



BASAGLIA: CINQUANTA ANNI DI LOTTE E SUCCESSI

Excursus storico nella Psichiatria alternativa

INDICE:

Premessa

La Psichiatria come missione: chi era Franco Basaglia

Il contesto psichiatrico europeo nel 1900

Storia della psichiatria italiana

- La fase manicomiale: 1800-1960
- La negazione istituzionale a Gorizia: 1961-1972
- La malattia istituzionale
- La de-istituzionalizzazione a Trieste: 1971-1979
- La Legge 180 tra contestazione e realizzazione: 1978-2012

I contenuti della legge di riforma psichiatrica in sintesi

- Il Progetto Obiettivo di Tutela della salute mentale 1994-1996
- Il Progetto Obiettivo di Tutela della salute mentale 1998-2000

Conclusioni

Appendice: Pensieri di Franco Basaglia

Bibliografia

Sitografia

Altre letture su HT

Premessa

Sono una Psicologa, profonda estimatrice del lavoro rivoluzionario che il dottor *Franco Basaglia* ha svolto per la Psichiatria italiana e mondiale dal 1961, anno in cui, iniziando a ristrutturare il manicomio di Gorizia, avviò il movimento della *Psichiatria alternativa* che ha portato poi alla chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici dal 1978 con l'approvazione della Legge 180.

Obiettivo del presente articolo è ragionare sull'evoluzione storica del modello antipsichiatrico di matrice basagliana, diffuso in Italia da ormai cinquant'anni. Conosceremo Basaglia, i suoi ideali, le sue lotte per una Psichiatria a misura d'uomo e il destino delle stesse.



La Psichiatria come missione: chi era Franco Basaglia

Franco Basaglia (1924 - 1980) era un signore veneziano benestante che, spinto dal *sacro fuoco interiore* della compassione e dall'intenzione *pura* volta al miglioramento della società malata, trovò la forza per contestare un sistema medico, sociale e politico disfunzionale.

Trasse la forza dalle sue esperienze carcerarie durante la seconda guerra mondiale ma, soprattutto, dal radicamento delle sue conoscenze mediche.

Era un visionario con solide basi scientifiche, un altruista a volte un po' burbero nei modi, ma sicuramente efficace nei metodi visti i risultati ottenuti con l'approvazione di due **Leggi rivoluzionarie per la Psichiatria** italiana e mondiale (Legge Mariotti del 1968; Legge 180 del 1978).

Era uno Psichiatra anticonvenzionale, etichettato *di sinistra* perché il periodo storico in cui operò fu caratterizzato dalla contrapposizione, molto forte, tra valori proletari e borghesi. Questi ultimi furono da lui contestati per la condizione di isolamento sociale in cui costringevano i malati mentali.

La valenza dell'intervento di Basaglia ha, in realtà, una duplice natura: medico-sanitaria da un lato, e politico-sociale dall'altro.

L'impossibilità di curare il malato all'interno della struttura manicomiale, che per sua conformazione determina un peggioramento della malattia, si sposa con la necessità di **annullare la ghettizzazione della devianza**.

Questa "scissione sociale" era ritenuta indispensabile per mantenere l'ordine del sistema capitalista, desideroso di eliminare l'inefficienza umana a tutti i livelli.

Ogni elemento che turbava l'ordine sociale costituito, nel nostro caso la malattia mentale, non era visto come un fattore di riequilibrio omeostatico, che tentava di riportare le condizioni del Sistema stesso entro parametri più umani e meno orientati al risultato economico esclusivo, ma come un elemento che minava le capacità produttive ed era per questo pericoloso.

Basaglia incarnò le grida di sofferenza di migliaia di persone in Italia, e di milioni di persone nel mondo, che soffrivano sia per la malattia da cui erano affetti sia per il trattamento disumano cui erano sottoposti.

Fu il Medico dei diritti sanitari e sociali dell'umanità.

Nei suoi testi e nei suoi discorsi scelti, si possono leggere parole ispirate da una motivazione profonda alla giustizia e all'efficacia sanitaria.

Lo stile narrativo è di taglio filosofico piuttosto che medico, proprio perché la portata degli argomenti è ad ampio spettro, dall'ambito sanitario a quello etico-sociale, sebbene i contenuti siano argomentati con la precisione scientifica di chi ha lavorato in ambienti universitari.

La grandezza che va riconosciuta a quest'uomo, anche se non si è d'accordo con il suo modello psichiatrico, è di aver creduto in modo così intenso nella bontà del progetto da lui ipotizzato, da essere riuscito a realizzarlo senza modificare la sua impostazione lavorativa per accondiscendere a Cattedratici, Psichiatri tradizionali o Politici.



La sua condotta è stata lineare: ha rilevato un problema, ha ipotizzato una soluzione alternativa, ha studiato il percorso per realizzarla e alla fine l'ha compiuta.

Ha subito critiche e attacchi molto forti dal Sistema medico, sociale e politico ma il destino aveva già disposto chi sarebbe stato il vincitore anche se, inizialmente, non sembrava affatto scontato l'esito di questa lotta medica e sociale.

La chiusura dei manicomi è l'avvenimento più clamoroso che possa essere associato alla figura di Basaglia, e di sua moglie *Franca Ongaro* che sempre l'aiutò nel suo percorso, e probabilmente sarà il motivo per cui sarà ricordato in futuro.

Tuttavia questa meta è stata raggiunta grazie al susseguirsi di tanti risultati che, secondo me, è doveroso elencare in ordine cronologico, per ricordare che cosa può fare un uomo motivato a migliorare la vita della società di cui fa parte:

