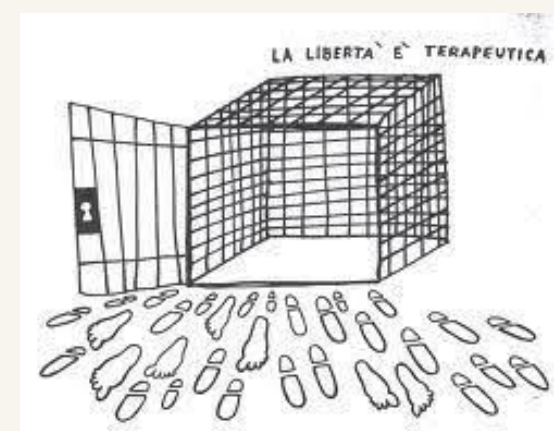
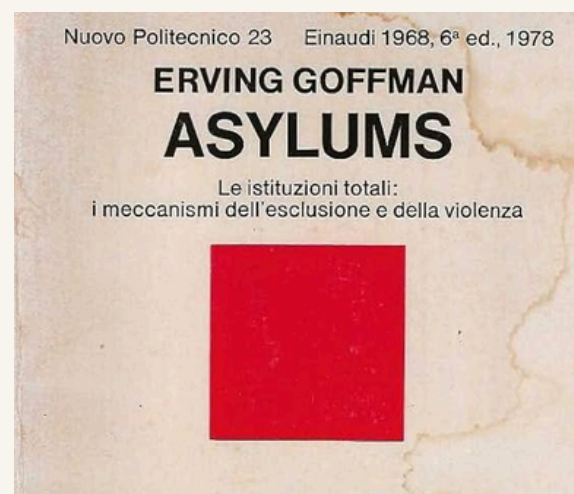
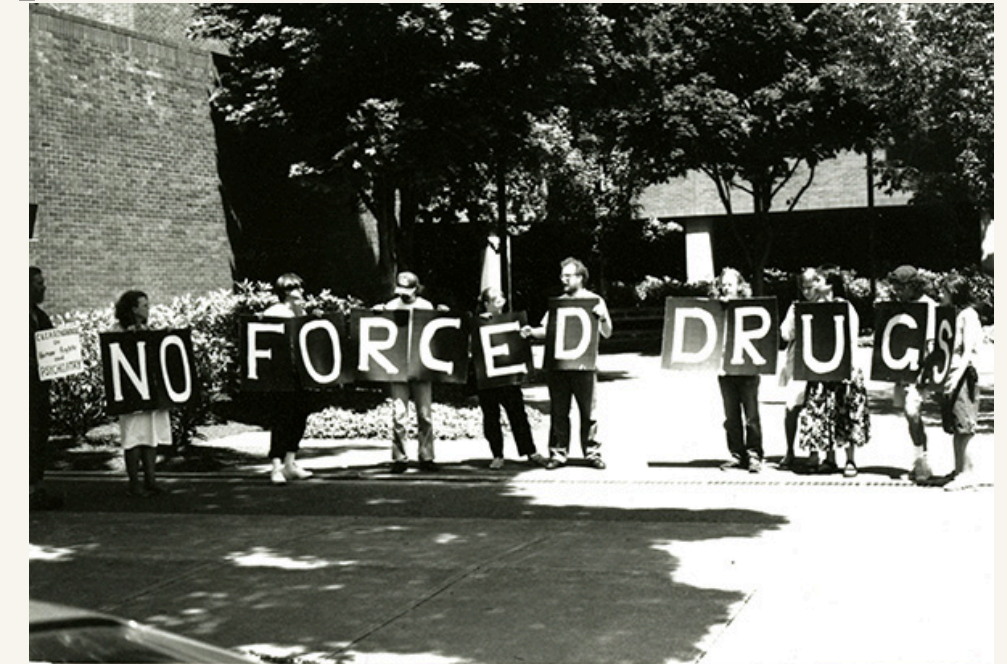
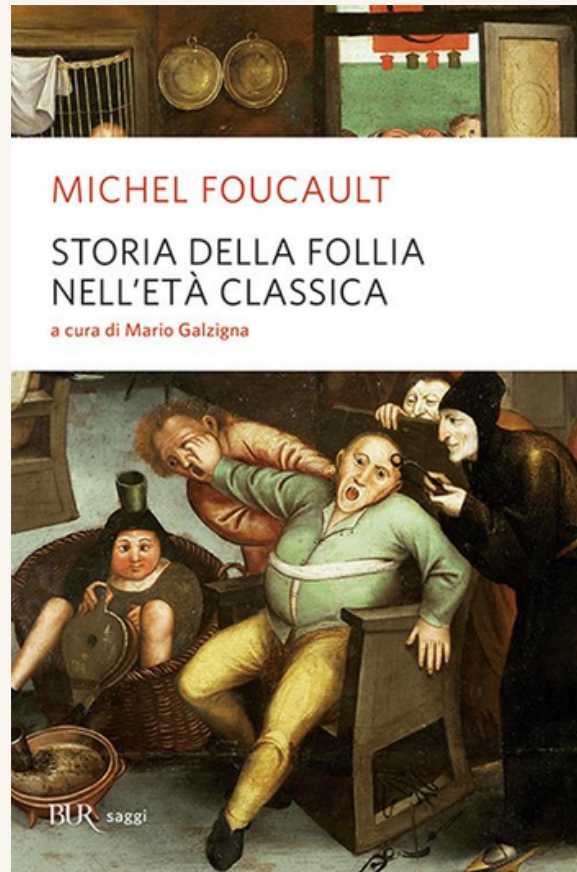


