

Dalla ‘fabbrica di matti’ ai ‘matti’ in fabbrica. Il manicomio di Treviso

di Gianni Girardi e Livio Guerretta

Nel 1908 alle porte di Treviso, precisamente in località Sant’Artemio, venne avviata la costruzione del moderno manicomio, una struttura cui la legge 36/1904 assegnava funzione di ricovero, custodia e cura di tutte le persone affette da ‘alienazione mentale’, atta al trattamento di individui ritenuti pericolosi per sé o per gli altri, che potessero dare pubblico scandalo o che non potessero essere convenientemente custoditi e curati se non al suo interno¹. Le precedenti disposizioni legislative sui manicomi promulgate dallo Stato unitario erano state inserite nella legge comunale e provinciale del 20 marzo 1865, con la quale si attribuivano alle Province le spese per la costruzione e l’ammodernamento degli istituti di ricovero e il mantenimento obbligatorio dei ‘mentecatti poveri’. Molti di questi istituti derivavano da antiche istituzioni ed erano regolati da una legge sulle Opere pie e di beneficenza del 1862.

Le modalità di ammissione al ricovero manicomiale erano principalmente tre. Quella ordinaria avveniva sulla base di una domanda da parte dei parenti del malato (o di un qualsiasi altro soggetto che operava nell’interesse del malato); era necessario un certificato medico, oltre all’ordinanza di ricovero emessa dal pretore sulla base di questo e di un atto notorio attestante la pericolosità dell’infermo. Una seconda tipologia era l’ammissione per urgenza, a partire da un semplice certificato medico attestante la necessità del ricovero, cui sarebbe seguita un’ordinanza emessa dall’autorità di Pubblica sicurezza (questura, sindaco). Infine, vi era il ricovero volontario, che scattava quando un individuo maggiorenne, cosciente del proprio stato di parziale infermità di mente, entrava in manicomio sotto la personale responsabilità del direttore della struttura. Le dimissioni potevano avvenire per guarigione o per miglioramento. Il ricoverato poteva essere dimesso su richiesta dei familiari, previa autorizzazione del tribu-

nale e consenso del direttore del manicomio. La logica funzionale e strutturale degli edifici si basava sul frazionamento, ossia si utilizzavano padiglioni separati nei quali si suddividevano i pazienti secondo le varie tipologie di comportamento, allo scopo di rendere più facile la loro stretta sorveglianza.

Il manicomio di Treviso divenne col tempo un complesso articolato su quattro gruppi di servizi: sanitari, generali, amministrativi, religiosi. I servizi sanitari venivano esercitati nei reparti, ciascuno diretto da un primario e composto da padiglioni separati per uomini e donne. L'area maschile comprendeva un reparto denominato Osservazione, dotato di venti posti, dove i malati venivano accolti al momento del ricovero e trattenuti, teoricamente, per non più di trenta giorni. Nei casi in cui non veniva diagnosticata la malattia mentale, oppure si verificava la guarigione o, ancora, si riteneva che il disturbo non comportasse una pericolosità sociale, il paziente veniva dimesso. Altrimenti, una volta definita la diagnosi, avveniva la convalida del ricovero da parte del direttore e il paziente veniva ammesso definitivamente nei reparti, in base alla tipologia del disturbo. I periodi di ricovero manicomiale venivano iscritti nella scheda individuale del Casellario giudiziario. Il settore femminile presentava la stessa tipologia di reparti, con gli stessi metodi di cura e padiglioni in buona parte speculari a quelli maschili. Ogni reparto era dotato di un cortile esterno adeguatamente recintato da una rete metallica dell'altezza di circa due metri e mezzo. Internamente, i reparti erano suddivisi tra l'area notte, con camerate comuni (tipo caserma), e quella giorno, ovvero una sala arredata con tavoli e panchine saldamente imbullonati al pavimento. I servizi igienici erano a vista, privi di porta. C'erano, infine, gli spazi per l'ambulatorio medico, la sala mensa e alcuni camerini per i malati più agitati.