- Critica alla Psichiatria scientifica che non cura l'uomo liberandolo dalle sue paure ma, di fatto, lo opprime.
- Messa in discussione del potere e dei privilegi degli Psichiatri che non rispettano la soggettività e non garantiscono il potere contrattuale al paziente durante la terapia, ma gliela impongono in modo forzato.
- Individuazione della *malattia istituzionale*, che fu la chiave che consentì di aprire le porte dei manicomi.
- Contestazione sull'impossibilità di poter intervenire con qualsiasi forma di Psicoterapia prima di aver soddisfatto i bisogni primari degli internati.
«È inutile dire a un affamato che non si vive di solo pane», F. Basaglia.
- Costituzione della prima comunità terapeutica italiana, dove tutta la vita istituzionale era regolata da riunioni e dibattiti incessanti tra Medici, Operatori e Pazienti, favorendo così lo sviluppo di una solidarietà sempre più radicata.
- Influenza esercitata sulla Psichiatria europea e mondiale.
- Fondazione del movimento di Psichiatria alternativa denominato "*Psichiatria Democratica*" che formò un'intera generazione di medici.
Questa associazione - costituita non solo da Psichiatri ma anche da Infermieri, Assistenti sociali, Pazienti, Cittadini - aveva il compito di sostenere le nuove prassi psichiatriche e di creare un collegamento costante con i Sindacati, i Partiti e tutti i movimenti che si adoperavano per eliminare l'esclusione manicomiale.
- Stesura di numerosi articoli e testi che consentiranno di tramandare il suo approccio anche alle generazioni future per la trasparenza e la precisione dei contenuti, anche se a volte di non semplice lettura.
- Analisi critica dell'assistenza psichiatrica che culminerà con la de-istituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico di Trieste, la sua definitiva chiusura e sostituzione con una rete di servizi territoriali collegati all'ospedale generale da un servizio di pronto intervento psichiatrico.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

- Approvazione della *Legge Mariotti* del 1968 che prevede il ricovero volontario, l'abolizione dell'annotazione nel Casellario Giudiziario dei ricoveri coatti, l'istituzione dei Centri d'Igiene Mentale come strutture per la cura territoriale e, infine, l'omologazione dell'ospedale psichiatrico all'ospedale generale per quanto concerne l'organizzazione del lavoro e le condizioni contrattuali di Medici e Psichiatri.
- Approvazione della Legge 180 del 1978, comunemente conosciuta come *Legge Basaglia*, che sancisce la chiusura del manicomio come struttura deputata alla cura della malattia mentale.

Basaglia lavorò in Italia ma si ispirò a movimenti europei che si stavano diffondendo progressivamente in Gran Bretagna e in Francia, imparando dagli errori commessi da quei movimenti psichiatrici innovativi e sviluppando ulteriormente l'**approccio rivoluzionario** alla salute mentale.

Il contesto psichiatrico europeo nel 1900

Alla fine della seconda guerra mondiale, lo scenario della Psichiatria europea cambia approccio al fine di trovare degli strumenti che consentano una gestione più proficua delle relazioni con i malati.

In **Gran Bretagna**, lo Psichiatra *Maxwell Jones* sperimenta con successo una nuova forma di gestione della vita manicomiale: **la comunità terapeutica**.

Le prassi organizzative consolidate sono usate come strumento terapeutico in modo da dare un senso specifico a ogni azione svolta.

Sono ridotte le distanze tra staff curante e pazienti poiché la filosofia alla base dell'impostazione lavorativa diventa la vita di comunità, che prevede la condivisione di spazi e mezzi a disposizione per svolgere lavori di gruppo, incontri, discussioni, riunioni plenarie (cui partecipano pazienti ed équipe), momenti ricreativi e, soprattutto, attività lavorative dov'è favorita l'autonomia e l'iniziativa del paziente.

La comunità terapeutica di stampo inglese ha il merito di aver reso possibile la **trasformazione interna dell'istituzione psichiatrica** e il limite di aver accettato, come dato immodificabile, che la cura psichiatrica potesse avvenire esclusivamente attraverso l'internamento manicomiale.

Sempre in Inghilterra, si diffuse un altro movimento in netta contrapposizione con la Psichiatria tradizionale che fu appunto chiamato, per comodità letteraria, **Antipsichiatria**.

Questo nuovo approccio, che ebbe in *Ronald Laing* uno degli esponenti più illustri, negava veementemente l'esistenza della malattia mentale come socialmente riconosciuta.

Ogni forma di **psicosi** ha una ragion d'essere che può essere compresa solo se associata al mondo interiore dell'individuo e alle sue relazioni esterne.

Schizofrenia e disturbi psicotici sono l'**estremo tentativo da parte di un uomo sofferente di ritrovare se stesso**, attraverso un percorso di rinascita interiore che, oggi, gli approcci più coraggiosi della Psicoterapia transpersonale chiamano *risveglio spirituale*.

Il merito di questo approccio è stato di aver costruito dei luoghi alternativi al manicomio per la gestione della follia, di cui il più noto è la comunità di *Kingsley Hall*, a Londra.



Ogni forma di gerarchizzazione dei ruoli era considerata anti-terapeutica e, così, ogni attività avveniva in un clima di reciproca tolleranza, in modo da rendere le funzioni interscambiabili, secondo le necessità. La vita di questa organizzazione fu, tuttavia, di soli quattro anni, a causa dell'isolamento dalla comunità psichiatrica ufficiale.

Basaglia visitò personalmente entrambe le strutture sopra menzionate, ispirandosi alla loro organizzazione per la costituzione della comunità terapeutica in Italia.

In **Francia**, dalla fine della seconda guerra mondiale, nelle cliniche psichiatriche private si erano **diffuse le pratiche psicoanalitiche** al fine di instaurare con il paziente un rapporto meno oppressivo e gerarchizzato.

Negli anni '60 sempre in Francia, si sperimentò una nuova forma d'assistenza definita **Psichiatria di settore**. Il modello francese prevedeva la suddivisione dell'ospedale psichiatrico in diverse sezioni distribuite sul territorio, dotate di servizi e presidi per la cura, la riabilitazione e la prevenzione.

Gli obiettivi perseguiti erano l'**umanizzazione del servizio psichiatrico** attraverso la liberazione del ricoverato e il trasferimento della Psichiatria nella comunità, fuori dal manicomio.

Il modello settoriale, tuttavia, rafforzò l'istituzione manicomiale nonostante avesse l'obiettivo opposto di trasferire le cure da un luogo chiuso al territorio.

I risultati che si ottennero furono, invece, un incremento del numero degli interventi psichiatrici territoriali che sfociavano poi in ricoveri - anche se non necessari - e l'aumento del numero complessivo dei manicomi di zona che rimasero luoghi di segregazione.

Con questo modello, comunque, si diffuse il principio della **continuità terapeutica**, in base al quale i pazienti dovevano essere assistiti dallo stesso personale durante la degenza in ospedale e dopo la dimissione, attraverso la costituzione di ambulatori, dispensari, comunità alloggio e pensionati.

Cadevano, in questo modo le idee di pericolosità e di *non guaribilità* associate ai malati mentali.