STORIA E ARCHITETTURA DEI SERVIZI PSICHIATRICI

dai manicomi alla psichiatria contemporanea



Psichiatria come fatto storico



XV e il XVI secolo: Stultifera navis - la nave dei folli

Le città europee usavano affidare i propri "folli" e vagabondi a marinai di passaggio, pagandoli affinché li portassero via il più lontano possibile.

Tra il XV e il XVI secolo, la follia fa paura ma affascina. Il folle è visto come portatore di una conoscenza oscura.

XVII secolo: Cartesio e l'epoca del razionalismo

La follia diventa sragione, un deficit, perde improvvisamente tutta la sua aura mistica, poetica e tragica. Diventa semplicemente "sragione" .



Il grande internamento

1656: fondazione dell'Hôpital Général a Parigi.



Pinel libera i folli - 1793

Pinel compie il gesto storico e simbolico di liberare i folli dalle catene, scorpora i malati mentali dal calderone in cui erano stati gettati durante il "Grande Internamento". La devianza viene medicalizzata e da questa separazione nascono nuove istituzioni e nuovi approcci che modelleranno i servizi psichiatrici per quasi due secoli.



Trattamento morale - Nascita dell'alienista (giudice della moralità) - Classificazione delle malattie mentali

In Italia nascono i frenocomi - 1800



**Planimetria generale del
nuovo frenocomio e
ospizio per cronici**

La legge Giolitti - 1904

"Disposizioni sui manicomi e gli alienati"

Il primato dell'ordine pubblico: Il criterio per essere rinchiusi non era il bisogno di cura, ma la pericolosità e il pubblico scandalo. Il manicomio serviva a difendere la società, non a curare il malato.

"Debbono essere **custodite e curate** nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano **pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo**"

Il Casellario Giudiziario: Chi entrava in manicomio veniva iscritto nel casellario giudiziario (come i criminali) e **perdeva automaticamente i diritti civili e politici**. Non poteva fare testamento, non poteva votare, non poteva disporre dei propri beni.

Il potere del Direttore: Il direttore del manicomio aveva un potere assoluto sui pazienti, paragonabile a quello di un direttore di carcere.

La legge Mariotti - 1968

i movimenti per i diritti civili



Trasforma i manicomi in "Ospedali Psichiatrici" provinciali equiparandoli a comuni ospedali.

"Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di **125 posti-letto**".

