strutture a bassa intensità assistenziale» in esecuzione di «programmi di inserimento sociale e lavorativo» di cui al P.O. 1998-2000.

Ma alla classificazione proposta nel P.O. 1998-2000 fa esplicito riferimento anche il documento sulle «Prestazioni residenziali e semiresidenziali» approvato il 30 maggio 2007 dalla «Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» istituita presso il Ministero della salute con D.M. 25.2.2004 in attuazione del d.l. n.63/2002 convertito in legge n.112/2002.

Per quanto concerne in particolare le «Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche», la Commissione riconduce «il livello assistenziale residenziale» al «piano di trattamento individuale del paziente psichiatrico con finalità ed obiettivi che variano da caso a caso, ma che sono tuttavia riconducibili essenzialmente a: a) programmi di tipo «terapeutico-riabilitativo» di varia intensità e durata; b) programmi di tipo «socio riabilitativo», ivi inclusa la necessità di assistenza tutelare a soggetti non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio»

Le «prestazioni residenziali psichiatriche» sono suddivise, pertanto, «in due macro tipologie» fondamentali: «RP1 - prestazioni terapeutico riabilitative» che «sono erogate in strutture per pazienti che, anche nella fase della post-acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi» di tipo «intensivo» (con «personale sanitario presente nelle 24 ore») o «estensivo» («differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti» e pari a 24 o 12 ore) e «RP2 - prestazioni socio-riabilitative» che «sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di soggetti parzialmente non autosufficienti ma non assistibili nel proprio contesto familiare che necessitano di una soluzione abitativa a vario grado di tutela sanitaria» che corrisponde ad un impiego del personale sociosanitario di 24 o 12 ore.

«La presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata» sono garantiti, infine, all'art.26 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 su «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» che all'art.33 organizza l'«Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali» in tre fondamentali topologie di trattamento differenziate in «trattamenti terapeutico riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo) [...] della durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi [...] nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario sulle 24 ore», «trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo, rivolti a pazienti stabilizzati con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata [...] della durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi [...] nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sanitario sulle 24 ore» e «trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale»; in questo caso la «durata dei programmi è definita nel Progetto terapeutico riabilitativo individuale».

### **3.3.5. - Funzione e classificazione delle residenze psichiatriche negli Accordi Stato-Regioni (2008 e 2013).**

«Linee di indirizzo nazionali per salute mentale» sono state definite, infine, anche nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni con l'Accordo n.43 del 20 marzo 2008 (C.U. n.43/2008) che riafferma esplicitamente «i principi espressi dal Progetto obiettivo 1998-2000» e si ribadisce che «le

strutture residenziali devono essere differenziate in base all'intensità dell'assistenza socio-sanitaria (24 ore, 12 ore, a fasce orarie)».

La prospettiva della riabilitazione sociale e psichiatrica è ribadita, inoltre, nel “Piano di azioni nazionale per la salute mentale” approvato con l'Accordo n.4 del 24 gennaio 2013 (C.U. n.4/2013) nella Conferenza Unificata Stato-Regioni (PANSM 2013).

In particolare, il PANSM 2013 afferma espressamente che nel «percorso clinico di presa in carico dell'adulto», il servizio psichiatrico «deve [...] offrire un supporto complessivo in tutto il percorso del paziente (interventi territoriali, ospedalieri, di emergenza/urgenza, residenziali e semiresidenziali) [...] sempre nell'ottica dell'autonomizzazione del paziente» sulla base di un «Piano di Trattamento Individuale» (PTI) che «rappresenta la sottoscrizione di un “accordo/impegno di cura” tra DSM e utente, con l'auspicabile partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale».

L'accordo in Conferenza Unificata Stato-Regioni n.116 del 17 ottobre 2013 (C.U. n.116/2013) è specificamente dedicato, infine, a “Le strutture residenziali psichiatriche” che sono dettagliatamente disciplinate nell'allegato A e che, nell'ambito della classificazione più articolata, sono distinte in tre tipologie fondamentali.

Le prime due - «struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)» e «struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)» - posso essere articolate su diversi livelli di intensità assistenziale; solo nella definizione della «struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3)» si ritrovano, invece, i «requisiti minimi organizzativi» delle strutture residenziali definiti nel d.P.R. 14 gennaio 1997, ripresi nel “Progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000»” e sommariamente riproposti anche nell'Accordo C.U. n.43/2008.