Storia della Psichiatria italiana

Il 1978 segnò l'avvio ufficiale della nuova Psichiatria italiana con la promulgazione della **Legge 180**, che sancì la chiusura di tutti i manicomi sul territorio nazionale, eccezion fatta per gli ospedali psichiatrici giudiziari, tuttora in funzione.

Tale legge fece dell'Italia l'unico stato al mondo dove la volontà di pochi Medici riuscì a rivoluzionare l'assetto di un comparto istituzionale radicato.

Come si è arrivati a questo punto? Quali elementi si sono congiunti per consentire a questa evenienza di verificarsi proprio in Italia?

Un'analisi storica consente di raccogliere informazioni che definiscono le caratteristiche della cura psichiatrica nella nostra penisola prima e dopo l'unificazione del Regno.



La fase manicomiale: 1800 - 1960

Prima dell'unificazione del Regno, la cura dei malati di mente era differenziata in base agli stati d'appartenenza, ma accomunata dalla presenza della Chiesa cattolica che si occupava di fornire assistenza a tutti gli emarginati, tra i quali rientravano anche le persone con disturbi mentali.

La necessità di controllare una moltitudine di gente che viveva in condizioni di povertà e di inurbamento forzato – si pensi infatti all'abbandono delle campagne per trovare lavoro nelle grandi città come a una causa molto forte di stress - determinò la creazione di una rete di **istituti di segregazione** per rispondere alle **esigenze di controllo sociale**.

In questo ambiente cominciò a diffondersi l'idea della necessità di creare dei luoghi deputati esclusivamente alla cura e contenzione dei malati di mente, separandoli da poveri, vecchi e storpi, seguendo gli insegnamenti dello Psichiatra francese *Philippe Pinel* che ebbe il merito di liberare dalla catene i folli e di aver creato il **manicomio moderno**.

Il primo manicomio italiano fu realizzato nel 1813 ad Aversa, tuttora sede operativa di uno degli ospedali giudiziari italiani.

La prima legge sui manicomi, successiva all'unificazione del Regno d'Italia, è stata proposta e difesa da Giolitti e fu promulgata nel 1904. Rimase in vigore fino al 1978.

Questa legge stabiliva che il luogo deputato alla cura della follia fosse il manicomio, dove il ricovero poteva avvenire esclusivamente in modo coatto, per ordine del Pretore, attraverso l'intervento della pubblica sicurezza.

Non era previsto il ricovero volontario perché la filosofia retrostante prevedeva che un paziente psichiatrico, per essere considerato tale, dovesse essere valutato una persona pericolosa o scandalosa, in base ai parametri sociali stabiliti. Per questo motivo era dato in custodia all'istituzione manicomiale, dove il direttore diventava l'unico responsabile sanitario e amministrativo della vita del degente.

Contemporaneamente, comparirono le prime cattedre di Psichiatria nelle Università italiane. Nel **1930** si consolidò ufficialmente la **Società italiana di Psichiatria** ancorata al modello medico-organicista della malattia mentale imperante in Europa, che rifiutava qualsiasi psicologizzazione della follia ed era fautrice, invece, dell'ipotesi che la causa della follia fosse sempre e soltanto un danno organico del cervello.

Questo tipo di approccio oscurò e continua a oscurare ancor oggi, sebbene in misura meno radicale, le teorie che collegano i disturbi psichici a motivi biologici, psicologici e sociali (approccio bio-psico-sociale).

Gli anni '30 segnarono l'inizio, proprio in Italia, dell'utilizzo dell'**elettroshock** come terapia di contenimento della malattia mentale, che da Roma ben presto si diffuse in tutta Europa.

Dal mio punto di vista, è utile ricordare che tale pratica aveva e ha l'obiettivo, essendo **ancora utilizzata in alcuni ospedali anche italiani**, di indurre una crisi epilettica nel paziente, tramite l'immissione nel cervello di corrente elettrica alternata.

Questa procedura dovrebbe giovare nei casi di depressione, così almeno affermano gli Psichiatri che sostengono tale metodo. Un dato statistico interessante è che, comunque, **nessuno Psichiatra affetto da depressione si sia mai sottoposto a elettroshock**.

L'utilizzo di questa procedura sanitaria si ridusse solamente attorno agli anni '50 dello scorso secolo, quando iniziarono a diffondersi i **primi psicofarmaci** in Francia.



Da questo periodo in poi la situazione nei manicomi migliorò, perché la durata dell'internamento fu ridotta sensibilmente e le condizioni di vita dei pazienti durante il ricovero divennero più umane. Le sostanze di sintesi infatti tranquillizzavano i malati che non dovevano così essere legati o percossi.

La negazione istituzionale a Gorizia: 1961 - 1972

Gli anni Sessanta furono l'inizio del movimento rivoluzionario che sfociò nella chiusura definitiva dei manicomi italiani. Artefice di questa **rivoluzione scientifica e sociale** fu Franco Basaglia.

Questi, dopo una breve permanenza negli ambienti accademici padovani, accettò nel 1961 l'incarico di Direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia, dando inizio alla fase della **negazione istituzionale**, in cui l'istituzione psichiatrica viene prima criticata, poi negata come strumento valido per la cura mentale, e infine annullata legalmente.

Basaglia interpretò in modo personale le diverse correnti che caratterizzavano la Psichiatria europea dell'epoca. Nei suoi scritti ma, soprattutto, nella sua *opera* possiamo trovare integrati e superati i principi francesi della settorialità e inglesi dell'antipsichiatria e della comunità terapeutica.

Nelle biografie ufficiali dello Psichiatra italiano si trovano spesso citati i nomi di Filosofi come *Sartre* e di Statisti come *Gramsci*, in veste di modelli ispiratori del pensiero basagliano. Dal mio punto di vista è comunque doveroso rimarcare l'unicità e l'originalità del pensiero e dell'azione che sono stati promossi dal leader scientifico, pragmatico ed etico della Psichiatria alternativa italiana.

Basaglia ebbe il coraggio di dichiarare apertamente non solo la **barbarie** perpetuata in manicomio su pazienti inermi (contenzione fisica, gabbie, isolamento fisico e umano, sporcizia, bagni freddi, elettroshock) ma, soprattutto, la ragione dell'**inefficacia dell'internamento** psichiatrico in termini medico-sanitari, per l'aggravamento delle condizioni dei degenti a causa della comparsa della cosiddetta, *malattia istituzionale*.