Istituisce i Centri d'Igiene Mentale, in seguito CSM, primi segni di una psichiatria territoriale.

Introduce per la prima volta il **ricovero volontario** senza la perdita dei diritti civili.

Elimina l'iscrizione automatica al casellario giudiziario.

Basaglia e la Psichiatria Democratica



- **Il rifiuto del modello biomedico** e il riconoscimento delle condizioni sociali, economiche e culturali dell'individuo. Povertà, emarginazione e mancanza di opportunità venivano riconosciuti come fattori determinanti nel percorso di sofferenza psicologica.
- **La cura nella comunità:** Se il manicomio doveva chiudere, la cura doveva spostarsi sul territorio. Il movimento teorizzava una rete di servizi territoriali, aperti e integrati nella società, in cui la persona potesse essere curata senza essere sradicata dal proprio contesto familiare e sociale (l'esclusione sociale è un problema centrale).
- **La persona prima della diagnosi:** Il movimento si batteva per restituire dignità, diritti civili e soggettività alle persone con disturbi mentali. Fino ad allora, il malato era considerato legalmente un soggetto "pericoloso per sé o per gli altri" e veniva privato di ogni diritto, la persona doveva tornare a essere un cittadino.
- **La chiusura del manicomio:** Il manicomio veniva considerato un'istituzione violenta e oppressiva, un luogo che non curava la malattia, ma anzi la cronicizzava e produceva ulteriore sofferenza (la cosiddetta "malattia istituzionale").

La malattia istituzionale

“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 ed 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”. (Basaglia, 1964)



La legge Basaglia - 1978

- La legge stabilisce il **divieto assoluto di costruire nuovi Ospedali Psichiatrici (O.P.)** e vieta nuovi ricoveri in quelli esistenti.
- **Regolamenta l'ospedalizzazione involontaria.**
La regola è la libertà, il TSO è l'eccezione (Articoli 1 e 2). Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) viene istituito, ma circondato da garanzie per evitare gli abusi del passato.



La riforma psichiatrica: assistenza territoriale

L'assistenza psichiatrica viene spostata sul territorio. Il malato mentale non deve più essere "nascosto" in strutture isolate fuori città, si apre quel lungo laboratorio di "**deistituzionalizzazione**" per reinserire il paziente nella comunità.



Gli sforzi di Basaglia in Italia differivano dalla maggioranza dei paralleli sforzi di de-istituzionalizzazione perchè fondati esplicitamente in un apprezzamento della **libertà e autonomia delle persone** con malattie mentali e dallo sviluppae sistemi di cura basati sulla comunità fondati sui principi di **inclusione sociale e governance partecipativa** (Davidson, 2010).

2/35-73

1' AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE

TRIESTE

Si comunica che in data odierna un gruppo di persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico e attualmente residenti in qualità di ospiti hanno ritenuto di prendere possesso di una parte del padiglione Ralli, da lungo tempo disabitato, al fine di sottrarsi all'influenza negativa della regola istituzionale che a loro giudizio avrebbero continuato a subire rimanendo nei reparti ospedalieri.

Il corpo curante si impegna di seguire e di appoggiare tale iniziativa condividendone le motivazioni.