#### **4. - La necessità di «un'altra battaglia»: la «logica del capitale», la miopia dei tecnici e la produzione «a senso unico».**

La legge n.180/1978 iniziò, dunque, ad essere applicata nella direzione che Basaglia aveva già ampiamente dimostrato possibile dopo quasi vent'anni di inquietante letargo, evidentemente favorito - se non determinato - dalla necessità di superare il secolare radicamento della cultura manicomiale.

Iniziato il lavoro di adeguamento legislativo, istituzionale ed organizzativo, le soluzioni residenziali non furono affatto escluse dal nuovo assetto dei servizi psichiatrici territoriali, ma definite e progettate in piena coerenza con l'obiettivo primario di evitare accuratamente qualsiasi implicazione «neo-manicomiale» (P.O. 1994-1996) o, comunque, funzioni meramente «abitative» (P.O. 1998-2000).

In particolare, l'ulteriore obiettivo affermato, sempre ribadito e continuamente precisato nei vari provvedimenti per l'adeguamento organizzativo dei servizi psichiatrici del S.S.N. è stato indicato, di volta in volta, nell'«inserimento non traumatico dei pazienti nel circuito dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo» (P.O. 1994-1996) ovvero nella «ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali» (P.O. 1998-2000) nell'ambito di strutture a «dimensione “familiare” capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali» (P.O. 1994-1996), quindi «collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili» (P.O. 1998-2000), di «piccole dimensioni» ovvero utili a «favorire una politica di integrazione con la comunità locale» e «un clima che valorizzi relazioni personalizzate» perché «la dimissione dalla residenza e la costruzione di una rete relazionale in cui l'utente è inserito come protagonista della propria storia devono essere considerati gli obiettivi più importanti da perseguire»

(LINaSM 2008) in una prospettiva «terapeutico-socio-riabilitativa» (PSN 2006-2008) per la «autonomizzazione del paziente» (PANSM 2013).

L'obiettivo terapeutico finale, dunque, potrebbe essere efficacemente rappresentato e sintetizzato in termini di «autonomizzazione del paziente» in quanto «protagonista della propria storia».

In questa prospettiva appare a maggior ragione evidente che «il primo passo verso la cura del malato è il ritorno alla libertà»<sup>29</sup>: del tutto funzionali, dunque, sono le soluzioni residenziali con le caratteristiche strutturali ed organizzative definite nei vari – sebbene tardivi - provvedimenti di attuazione della legge n.180/1978.

Ma «nel momento in cui si tratta di riorganizzare i servizi psichiatrici perché la battaglia più grande è stata vinta, quel soggetto in nome del quale la battaglia era stata combattuta diventa qualcos'altro, e va dunque compiuto un altro sforzo, iniziata un'altra battaglia per “riconoscerlo”, e magari per non procedere subito a un ulteriore, più sottile, imprigionamento»<sup>30</sup>.

Chiuso il manicomio - «che non serve a curare la malattia mentale ma solo a distruggere il paziente, a controllare la sua devianza, la sua improduttività»<sup>31</sup> -, si ritorna, quindi, alla condizione originaria che sempre ricorre nelle opere di Franco Basaglia fino a diventare palese ed esplicita nelle «ultime occasioni di riflessione pubblica di Basaglia sul significato complessivo dell'impresa della sua vita»<sup>32</sup>.

Con il tono evidentemente libero che le caratterizza tutte - e, quindi, senza alcuna mediazione di opportunità! -, in una delle “Conferenze brasiliane” Basaglia chiarisce: «Forse non sono stato chiaro, ma io non ho detto che esiste una patologia “originaria” dell'uomo. Io ho detto che non so che cosa sia la follia. Può essere tutto o niente. È una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia. Invece questa società accetta la follia come parte della ragione e quindi la fa diventare ragione attraverso una scienza che si incarica di eliminarla. Il manicomio ha la sua ragion d'essere nel fatto che fa diventare razionale l'irrazionale. Quando uno è folle ed entra in manicomio smette di essere folle per trasformarsi in malato. Diventa razionale in quanto malato. Il problema è come disfare questo nodo, come andare al di là della “follia istituzionale” e riconoscere la follia là dove essa ha origine, cioè nella vita»<sup>33</sup>.