L'individuazione di questa complicazione aggiuntiva fu la leva per scardinare l'idea che la cura manicomiale fosse l'unica possibile per il trattamento della malattia mentale.

La malattia istituzionale

Questa nuova condizione si associa alla patologia psichiatrica iniziale e ne aggrava i sintomi impedendo, di fatto, un miglioramento della salute mentale dei pazienti.

La *malattia istituzionale* era ed è causata dalla lunga degenza e dalle condizioni in cui le persone vivevano all'interno del manicomio.

L'istituzione, che avrebbe dovuto curare le malattie mentali, peggiorava la situazione del malato privandolo totalmente delle proprie abitudini, della sua libertà e individualità, portandolo a un completo decadimento delle abilità sociali e relazionali.

Per comprendere al meglio delle nostre possibilità cosa sia la malattia istituzionale dobbiamo utilizzare l'immaginazione.

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Sediamoci comodamente in poltrona e proviamo a pensare di essere affetti da una patologia psichiatrica molto comune: la depressione.

Parlerò in prima persona per rendere il racconto più verosimile descrivendo, inizialmente, lo **stato d'animo** da provare soggettivamente e poi le **condizioni ambientali** da vivere sensorialmente.

Il mio viso è triste, come quello di un bambino che ha perduto i genitori, preoccupato per un futuro incerto. Non ho lavoro e non riesco a trovarlo perché nessuno vuole assumere chi parla male di questo mondo.

Sono spesso malato e prendo pillole per ogni cosa: il raffreddore, le costipazioni intestinali, le tumefazioni perché cado spesso, le lacrime per un passato ingrato in cui rimorsi e rimpianti fanno a gara per essere i più forti.

Non sono capito da nessuno, sono solo in un mondo disonesto e marcio, dove non c'è possibilità di redenzione o speranza per un futuro migliore. Per chi, per cosa continuo a vivere?

L'angoscia totale che sale ogni volta che devo prendere una decisione, la mancanza di energia nel realizzare qualsiasi scelta, lo sfiancamento a causa di un mondo crudele, dove solo i disonesti e i corrotti vincono, mi fanno sentire male nel profondo.

Non riesco a guardarmi allo specchio, non riesco a fare la spesa, a leggere, scrivere, lavorare, parlare con le persone perché tanto non possono capire il mio odio per questo tipo di vita, la mia rabbia per le ingiustizie e i soprusi che ho subito e che tanti altri hanno subito.

Come posso farmi ascoltare da coloro che in questo mondo vivono serenamente, sostenendolo con tutte le loro forze perché hanno delle comodità da difendere? Non posso, nessuno lo può fare, è impossibile, altrimenti non mi avrebbero rinchiuso in questo posto che si chiama manicomio, dove ogni diritto civile è perso, dove tutte le mie abitudini sono cancellate, dove tutto è regolamentato in modo forzato.

Non possiedo più nulla né di materiale, perché ogni oggetto mi è stato sequestrato fino alla dimissione che credo non avverrà mai, né di intimo perché tutti i miei ricordi e pensieri sono cancellati o annessi da elettroshock e psicofarmaci nonché dall'apatia generata dalla mancanza assoluta di attività, eccezion fatta per il fumo che è un vizio che non avevo ma che qui dentro, essendo concesso, è l'unica cosa cui mi dedico durante la giornata.

Ero già triste ma ora lo sono molto di più perché ho trovato conferma che lo strumento che questo mondo ha a disposizione, per aiutare le persone infelici, è renderle ancora più disperate togliendo loro anche l'unica via d'uscita che avevano trovato: il suicidio.

Qui in manicomio tutto è regolamentato affinché nulla di pericoloso per l'incolumità fisica dei pazienti possa avvenire. Per cui, mi danno dei quantitativi talmente alti di farmaci che non solo non ho la forza per suicidarmi ma nemmeno per alzarmi dal letto o dalla sedia.

Sono solo nel mio silenzio perché nessuno parla con me. Vedo gli infermieri quando mi portano i pasti. Vedo i medici quando mi somministrano le pillole. Non parlo con nessuno ma forse è meglio così perché tanto non avrei la forza per farlo e nemmeno il motivo.



La malattia istituzionale è dunque connotata da un **processo di depersonalizzazione** progressiva del paziente che, una volta entrato in manicomio, è trattato come un *organismo difettoso* che deve essere riportato all'interno di parametri di vita accettabili dalla società, in modo che non arrechi disturbo alla comunità produttiva.

Il regime istituzionale rigido e controllato non prevede momenti di ascolto e discussione con i malati perché considerati incapaci di condurre un dialogo logico con l'interlocutore medico e, quindi, inabili a qualsiasi forma di Psicoterapia.

In effetti, prima di poter inserire un ricoverato all'interno di un programma psicoterapico, devono essere attraversate altre fasi evolutive del rapporto Medico-paziente che costano fatica emotiva e cognitiva agli operatori.

È infatti necessario trovare un canale comunicativo efficace che consenta di stabilire una relazione di fiducia con i pazienti. Costruire la propria affidabilità è infatti un processo lungo, caratterizzato da gesti quotidiani semplici ma coerenti con le parole espresse.

Prima della rivoluzione basagliana, era impensabile che uno Psichiatra e il suo staff dedicassero tempo ai pazienti per svolgere quotidianamente attività rieducativa con loro o per abbozzare un dialogo conoscitivo e costruttivo perché, nella mentalità imperante dell'epoca, sarebbe stato inutile e pericoloso per gli operatori.

Da qui il divario incolmabile tra pazienti, frutto dell'esclusione sociale, e operatori sanitari che con le prassi consolidate alimentavano ulteriormente il senso di alienazione ed emarginazione dei malati.

Il dottor *Domenico Casagrande*, collaboratore di Basaglia ai tempi della pionieristica esperienza goriziana e successivo Direttore dell'ospedale psichiatrico della città, esprime con forza che **non esistono protocolli standardizzati generalmente efficaci** nella cura delle diverse tipologie di malati mentali.

Per quanto precise siano le diagnosi nel riconoscimento dei sintomi e nella loro integrazione in una patologia psichiatrica codificata, ciò che conta e fa la differenza è la disponibilità dell'operatore a mettersi in gioco con il paziente, dedicando continuamente tempo al dialogo sincero.