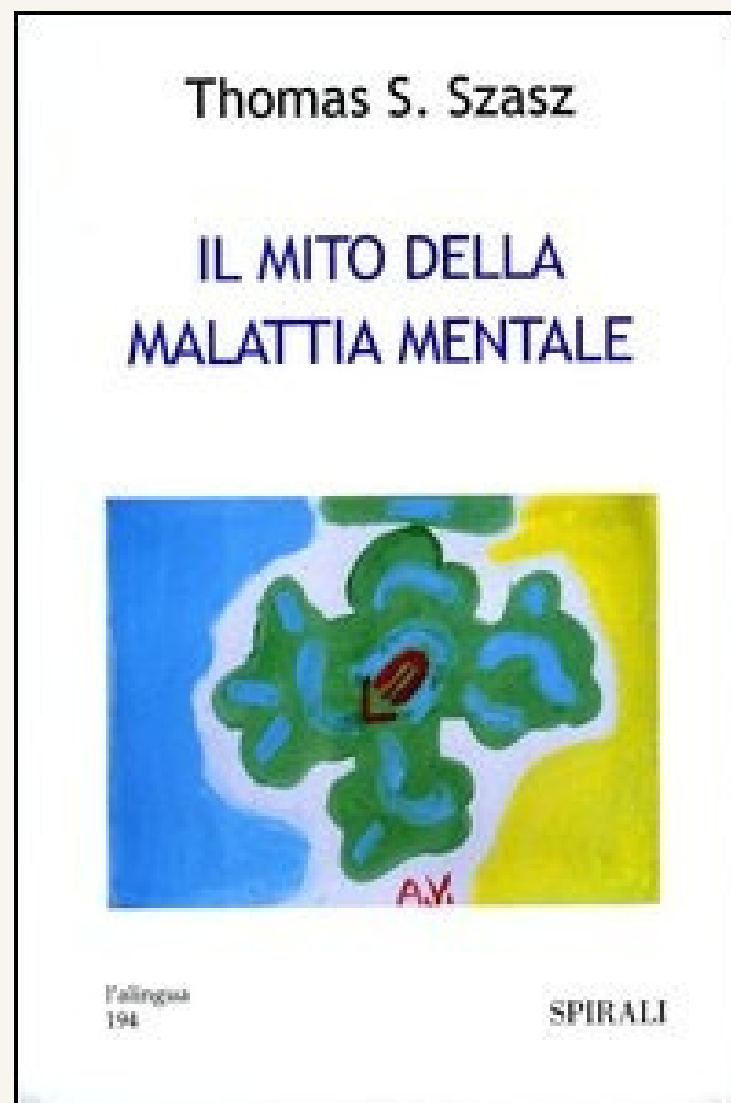
IL DIRETTORE

(Prof. F. Basaglia)

Il movimento antipsichiatrico

L'anti-psichiatria è un movimento teorico, un insieme di posizioni critiche che, soprattutto tra anni '60 e '70, mettono in discussione le pretese scientifiche e le pratiche istituzionali della psichiatria. Il termine "anti-psichiatria" viene generalmente fatto risalire a David Cooper (**1967**).

L'anti-psichiatria ha contribuito a "scardinare" l'autorità indiscussa della psichiatria istituzionale.



Critica della malattia mentale come categoria biologica:

"La malattia mentale è una metafora"

Szasz sostiene che i problemi psichiatrici non sono malattie del cervello, ma metafore per descrivere comportamenti problematici.

The Myth of Mental Illness (**1961**).

L'antipsichiatria

- La psichiatria viene riletta in senso storico e politico da **Michel Foucault** che ricostruisce la nascita della “malattia mentale” e delle pratiche di internamento come fatto storico e come tecnologia di potere e controllo.
- **Critica della coercizione** e del trattamento involontario: forte attenzione a libertà individuale, diritti civili e rischio di uso “disciplinare” della psichiatria.
- Critica dell'istituzione manicomiale come “istituzione totale”: la psichiatria istituzionale è letta come dispositivo che **produce cronicità**, dipendenza e “mortificazione” dell'identità. Qui è centrale l'analisi sociologica che **Erving Goffman** compie ne testo Asylums (**1961**).



In più punti, Basaglia riprende la formula di Goffman secondo cui nelle istituzioni totali **“si deve scoprire un crimine che si adatti alla punizione e ricostruire la natura dell’internato per adattarla al crimine”**, interpretandola come chiave per leggere il manicomio: prima viene la necessità sociale della punizione/segregazione, poi si costruisce una “natura” del soggetto internato che la giustifichi, anche tramite la diagnosi.

La rete dei servizi di salute mentale oggi

Il **Dipartimento di salute mentale (DSM)** è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'**Azienda sanitaria locale (ASL)**.