La Provincia di Treviso provvedeva all'assistenza dei malati di mente con un comparto di osservazione annesso all'Ospedale civile, cinque case di salute distrettuali e l'invio degli 'alienati' ai manicomi centrali veneti. L'edificio del manicomio era composto da un ordine mediano adibito ai servizi di direzione e amministrazione, oltre che agli alloggi del personale sanitario, dietro al quale si prospettavano i padiglioni della cucina, della lavanderia e delle macchine. Nei due ordini laterali, si sviluppavano simmetricamente edifici a due piani per i 'pensionanti', per i 'tranquilli', per i 'clamorosi' e i reparti di Infermeria, Osservazione e Vigilanza, sia per gli uomini che per le donne. L'alloggio del direttore rimaneva a destra dell'accesso, in prossimità della portineria. L'area, di circa sei ettari, era cinta da un muricciolo provvisto di un'alta rete metallica. Tutti i padiglioni avevano pavimenti in piastrelle di ceramica, o in parchetti di rovere; erano riscaldati a vapore, o con

termosifoni, e non avevano inferriate alle finestre. C'erano, infine, una biblioteca, gabinetti scientifici, una sala anatomica e persino un museo antropologico in via di formazione. Nel 1911 il manicomio aveva sedi succursali a Mogliano Veneto, Montebelluna, Crespano Veneto, Oderzo, Valdobbiadene, Vittorio Veneto².

Fino alla riforma del 1978 – la cosiddetta legge Basaglia – la legislazione sui manicomi prevedeva che la spesa per il ricovero dei malati fosse a carico della Provincia, con possibilità di rivalsa parziale o totale sulla famiglia del malato. I livelli di intervento assistenziale si distinguevano in sanitario, finanziario e morale. Il primo si basava sugli interventi farmacologici, tramite cure psicoterapiche, ambulatoriali, convulsivanti (l'elettroshockterapia o l'insulinoterapia), o piretiche (ad esempio il sulfor o il neurovaccino). Negli anni precedenti si erano praticate cure palliative come i bagni in acqua fredda o cure narcotizzanti (la 'terapia del sonno')³. Il livello finanziario prevedeva sussidi per i malati dimessi in stato di non completa guarigione, mentre per 'assistenza morale' si intendeva la correzione dei disagi ambientali, il ricollocamento al lavoro, l'attivazione di pratiche assicurative e pensionistiche⁴.

Il personale del manicomio si suddivideva tra medici (nei vari gradi di responsabilità: direttore, primario, aiuto, assistente); ispettori di vigilanza; capi reparto (responsabili delle attività delle varie sale e dell'organizzazione dei piani di lavoro); infermieri (che oltre a svolgere compiti di assistenza e di custodia collaboravano a tutte le attività di reparto, facendosi carico anche delle condizioni igienico-ambientali); tecnici di laboratorio e della diagnostica strumentale, inseriti nei servizi collaterali ai reparti. Le funzioni di queste figure erano regolamentate dal contratto di lavoro, da norme di legge e disposizioni funzionali interne e componevano, assieme al personale impiegatizio e dei servizi generali, l'organigramma del manicomio.

Gli allievi infermieri, secondo il regolamento normativo vigente nel secondo dopoguerra, per essere ammessi ai corsi di abilitazione dovevano essere in possesso di una serie di requisiti: buona costituzione fisica, buona condotta morale e civile, capacità di leggere e scrivere, possesso della licenza scolastica, età superiore a 21 anni, se maschi, e a 18, se femmine. L'attestato di idoneità veniva rilasciato dal direttore in base ai risultati conseguiti negli esami finali, sostenuti di fronte a una commissione composta, oltre che dal direttore medesimo, dal medico provinciale e da un delegato dell'amministrazione. Superato il corso di abilitazione venivano assunti per concorso e rimanevano 'in prova' prima di essere immessi nella pianta organica della Provincia a tempo indeterminato.