È solo con la forza e la coerenza delle proprie parole che lo Psichiatra può aprirsi un **varco nel complesso mondo interiore del paziente** che, sentendosi ascoltato senza preconcetti o giudizi da un altro essere umano, vorrà approfondire il rapporto, intravedendo la possibilità di uscire dalla sua condizione di sofferenza grazie all'aiuto di quel Medico che, per la prima volta, ha cercato con lui un dialogo basato sul rispetto e la fiducia.

Questo era l'approccio di Basaglia e della sua équipe: annullare le forme di coercizione a favore di una **comunicazione con i malati**, privata da vincoli gerarchici e prassi esecutive ma collegata alle circostanze contestuali.



La de-istituzionalizzazione a Trieste: 1971 - 1979

Dopo le dimissioni da Direttore dell'ospedale psichiatrico goriziano e in seguito ad altre esperienze istituzionali, Basaglia approdò all'ospedale psichiatrico di Trieste.

Qui riuscì a completare la sua opera di **smantellamento della struttura manicomiale** (1977) e di implementazione della rete di servizi territoriali per la gestione della malattia mentale, associata al servizio di pronto intervento psichiatrico da contattare in caso di crisi acute.

Il 1978 fu l'anno del trionfo definitivo.

Dopo diverse vicissitudini politiche - da non trascurare l'influenza negativa che ebbe il rapimento di *Aldo Moro* nei confronti delle correnti progressiste - la **Legge 180** sancì finalmente l'abolizione totale e definitiva del manicomio e fu ripresa nella Legge Quadro **1978/833 di riforma dell'assistenza sanitaria**.

Già dall'anno successivo nacquero, tuttavia, le prime associazioni di familiari che volevano la riapertura degli ospedali psichiatrici.

In quello stesso anno Basaglia lasciò Trieste, ormai ammalato.

Morì l'anno successivo a causa di un tumore maligno al cervello.

La Legge 180 tra contestazione e realizzazione: 1978 - 2012

Negli anni '80 i tempi delle contestazioni di classe e dei movimenti studenteschi erano ormai ricordi di un periodo passato, gli stimoli filosofici progressisti ebbero delle forti battute d'arresto in Italia e in Europa.

Conseguentemente anche la Legge 180 subì, di fatto, un blocco esecutivo.

I politici conservatori, la Psichiatria ufficiale e la Medicina clinica contestavano la Legge da diverse prospettive, creando delle vere e proprie azioni di **sabotaggio** alla sua realizzazione.

Per una trattazione dettagliata di questi argomenti si rimanda a riviste specializzate come, ad esempio, i *"Fogli d'Informazione"* della Psichiatria alternativa italiana.

Il risultato fu che l'applicazione della legge avvenne a macchia di leopardo, con realtà in cui essa era rispettata e altre dove al contrario era completamente disattesa.

Mancando infatti **un decreto attuativo** che specificasse le direttive di applicazione della norma, con conseguenti stanziamenti di **fondi per la realizzazione** delle strutture psichiatriche di ausilio alla cura - quali i Centri d'Igiene Mentale, le Case famiglia e le Comunità terapeutiche - furono le Regioni che ne disciplinarono l'applicazione assieme alle USL di competenza.

Conseguentemente l'influenza della maggioranza politica locale sancì il decollo o il tracollo dell'applicazione della nuova Legge. Tuttavia, nonostante le difficoltà politiche e sanitarie in cui la Legge 180 nacque e crebbe e contrariamente a tutti i pronostici che la vedevano abrogata in breve tempo, a oggi risulta ancora operativa anche se molti sono stati negli anni i disegni di Legge elaborati per revisionarla.



Nel 1992 la *Società Italiana di Psichiatria e Psichiatria Democratica* sottoscrissero un **documento comune in difesa della 180**, concernente lo sviluppo dell'assistenza psichiatrica e l'organizzazione dei nuovi servizi territoriali.

Questo documento influenzò notevolmente la Commissione Ministeriale che stava predisponendo un nuovo **Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale**, che fu approvato nell'aprile del **1994**.

La 180 non venne snaturata ma non fu sostenuta da finanziamenti o da sanzioni per le Regioni inadempienti.

Durante la pratica professionale nelle Pubbliche Amministrazioni, ho constatato che tendenzialmente i nuovi sistemi gestionali sono applicati in modo incompleto e non rispettoso delle linee guida a causa di diversi fattori:

- incapacità nella gestione del nuovo modello operativo;
- cambi politici e, quindi, modificazioni dei vertici dirigenziali della struttura;
- retaggio culturale radicato a vecchie prassi difficili da scalfire (*"Noi abbiamo sempre lavorato così, perché ora dovremmo cambiare?"*);
- interessi particolari di alcune fazioni interne che ostacolano le nuove procedure;
- dialogo difficile con i sindacati (ma non necessariamente per colpa di questi ultimi) e via di seguito.

La **mancata applicazione del modello nella sua integrità** determina delle difficoltà operative che sono attribuite alla non funzionalità dell'applicativo, quando in realtà le nuove procedure sono state standardizzate proprio per risolvere determinate criticità rilevate nel servizio pubblico.

Le stesse anomalie possono essere riscontrate nell'implementazione della Legge 180, a tal punto bistrattata da rischiare il fallimento terapeutico e, infine, accusata di non essere funzionale. Con questa motivazione, i detrattori della 180 sostengono tuttora la necessità di revisionarla, che equivale - in estrema sintesi - alla volontà di riaprire i manicomi.

Nella **Legge Finanziaria del 1996** fu ribadita la data di chiusura definitiva di tutti i manicomi italiani (31 dicembre 1996) e furono introdotte delle sanzioni pecuniarie per i Direttori Sanitari inadempienti e una decurtazione degli stanziamenti del Fondo Sanitario nazionale alle Regioni che non si sarebbero adeguate alla normativa.

Il **Progetto Obiettivo 1998/2000**, sancito dal DPR del 10 novembre 1999, stabilì la costituzione dei Dipartimenti di Salute Mentale in ogni Azienda Sanitaria.

I Dipartimenti sono strutturati in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (all'interno degli ospedali civili), in Centri di Salute Mentale territoriali e in residenze riabilitative.

Il dibattito sulla validità del modello basagliano è tuttora attivo.

Sebbene, infatti, le condizioni dei malati mentali siano migliorate, rimangono **insoluti** alcuni **problemi di gestione della sofferenza psichica** che ricadono profondamente sulla famiglia, molto spesso impreparata ad affrontarli.