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i **Centri di Salute Mentale (CSM)**
- servizi semiresidenziali: i **Centri Diurni (CD)**
- servizi residenziali: **strutture residenziali (SR)** distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC)** e i Day Hospital (DH).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

Il Centro di Salute Mentale (CSM)

È il cuore pulsante della psichiatria territoriale e il primo punto di accesso per i cittadini.

- **Cosa fa:** Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.
- **Lo spirito originario:** Doveva essere il luogo "aperto" sulla comunità, capace di intercettare il disagio prima che diventasse emergenza, lavorando in rete con famiglie, scuole e servizi sociali.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

Il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

È il reparto psichiatrico per le situazioni di **emergenza e le crisi acute**.

- **Cosa fa:** Accoglie le persone che necessitano di un ricovero ospedaliero. È qui che vengono effettuati i **TSO**.
- **La novità della riforma:** A differenza dei vecchi manicomi, il SPDC si trova **all'interno dell'Ospedale Civile Generale**. L'idea geniale della riforma era: la malattia mentale è una malattia come le altre, e in fase acuta va curata nello stesso ospedale dove si curano tutte le altre malattie.

E' ubicato all'interno delle strutture ospedaliere (Aziende ospedaliere, Presidi ospedalieri di Aziende sanitarie, Policlinici universitari). Il numero complessivo dei posti letto è individuato tendenzialmente nella misura di uno ogni 10.000 abitanti. Ciascun SPDC contiene non più di **16 posti letto** ed è dotato di adeguati spazi per le attività comuni.

Le strutture residenziali

Sono strutture **extra-ospedaliere** in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo. Le comunità dove **le persone vivono 24 ore su 24**.

- **Cosa sono:** Si dividono in base all'intensità dell'assistenza. Vanno dalle **Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP)**, con molti operatori presenti H24 per situazioni gravi, ai **Gruppi Appartamento Protetti (GAP)**, dove le persone hanno autonomie e vivono insieme come coinquilini, con visite periodiche degli operatori.
- **L'obiettivo:** Sostituire l'internamento a vita con una casa vera e propria, aiutando la persona a ritrovare la capacità di abitare e convivere.

Il quadro d'insieme: Il sistema odierno è pensato come una rete fluida. In teoria, la persona non appartiene a una singola struttura, ma si muove tra di esse in base al suo stato: se è in crisi acuta va in SPDC, quando si stabilizza torna a casa e viene seguito dal CSM.

Riflessioni critiche: il post-180

Nonostante la Legge 180, la transizione è stata lenta (l'ultimo Ospedale Psichiatrico ha chiuso nel 1999) e ha presentato subito gravi ostacoli.

Le criticità:

- Il superamento del manicomio è stato spesso considerato come **solo formale** (de Girolamo, Cozza, 2000).
- Si è generata **frammentazione territoriale** (Burti, Mosher, 2001). La psichiatria italiana oggi non è una rete fluida, ma un "**arcipelago discontinuo**" di **pratiche**. In alcune zone le linee guida sono totalmente disattese, producendo gravi lacune e degrado. Alcuni servizi invece di favorire una piena **cittadinanza**, sembrano offrire un mero "**intrattenimento senza fine**" (Saraceno, 1995).

Il rischio di neo-istituzionalizzazione. Si tende a tornare a logiche di contenimento per rispondere a carenze sociali (es. mancanza di casa/lavoro) e richieste di "sicurezza" da parte della società (Fioritti, Priebe et al., 2007).