Nei manuali per gli infermieri di ospedale psichiatrico si leggeva:

[...] l'aspirante infermiere deve effettuare un severo esame di coscienza, perché, se la sua capacità di apprendere conoscenze numerose, difficili, complesse, non gli pare sufficiente, oppure se le sue condizioni fisiche non gli sembrano caratterizzate da quelle doti, non soltanto di energia muscolare, ma anche di agilità, di destrezza, di prontezza, che sono indispensabili in questo campo di lavoro, è meglio risparmiare il tempo e il denaro che costa la frequenza di questi corsi di istruzione. Infine occorre essere persone piene di coraggio, non di goffa spavalderia, ma animate da quel freddo sereno coraggio che deriva dalla coscienza della propria forza morale e dalla necessità di dover assolvere un sacro, anche se pericoloso, dovere⁵.

Qualora un paziente fosse fuggito dal manicomio, l'infermiere, terminato il turno di lavoro, si sarebbe dovuto attivare *motu proprio* per cercarlo nel territorio esterno poiché, in caso di incidente, avrebbe dovuto rispondere in prima persona di omessa custodia⁶. In realtà, l'infermiere era la figura principale all'interno dei reparti di cura, assolveva compiti di sorveglianza e assistenza ai malati, condivideva con loro gli spazi, vigilava affinché non fossero pericolosi per sé o per gli altri e interveniva per qualsiasi loro bisogno. Oltre che di omessa custodia, egli rispondeva penalmente anche dell'eventuale abuso di mezzi di contenzione, quando non preventivamente permessi dal medico.

Trattamenti cronicizzanti

Nei primi anni sessanta due nuovi reparti (maschile e femminile), ricavati da strutture manicomiali già esistenti, vengono destinati non solo al ricovero di persone affette da patologie organiche, ma anche di pazienti psichiatrici considerati non socialmente pericolosi, definiti impropriamente malati 'neurologici'. Il manicomio di Treviso viene dotato di una nuova colonia agricola, di circa ottanta ettari di terreno coltivabile, introducendo così un sistema occupazionale non retribuito – chiamato ergoterapia – destinato a malati lungodegenti tranquilli e lavoratori. Nella Colonia ergoterapica, dotata di locali per il soggiorno, di camere e di servizi, venivano alloggiati per lo più malati con disturbi psichici derivanti dall'alcolismo.

Questi malati provenivano quasi tutti dalle zone di campagna, erano perso-

ne esperte in agricoltura, che rendevano i terreni molto produttivi. Il problema principale stava nella loro custodia e sorveglianza: l'infermiere assegnato alla squadra al lavoro nei campi aveva grosse difficoltà a mantenerla unita poiché molti dei ricoverati, che presentavano una forte pulsione al bere, a turno si dileguavano, recandosi nelle case coloniche vicine per acquistare vino. Alla sera più di qualche malato presentava crisi da etilismo acuto ma nonostante ciò, se manteneva lo stato di tranquillità, veniva reintegrato nei lavori del giorno dopo; se, invece, reiterava il comportamento e diventava aggressivo, veniva 'punito' con una settimana da scontare in un reparto chiuso. Ai pazienti reclutati per i lavori agricoli veniva promesso un bicchiere di vino a pasto, qualche pacchetto di tabacco e una certa libertà di movimento, che permetteva loro di non restare rinchiusi all'interno di un reparto con malati agitati.