I contenuti della legge di riforma psichiatrica in sintesi

Con la chiusura dei manicomi, dunque, la gestione dei pazienti psichiatrici è affidata a Dipartimenti che devono occuparsi di **prevenzione, cura e riabilitazione** dei disturbi mentali.

Questi nuovi servizi sono parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale, al pari di ogni altra forma di assistenza sanitaria.

I trattamenti psichiatrici sono in prevalenza volontari e il ricorso al ricovero coatto, mediante Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), deve essere utilizzato sporadicamente e solo nei casi di crisi acuta grave, non gestibile con altre procedure.

A garanzia dei diritti del malato, il T.S.O. deve essere avallato da due Medici, il Sindaco e il Giudice tutelare e deve persistere la condizione di rifiuto delle cure da parte del paziente.

Il Progetto Obiettivo di Tutela della salute mentale 1994-1996

L'approvazione del Progetto Obiettivo (P.O.) 1994 - 1996 è una tappa memorabile per la Psichiatria italiana e conclude un periodo storico importante con la conferma e lo sviluppo dei temi della riforma del 1978.

Di seguito sono sintetizzati i contenuti.

- Costituzione in tutte le USL di una rete di strutture territoriali psichiatriche, residenziali, semi-residenziali e di strutture ospedaliere.
- Aumento e diversificazione delle competenze professionali degli operatori che vanno aggiornate e approfondite, per lo sviluppo di una cultura psichiatrica che superi ogni forma di repressione, di restrizione fisica e di movimento dei pazienti.
- Definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico adottando precise e concrete linee di intervento, che consentano di sanare tutte le disfunzioni in quelle Regioni che non si sono ancora attivate per realizzare i principi di Legge, mediante l'approvazione di strumenti di controllo e di governo del settore psichiatrico.
- Sviluppo di un'organizzazione del lavoro basata sulla gestione integrata dei diversi servizi psichiatrici e non psichiatrici (Ser.T., Consultori, Medici di base, Assistenti sociali, Pronto Soccorso, reparti di Neuropsichiatria infantile) che hanno comunque una valenza sulla tutela dell'equilibrio psichico delle persone, mediante la strutturazione di un Dipartimento che coordini le attività dell'intero settore.



Questo Dipartimento deve avere un bacino d'utenza definito e deve dotarsi di un organico multi-professionale e di strutture adeguate (sede ufficiale, ambulatori, posti letto ospedalieri, strutture semi-residenziali e residenziali), così, suddivise:

A. **Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.)**

È l'assetto organizzativo delle strutture delle USL. deputate all'assistenza psichiatrica. Ha il compito di programmare i progetti terapeutici e di socializzazione, integrando le attività con i servizi forniti dalle altre strutture sanitarie, limitando al minimo i ricoveri, senza incorrere nel fenomeno della *porta girevole*, in altre parole nel fenomeno psichiatrico che vede l'alternanza, nel breve periodo, di ricoveri e dimissioni degli stessi pazienti. Il D.S.M. deve favorire i rapporti con le associazioni di familiari degli utenti, con le cooperative sociali e le associazioni di volontariato. Deve organizzare il lavoro in modo da prevenire e gestire le crisi acute dei malati, incrementando gli interventi sulla rete sociale e familiare del paziente per diminuirne la sofferenza nella vita quotidiana. Deve altresì occuparsi della rilevazione e valutazione epidemiologica dell'attività svolta, sviluppando un adeguato sistema informativo di servizio. Ha la responsabilità della gestione economica e finanziaria del servizio psichiatrico complessivo. Ogni D.S.M. adotta uno o più moduli organizzativi comprendenti diverse strutture, riferiti a bacini d'utenza generalmente di 150.000 abitanti, salvo modifiche regionali.

B. **Il Centro di Salute Mentale (C.S.M.)**

È la sede organizzativa del dipartimento e svolge attività ambulatoriali, domiciliari ma anche, in alcune regioni, ricoveri per brevi periodi nonché attività di valutazione delle richieste che giungono da utenti, familiari, servizi sociali e medici di medicina generale. In particolare, si occupa di filtrare e prevenire i ricoveri attraverso la somministrazione di psicofarmaci, visite ambulatoriali e domiciliari, colloqui di supporto psicologico e psicoterapie individuali o di gruppo. Sono previste anche attività di sostegno infermieristico, attività riabilitative e risocializzanti, interventi socio-assistenziali per gli utenti in carico, proposte di ricovero nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura e nelle altre strutture convenzionate. Infine, offre consulenze specialistiche a istituti o altri servizi, sia territoriali sia ospedalieri e collabora con enti preposti alla tutela della salute mentale dei minori a rischio.

C. **Un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)**

All'interno dell'ospedale generale ma amministrativamente integrato al D.S.M., accoglie pazienti per i quali si renda necessario il ricovero in ambiente ospedaliero, sia in forma volontaria (largamente prevalente) sia in regime di TSO. È un servizio a porte chiuse, in altre parole i degenti non possono uscire liberamente dal reparto. Durante il ricovero sono impostate terapie farmacologiche, sono effettuati accertamenti internistici ed è valutata, con la collaborazione del personale del CSM, la situazione personale e relazionale del paziente. Sono possibili interventi di tipo socio-assistenziale, psicoterapeutico e di sostegno alle famiglie.

D. **Il Centro Diurno**

È una struttura semi-residenziale con funzione terapeutico-riabilitativa, aperta almeno 8 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. Dispone di locali idonei e attrezzati e si avvale di una propria équipe ed eventualmente degli operatori di cooperative sociali e di organizzazioni di volontariato. I suoi compiti sono volti a consentire lo sviluppo nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi, di abilità personali nella cura di sé e nelle attività quotidiane anche lavorative, soprattutto in quei pazienti che hanno difficoltà a stabilire rapporti interpersonali e sociali.

**E. Il Day Hospital**

È una forma di ricovero giornaliero in una struttura semiresidenziale dove sono forniti i pasti principali. È rivolto a pazienti con psicopatologia sub acuta che vi accedono direttamente su indicazione del C.S.M. o in seguito a ricovero, al fine di monitorare e favorire gli effetti riabilitativi del programma terapeutico concordato.