IL RECOVERY MOVEMENT E I SERVIZI RECOVERY-ORIENTED

Dai Survivors alla psichiatria recovery-oriented



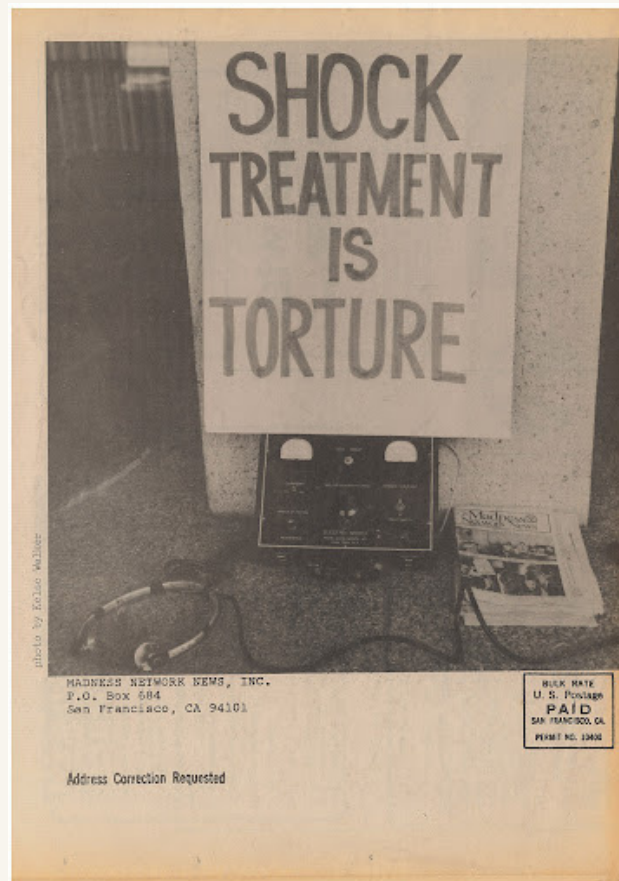
Il movimento dei Survivors



Una rete di persone, di attivisti, che hanno avuto esperienze nel sistema di salute mentale e che si definiscono “sopravvissute” ad esso. Gli interventi psichiatrici sono percepiti come dannosi, coercitivi o abusivi. Il movimento nasce negli anni '70 e si colloca all'interno del generale fermento sui diritti umani, una delle loro grandi lotte è legata al **diritto all'autodeterminazione** e alla possibilità di **essere coinvolti nelle scelte mediche** che ci riguardano.