Chiuso il manicomio, dunque, e riportata «la follia là dove essa ha origine, cioè nella vita», si svela «la matrice sulla quale praticamente si iscrive ogni fenomeno, nella nostra organizzazione sociale e di cui, tuttavia, gli “scienziati” della psichiatria e della criminologia non sembrano mai aver tenuto conto»<sup>34</sup>, perché, invece, da sempre «ciò che importa nella logica del capitale che tiene prigionieri vittime e carnefici, è che la diversità e la malattia di qualunque natura esse siano, vengano gestite e controllate in modo da non esprimere anche qualcosa che vada oltre il semplice fatto brutto del sintomo e che quindi non richiedano risposte che vadano oltre il campo puramente tecnico per entrare in quello politico-sociale»<sup>35</sup>.

Può sorprendere – ma probabilmente ne darebbe adeguatamente conto una accurata e dettagliata biografia di Basaglia e delle sue frequentazioni personali e culturali – la condivisione, in proposito,

---

<sup>29</sup> BASAGLIA, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione* (1965), in ID., *L'utopia della realtà*, Torino 2005, 17.

<sup>30</sup> ROVATTI, *Restituire la soggettività*, cit., 264.

<sup>31</sup> BASAGLIA, *Struttura sociale, salute e malattia mentale*, in ID., *Conferenze brasiliane*, Milano 2000, 91 ss., 92.

<sup>32</sup> ONGARO BASAGLIA, *Nota*, in BASAGLIA, *Conferenze*, cit., IX ss..

<sup>33</sup> BASAGLIA, *Il lavoro dell'equipe psichiatrica nella comunità*, in ID., *Conferenze*, cit., 27 ss., 34.

<sup>34</sup> BASAGLIA – ONGARO BASAGLIA, *Condotte perturbate. Le funzioni delle relazioni sociali* (1978), in BASAGLIA, *L'utopia*, cit., 275 ss., 291.

<sup>35</sup> BASAGLIA – ONGARO BASAGLIA, *Condotte*, cit., 300.

di vocabolario e categorie delle criminologie critiche che già in quegli anni si alimentavano, non soltanto in Italia, anche di splendidi contributi di Sandro Baratta<sup>36</sup>.

In un contributo del 1978 pubblicato postumo in Francia e poi solo con notevolissimo ritardo apparso anche in Italia, in riferimento alla prospettiva post-manicomiale scrivono Franco Basaglia e Franca Ongaro: «Che cosa si vuole fare degli uomini riabilitati? C'è posto per loro nella nostra società? Cioè una volta riabilitati troverebbero un lavoro con cui soddisfare i propri bisogni e i bisogni delle loro famiglie e avrebbero la possibilità di trovare un significato nella loro vita che inglobi la soddisfazione dei bisogni, dei desideri, delle aspirazioni, delle aspettative? O non piuttosto i regolamenti su cui si fondano gli istituti dell'emarginazione sono strutturati in modo che la riabilitazione sia impossibile perché, comunque, questi individui – una volta riabilitati – resterebbero ai margini, esposti continuamente al pericolo di cadere in nuove infrazioni di una norma che per loro non ha mai avuto una funzione protettiva ma solo repressiva?»<sup>37</sup>.

Infatti, «la possibilità di una loro riabilitazione è strettamente proporzionale alla disponibilità o meno di mano d'opera, al lavoro che trovano fuori, nella comunità cosiddetta libera, a seconda delle fasi di concentrazione o di diffusione economica. Le oscillazioni del numero degli internati o dei dimessi degli istituti riabilitativi/rieducativi sono direttamente legate alle fasi alterne dell'andamento economico generale»<sup>38</sup>.

In questa prospettiva, dunque, sono indispensabili ed essenziali le possibilità e, quindi, gli assetti del mercato del lavoro.

In questa direzione il cammino è ancora lunghissimo o forse c'è da dubitare anche se sia mai iniziato o, se iniziato, c'è da chiedersi verso quale direzione, dati gli indici attuali della concentrazione della ricchezza in Italia e nel mondo<sup>39</sup>: forse questi sì, sono folli davvero!

Invece, «se il valore è l'uomo e i suoi bisogni, all'interno di una collettività dove la produzione serve alla sopravvivenza di tutti, il malato, il menomato, l'handicappato, il deviante, il disturbato psichico, l'inefficiente non sono gli elementi negativi di un ingranaggio che deve comunque procedere a senso unico, ma fanno parte dei soggetti per soddisfare i bisogni dei quali la produzione esiste e si sviluppa»<sup>40</sup>.