F. La Strutture Residenziali

Sono complessi organizzati per accogliere al massimo 20 persone ciascuno, che necessitano di un'assistenza continuativa per lo svolgimento delle normali consuetudini di vita. Sono rivolte a pazienti di esclusiva competenza psichiatrica ma anche a portatori di handicap, anziani neuropsichiatrici, tossicodipendenti con problematiche psichiatriche, malati terminali di AIDS. L'obiettivo è ricreare una dimensione familiare che consenta ai malati di riappropriarsi delle capacità di relazione interpersonale e di integrazione sociale, grazie alla presenza continua di personale specializzato. Al termine del percorso riabilitativo i pazienti potranno essere trasferiti in gruppi-appartamento autogestiti.

In sintesi, solo nelle Leggi finanziarie del '94 e '96 furono individuati gli strumenti finanziari e operativi per l'applicazione della 180.

Dal 1978 sono stati presentati e mai votati cinquanta progetti di modifica della legge Basaglia che non includevano l'aspetto finanziario della sua applicazione, proponendo al contrario forme più o meno palesi di riapertura degli Ospedali Psichiatrici.

Il Progetto Obiettivo di Tutela della salute mentale 1998-2000

Il P.O. 1998 - 2000 è incentrato sulla determinazione di più incisivi interventi sul piano programmatico, allo scopo di indicare in modo specifico la missione del D.S.M.

In questo modo, sono definiti e realizzati progetti per la ricostruzione del tessuto relazionale, sociale e affettivo delle persone affette da disturbi mentali gravi che presentano disabilità tali da comprometterne l'autonomia e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, tramite anche la collaborazione con associazioni di familiari, di volontariato e con altri servizi sanitari e sociali.

Gli interventi vogliono **coinvolgere le famiglie** nella formulazione e nell'attuazione del **piano terapeutico-riabilitativo**.

Tale coinvolgimento deve essere volontario e la responsabilità dell'assistenza rimane al servizio psichiatrico e non deve ricadere sulla famiglia.

IL D.S.M. ha il compito di:

- Recuperare gli utenti gravi che non si presentano agli appuntamenti o abbandonano il servizio, in modo da ridurre l'incidenza dei suicidi.
- Sostenere la nascita di gruppi di auto-aiuto e di cooperative sociali che favoriscano l'inserimento lavorativo.
- Sviluppare campagne di informazione sui disturbi mentali gravi, con lo scopo di diminuire pregiudizi e diffondere atteggiamenti di maggiore solidarietà nella collettività.



Ai fini della garanzia della qualità del servizio erogato, ciascun Dipartimento ha l'obbligo di attivare e adottare una serie di **strumenti operativi** necessari per una gestione efficace ed efficiente dell'organizzazione lavorativa:

- Nucleo di Valutazione e Miglioramento della Qualità;
- Sistema Informativo Dipartimentale;
- Linee guida e procedure di consenso professionale;
- Piano annuale di formazione e aggiornamento;
- Carta dei Servizi per la salute mentale.

Il D.S.M. ha l'obiettivo di migliorare costantemente la **qualità del servizio**, e necessita pertanto di organizzare una serie di funzioni interne che valutino le prestazioni da un lato e le condizioni logistiche dall'altro.

Attivare un **Sistema Informativo Dipartimentale** consente di raccogliere, elaborare e archiviare i dati di struttura, processo ed esito, ed è indispensabile per la gestione nazionale dei flussi informativi sulle strutture, sul personale e sulle attività/prestazioni dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Il manuale di procedure e di linee guida professionali è uno strumento pragmatico per organizzare e gestire una buona pratica clinica.

Il piano per l'aggiornamento del personale, predisposto annualmente dal direttore di ciascun D.S.M., deve soddisfare il bisogno formativo specifico delle singole figure professionali e contemporaneamente favorire la capacità di lavoro in équipe.

La Carta dei Servizi, infine, è un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso, che predispone anche indicazioni per la raccolta e l'analisi delle segnalazioni di disservizio e per il monitoraggio della soddisfazione degli utenti.

I Dipartimenti di Salute Mentale si sono inizialmente strutturati per affrontare il disagio psichiatrico adulto ma nell'ultimo decennio si è attuata, in conformità anche con il Progetto Obiettivo materno infantile 1998 - 2000, un'integrazione tra i servizi psichiatrici del C.S.M. e le Unità Operative Ospedaliere e Territoriali di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, per creare continuità nel trattamento e possibilità di interventi preventivi coordinati.

La rilevazione governativa effettuata nel 2001 ha evidenziato una non omogenea implementazione degli strumenti nei diversi D.S.M. italiani. Alcune Regioni risultano più virtuose di altre con una percentuale di realizzazione del 100% almeno di alcuni degli strumenti gestionali precedenti, mentre altre sono completamente inadempienti.

Dal mio punto di vista, le competenze di personale specializzato nell'attuazione e gestione di strumenti operativi di natura organizzativa alleggerirebbero i compiti del personale medico, che avrebbe così come unico obiettivo lo sviluppo di terapie, anche alternative, sempre più efficaci.

*«È necessario tornare a dire la verità sulla deistituzionalizzazione.
Il 70% degli SPDC ha le porte chiuse e l'80% usa mezzi di contenzione fisica.
Come mai visto che si può fare diversamente?».*

**(G. Dell'Acqua, Conferenza permanente per la Salute Mentale nel Mondo,
Trieste, 9 - 13 febbraio 2010)**



Conclusioni

L'exkursus storico nella Psichiatria italiana ha evidenziato come la rivoluzione basagliana si sia inserita in un movimento europeo di contestazione delle cure psichiatriche dell'epoca, perché ritenute inadeguate.

La realizzazione del **modello di cura territoriale della malattia**, senza la necessità di rinchiudere le persone in un *sepulcro imbiancato*, è stata la strada che in Italia si è aperta per affrontare il problema psichiatrico.

Questo nuovo sistema ha tenuto nonostante le critiche feroci, i ritardi legislativi, la non preparazione del personale medico e sanitario a gestire il nuovo impianto, le difficoltà economiche, i problemi tecnici (difficoltà nel reperimento e nella gestione delle strutture intermedie come le Case famiglia) e i tentativi di boicottaggio parlamentare da parte delle correnti politiche avverse.

Continuare nella sterile polemica contro l'impostazione psichiatrica vigente, ormai da più di trent'anni, mi sembra un inutile spreco di energia, tempo e soldi.

Il sistema psichiatrico necessita, infatti, di un nuovo stimolo propulsivo che ammoderni l'impianto di base, più che di un ritorno al passato con la riapertura dei manicomi.