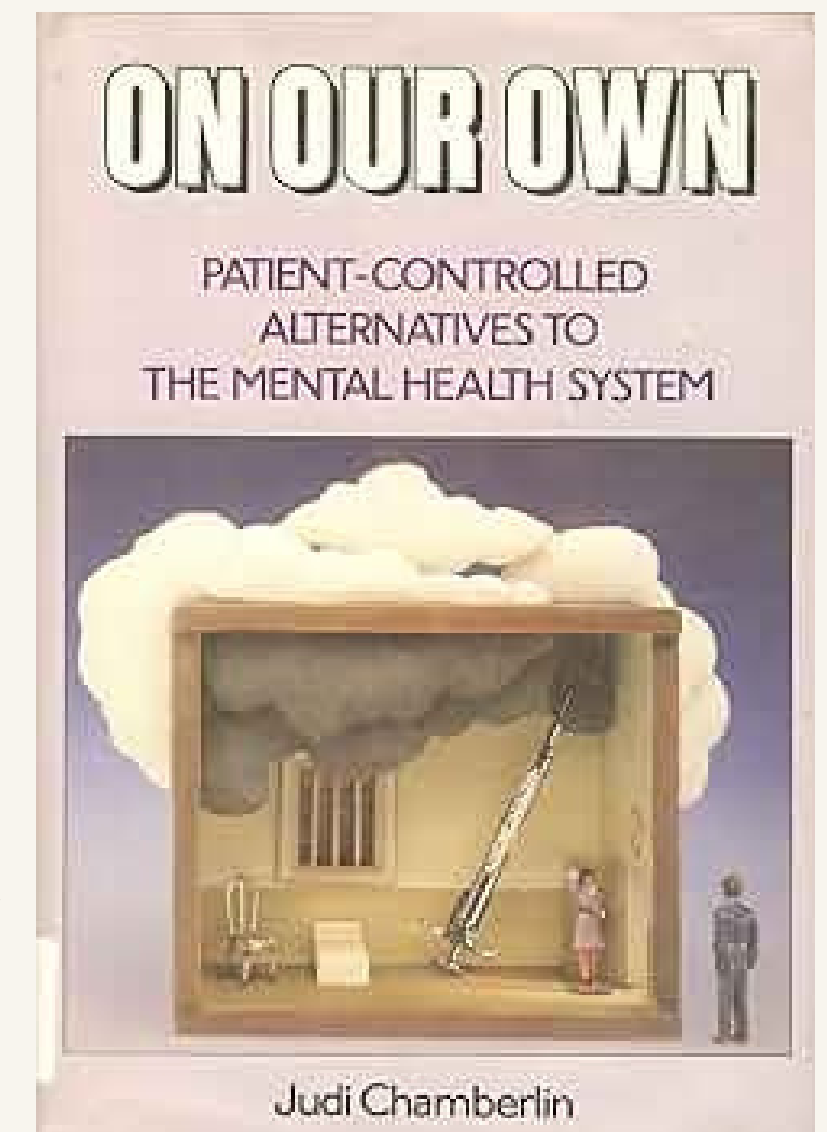
Il movimento dei Survivors

- Critica esplicita e forte del potere psichiatrico vissuto come oppressivo, della biologizzazione della salute mentale, della medicalizzazione come forma di controllo;
- Richiesta di scelta, di alternative e fine delle pratiche coercitive;
- Costruzione di spazi e servizi user-led e di una rivendicazione identitaria (es. Mad Pride).
- Un testo simbolo per l'elaborazione del filone, negli USA, è On Our Own (1978) di Judi Chamberlin, che parla di alternative "patient-controlled" al sistema di salute mentale;
- Questo movimento è **rivoluzionario** rispetto al sistema psichiatrico non riformista.



“Utente o Cliente, da un lato, e sopravvissuto dall’altro, sono espressioni di due prospettive differenti sulla psichiatria: la prima si concentra sulla riforma del sistema esistente, mentre la seconda mette in discussione l’intero sistema psichiatrico, inclusa la premessa stessa della malattia mentale.”

(Russo, 2012)



Le idee di riferimento: Empowerment

Con empowerment si designa un insieme di pratiche e cornici teoriche orientate a riequilibrare rapporti di potere e ad **accrescere la capacità delle persone di incidere sulle decisioni che riguardano la propria vita.**

Il concetto, tuttavia, non è univoco: sotto l'etichetta empowerment rientrano fenomeni eterogenei e può essere inteso come obiettivo, mezzo, processo o risultato dell'azione terapeutica e sociale.

“Empowerment significa [...] recuperare forza e **influenza delle persone sulla propria vita** e rappresenta un'emancipazione delle persone interessate.” (Knuf, 2009)



Le idee di riferimento: Recovery

La definizione di **William Anthony** (del 1993):

*"un processo profondamente **personale e unico** di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli" e "un modo di **vivere una vita soddisfacente**, ricca di speranza e costruttiva anche **entro i limiti causati dalla malattia**". "La recovery implica lo sviluppo di **un nuovo significato e scopo nella propria vita** man mano che si cresce oltre gli effetti catastrofici della malattia mentale"*

Patricia Deegan insiste sul recovery come percorso non lineare e non riducibile alla "guarigione" intesa come fine delle sintomatologia:

"Il recovery non si riferisce a un risultato. Non significa che si è "guariti". Anzi, il recovery è contrassegnato da un'accettazione sempre più profonda dei nostri limiti" (Deegan 1987, 13)

Cosa significa Recovery-oriented?

- **Diritti dell'utente:** Rispetto e protezione attiva dei diritti di pazienti e caregiver. Gli operatori devono conoscere le tematiche dei diritti umani ed essere in grado di indirizzare verso forme di tutela e assistenza legale.
- **Inclusione sociale:** obiettivo è l'integrazione comunitaria reale (casa, lavoro, istruzione, relazioni) al di fuori del circuito strettamente psichiatrico, lavorando in sinergia con il territorio.
- **Partecipazione al servizio:** Utenti e famiglie non sono solo destinatari, ma co-protagonisti. Vengono incoraggiati a contribuire attivamente alla progettazione, erogazione, monitoraggio e valutazione dei servizi stessi.
- **Individualità e autonomia:** Sostegno totale all'autodeterminazione e alle preferenze personali. È fondamentale garantire alla persona la "dignità del rischio" e il diritto al fallimento.