### Abstract

La «longue durée» teorizzata dagli storiografi della Scuola francese degli Annales e riferita, in particolare, alla cultura manicomiale ha evidentemente determinato i tempi del «graduale

<sup>36</sup> Nei primi anni Settanta erano già apparsi i lavori di Sandro Baratta che, in parte, confluirono nella sua opera più nota e tradotta su «Criminologia critica e critica del diritto penale. Introduzione alla sociologia giuridico-penale» (Bologna 1982): cfr., tra gli altri, BARATTA, *Criminologia liberale e ideologia della difesa sociale*, in *Questione criminale* 1975, 7 ss.; ID., *Criminologia e dogmatica penale. Passato e futuro del modello integrato di scienza penalistica*, in *Questione criminale* 1979, 147 ss.

<sup>37</sup> BASAGLIA – ONGARO BASAGLIA, *Condotte*, cit., 296.

<sup>38</sup> BASAGLIA – ONGARO BASAGLIA, *Condotte*, cit., 296.

<sup>39</sup> I dati disponibili in proposito sono numerosissimi e, purtroppo, sempre conformi nella emersione di colossali disuguaglianze; una delle fonti maggiormente condivise nelle varie rielaborazioni proposte sono i *Global Wealth Databooks di Credit Suisse*, in riferimento ai quali le efficacissime rielaborazioni grafiche proposte da OXFAM ITALIA, *Disuguaglianza. Dati e considerazioni sulla disuguaglianza socio-economica in Italia* rappresentano che nel 2019 il 20% più ricco della popolazione italiana detiene il 69,8% della ricchezza nazionale (cfr. [https://www.oxfamitalia.org/davos-2020/?gclid=EAIaIQobChMIxMujgMPx5wIVwUAYChIrgQ\\_qEAYASAAEgLx\\_D\\_BwE](https://www.oxfamitalia.org/davos-2020/?gclid=EAIaIQobChMIxMujgMPx5wIVwUAYChIrgQ_qEAYASAAEgLx_D_BwE) - consultato il 20.01.2021); in ambito europeo, invece, una efficacissima rappresentazione grafica di una analoga rielaborazione era stata proposta da OXFAM nel *Briefing Paper* del 9 settembre 2015, secondo cui, nel 2015, l'1% della popolazione europea detiene il 31% della ricchezza (cfr. [https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2015/09/EU-report\\_finale\\_08.09.pdf](https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2015/09/EU-report_finale_08.09.pdf) - consultato il 20.01.2021)

<sup>40</sup> BASAGLIA – ONGARO BASAGLIA, *Condotte*, cit., 300.

superamento degli ospedali psichiatrici» deciso in Italia con la legge n.180 del 1978. Fino al 1994, infatti, in ambito statale non fu approvato alcuno dei provvedimenti attuativi pur previsti da quella legge. Piuttosto, essa resisteva endemica e latente nel tessuto sociale per emergere, poi, in modo preoccupante in occasione della prima definizione legislativa delle strategie per il «*definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*» di cui all'art.3-ter aggiunto al d.l. n.211/2011 con la legge di conversione n.9/2012: solo i successivi provvedimenti legislativi di riforma, intervenuti sei volte in meno di due anni, le adeguarono alle soluzioni di terapia territoriale che intanto erano state dettagliatamente definite sia in ambito statale che in molti ambiti regionali con i provvedimenti di attuazione della legge n.180/1978.

*It has only been since 1994 that the strategies for the real application of law no. 180 /1978 have been defined and implemented in Italy. The law was and still is thoroughly avant-garde on the international scene regarding the closure and replacement of psychiatric hospitals. However, the deeply rooted, centuries-old asylum culture led to a 16-year delay in the implementation of the reforms which continued until recently. To complete the work begun in 1978, the decision was made to proceed with the "definitive closure of judicial psychiatric hospitals" by passing Law no .9 /2012. To adapt this new law to the principles of law no.180 /1978, the relative provisions were amended six times in less than two years. From a historiographical perspective, the «longue durée» theorised by the French Annales school offers a useful reference model for an adequate explanation of such long periods and persistent uncertainties. On the other hand, in political-economic terms, the difficulties of social inclusion of the “deviant”, the “psychically disturbed” and the “inefficient” correspond perfectly to a “one-way” production model that is entirely in accordance with the “logic of capital” which leaves little room for political, economic and social solidarity.*