Contrastare il modello psichiatrico italiano dicendo che non è funzionale, nonostante gli operatori del settore siano riusciti a erogare i servizi in condizioni critiche, mi sembra un'impostazione concettuale da ristrutturare in una riflessione che ponga l'accento su come avrebbe potuto essere il servizio psichiatrico post Basaglia se le indicazioni attuative fossero state realmente comprese e, quindi, applicate e non solamente imitate su costrizione.

Come avrebbero potuto essere i servizi psichiatrici se veramente ci fosse stata una **rivoluzione culturale** nella società, che avesse modificato il paradigma delle cure mediche su base biologica in un costrutto più umano basato su **terapie centrate sulla persona come sistema socio-bio-psichico?**

A mio avviso è quindi sterile continuare a interrogarsi sulla bontà del modello basagliano, per almeno una fondamentale ragione, seppur ve ne siano diverse.

Ossia che, nonostante le difficoltà incontrate per la sua implementazione, il nuovo sistema è riuscito a rimanere in piedi, per la ferrea volontà dei collaboratori di Basaglia che lo hanno concretizzato negli ospedali dove lavoravano.

Testimonianza a conferma del fatto che nonostante le avversità organizzative, l'impianto mantiene la sua funzione ultima: **liberare il malato dalla prigionia istituzionale** consentendogli una vita dignitosa nel rispetto delle sue peculiarità.

Il progetto che Basaglia aveva in mente è ancora lungi dal compiersi definitivamente, ma passi fondamentali sono stati fatti, gli altri - si spera - si faranno...

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

Appendice: Pensieri di Franco Basaglia

«Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale; viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo e insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione.

Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto della malattia e del ritmo dell'internamento. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale, l'aver scandita e organizzata la propria giornata su tempi dettati solo da esigenze organizzative che - proprio in quanto tali - non possono tenere conto del singolo individuo e delle particolari circostanze di ognuno: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo».

(Franco Basaglia)

«La nostra azione di rovesciamento ha avuto inizialmente questo significato: smascherare la violenza dell'istituzione psichiatrica, dimostrare la gratuità ed il carattere puramente difensivo delle misure repressive manicomiali, attraverso l'edificazione di una dimensione istituzionale diversa, dove il malato potesse gradualmente ritrovare un ruolo che lo togliesse dalla passività in cui la malattia, prima, e l'azione distruttiva dell'istituto, poi, lo avevano fissato.

In questo senso l'avvio a una nuova dimensione terapeutica doveva passare attraverso la distruzione della realtà manicomiale in quanto autoritario - gerarchico - repressivo - punitivo, per giungere a costituire un'istituzione dove la libera comunicazione fra malati, infermieri e medici avrebbe sostituito le mura e le sbarre, nell'azione di sostegno e di protezione per i malati».

(da "Le contraddizioni della comunità terapeutica", 1970)

«Ci sono sempre falsi profeti. Ma nel caso della Psichiatria è la profezia stessa a essere falsa, nel suo impedire, con lo schema delle definizioni e classificazioni dei comportamenti e con la violenza con cui li reprime, la comprensione della sofferenza, delle sue origini, del suo rapporto con la realtà della vita e con la possibilità di espressione che l'uomo in essa trova o non trova».

(da Follia/Delirio in "Scritti", 1982)

«Voce confusa con la miseria, l'indigenza e la delinquenza, parola resa muta dal linguaggio razionale della malattia, messaggio stroncato dall'internamento e reso indecifrabile dalla definizione di pericolosità e dalla necessità sociale dell'invalidazione, la follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire».

(da Follia/Delirio, in "Scritti", 1982)

**Roberta Riccato**
PsicologoArticolo scaricato da www.humantrainer.com

«L'istituzione manicomiale ha in sé, nel suo carattere violento coercitivo discriminante, una più nascosta funzione sociale e politica: il malato mentale, ricoverato e distrutto nei nostri manicomi, non si rivela soltanto l'oggetto della violenza di un'istituzione deputata a difendere i sani dalla follia; né soltanto l'oggetto della violenza di una società che rifiuta la malattia mentale; ma è insieme, il povero, il diseredato che, proprio in quanto privo di forza contrattuale da opporre a queste violenze, cade definitivamente in balia dell'istituto deputato a controllarlo. Di fronte a questa presa di coscienza, ogni discorso puramente tecnico si ferma».

(da "Morire di classe", 1969)

«Il malato, che già soffre di una perdita di libertà quale può essere interpretata la malattia, si trova costretto ad aderire a un nuovo corpo che è quello dell'istituzione, negando ogni desiderio, ogni azione, ogni aspirazione autonoma che lo farebbero sentire ancora vivo e ancora se stesso. Egli diventa un corpo vissuto nell'istituzione, per l'istituzione, tanto da essere considerato come parte integrante delle sue stesse strutture fisiche».

(da "Corpo e istituzione", 1967)

Bibliografia

- Piccione R., "Manuale di Psichiatria", Bulzoni Editore, Roma, 1995
- Basaglia F., "Istituzione negata", Einaudi, Torino, 1968
- Basaglia F., *Considerazioni antropologiche e psicopatologiche in tema di psichiatria istituzionale. Corpo e istituzione*, Conferenza tenuta alla Clinica neuropsichiatrica dell'Università di Genova il 20 marzo 1967, in "Che fare", nr. 3, Milano, 1968
- Basaglia F., Basaglia Ongaro F. (A cura di), "Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengì Gardin", Einaudi, Torino, 1969
- Basaglia F., "La maggioranza deviante", Einaudi, Torino, 1971
- Ongaro Basaglia F. (A cura di), "Scritti I e II" - postumi -, Einaudi, Torino, 1982
- M. Jones, "Ideologia e pratica della psichiatria sociale", Eta Kompass, Milano, 1970
- R.D. Laing, "L'io diviso", Einaudi, Torino, 1969

Sitografia

- Sito del Ministero della Salute, <http://www.salute.gov.it/>, Sezione Salute Mentale, <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPiano.jsp?%20sub=0&id=115&area=ministero&colore=2&lang=it>
- Sito dell'associazione "Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo", <http://www.trieste2010.net/ita/associazione.asp>

Altre letture su HT

- Canis L., "[Le comunità terapeutiche. Quando la vocazione si scontra con "alcune" realtà!](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 72, 2012