La frammentazione del Recovery

Il termine recovery è oggi al centro di una forte **confusione concettuale** (approccio, modello, filosofia o movimento) e assume una **molteplicità di definizioni**. Questa ambiguità ostacola un reale cambiamento delle pratiche psichiatriche.

Fin dagli anni '70 convivono due visioni in forte tensione tra loro:

- **Personal recovery:** approccio di emancipazione (movimento degli utenti), che rivendica il diritto a una vita oltre l'etichetta di "paziente psichiatrico".
- **Clinical recovery:** un quadro medicalizzato che distoglie l'attenzione dalle radici di giustizia sociale del recupero riducendolo a qualcosa di misurabile da utilizzare come risultato negli studi clinici sugli interventi orientati al recupero (Slade, 2014).

Cooptazione medica: Essendo un concetto vago, chiunque può dichiararsi "**orientato alla recovery**" (Roe et al., 2007). Il termine viene spesso assorbito dal quadro medico, riducendosi a un parametro clinico misurabile.

Dai diritti umani al modello biopsicosociale

Oggi il concetto di recovery nei servizi di salute mentale è spesso inteso come una semplice declinazione del modello bio-psico-sociale, rivelando profonde e irrisolte ambivalenze.

- **Il compromesso bio-psico-sociale:** L'adozione di questo modello ha permesso alla psichiatria di **integrare gli aspetti psico-sociali** senza intaccare il predominio delle teorie biologiche e senza dover mettere in discussione l'apparato tradizionale dei servizi.
- **Il tradimento e la "Neorecovery":** I movimenti dei survivors denunciano l'applicazione concreta del concetto come un tradimento delle origini. La Neorecovery indica proprio questa deriva: un'idea di ripresa svuotata, assorbita dal modello biomedico e resa tragicamente **compatibile persino con trattamenti coercitivi e de-soggettivanti**.
- In una pubblicazione del 2023 dell'OMS, **l'allontanamento dal modello medico viene suggerito come principio fondante per l'organizzazione futura di cure** per la salute mentale orientate alla recovery.

La psichiatria recovery oriented è un ossimoro?

Dimensione	Modello Medico	Modello Recovery
Etica (Il fine della cura)	Beneficenza e paternalismo. Obiettivo: la "ripresa clinica" (eliminare o ridurre il sintomo).	Autonomia e giustizia sociale. Obiettivo: vita significativa, autodeterminazione e "dignità del rischio".
Ontologia (Natura del disturbo)	Biologica e oggettiva. Il disturbo è un difetto nel cervello, riconoscibile e denominabile: l'individuo è da "riparare".	Soggettiva e plurale. Sostiene che l'individuo debba avere il potere di definire la propria sofferenza usando quadri esplicativi diversi
Epistemologia (Il sapere valido)	Quantitativa e clinica. Conta la statistica (trial) e l'esperienza "studiata" del medico.	Idiografica e personale. Supera l'ingiustizia epistemica dando valore all'esperienza "vissuta" (paziente) e "amata" (caregiver).

La psichiatria recovery oriented è un ossimoro?

*“Non suggeriamo che il modello medico non abbia posto in un sistema orientato alla recovery, ma sosteniamo piuttosto che il problema risieda nella sua presunta supremazia, che emargina narrazioni e approcci alternativi. Per **sviluppare sistemi in cui diverse epistemologie possano coesistere**, è essenziale un alto grado di umiltà epistemica. Questa umiltà previene gli squilibri di potere e l'ingiustizia epistemica che potrebbero privilegiare tipi particolari di conoscenza rispetto ad altri. Coltivare l'**umiltà epistemica** tra i professionisti potrebbe richiedere una reimmaginazione fondamentale del modo in cui gli operatori della salute mentale vengono educati e formati” (Slade, 2025).*

Il vero scontro non è tanto medico, quanto politico e di potere.