I *matti-lavoratori*, producendo reddito e consentendo il mantenimento della campagna e delle stalle in buono stato, procuravano vantaggi all'amministrazione manicomiale, pur non percependo alcuna remunerazione. In teoria, il valore terapeutico-educativo dell'ergoterapia consisteva nella maggior socializzazione, nel miglioramento delle condizioni fisiche e nella possibilità di scaricare l'aggressività, con conseguente possibilità di ridurre la somministrazione di farmaci sedativi. Nonostante la letteratura psichiatrica giudicasse l'ergoterapia particolarmente adatta al trattamento dei malati di schizofrenia, a Treviso vi furono sottoposti soprattutto alcolisti, o cosiddetti 'gracili mentali'. L'ergoterapia non otteneva quindi grandi risultati sul piano sanitario e finiva per essere un sistema che non produceva dimissioni, bensì lungodegenze. Il malato si accorgeva che non vi erano prospettive di uscita e reintegrazione sociale (vista soprattutto la contrarietà delle famiglie al riaccoglimento) e accusava crisi regressive. La cura diventava alienante e – visto l'uso di manodopera gratuita – assumeva il volto di uno sfruttamento mascherato. A scopo ergoterapico si costituirono all'interno del manicomio anche piccoli gruppi-laboratorio di manifattura, in cui i malati più tranquilli, coordinati da un infermiere, assemblavano parti di lampade fluorescenti per una fabbrica locale. Anche se in questo caso venivano compensati con un minimo incentivo economico, la problematicità e le contraddizioni intrinseche al sistema ergoterapico rimanevano.

Ai malati più agitati veniva praticata la 'terapia del sonno', o l'elettroshock. Quest'ultimo consisteva nel far passare una corrente elettrica attraverso l'encefalo, con l'applicazione di due elettrodi alle tempie del malato. Negli anni sessanta si attuava 'a freddo', vale a dire con il paziente disteso a letto. Veniva trat-

tenuto per i quattro arti da altrettanti infermieri, e gli veniva inserito un tubo di gomma in bocca prima di praticare una scossa che provocava forti accessi convulsivi e momentanea perdita di coscienza. Questa terapia era molto dolorosa per il paziente, che quasi sempre cercava di evitare la ‘tortura terapeutica’ e vi era costretto a forza. Nel decennio seguente, l’elettroshock venne praticato in anestesia, riducendo il dolore immediato ma lasciando inalterati gli effetti post intervento, ad esempio le cefalee. Alcuni studi interpretavano la malattia schizofrenica per analogia con altre patologie organiche (malattie infettive, febbri alte, intossicazioni), suggerendo il ricorso a cure piretiche. L’innalzamento della temperatura corporea, anche fino a quaranta gradi, non dava alcuna risposta risolutiva, se non quella di rendere i malati più tranquilli ma anche molto sofferenti⁷. Le psicosi alcoliche venivano trattate con terapie disintossicanti; molti ricoverati presentavano il *delirium tremens* e anche in questi casi il paziente veniva contenuto a letto con mezzi meccanici, poiché manifestava stati deliranti e convulsivi, con allucinazioni visive e uditive. Terminata la cura disintossicante il malato si presentava tranquillo, collaborativo ma sempre alla ricerca di alcool. Dopo il periodo di manifestazione acuta della malattia, veniva quindi trasferito in un reparto per ‘tranquilli’, fino a quando non si presentavano le condizioni per un’eventuale dimissione. Questi malati provenivano principalmente dall’area pedemontana e dalle zone agricole della provincia.

Molti aspetti problematici caratterizzavano, dunque, un modello terapeutico segregante che non produceva effetti positivi, in cui il malato veniva ricoverato e spesso abbandonato in manicomio per anni. Tra l’onnipotenza autoritaria della struttura e l’impotenza dei degenti si innestava un rapporto perverso, il cui solo risultato era quello di segregare la persona malata come o più di un carcerato. La società si lavava la coscienza con l’espulsione della persona dal tessuto sociale, senza porsi la questione del suo reinserimento; nessuno si chiedeva se quel processo terapeutico funzionasse e dovesse essere mantenuto. Se le cause della malattia erano oscure e la malattia veniva considerata inguaribile, allora perché tanto accanimento nel proseguire su una strada lastricata di risultati negativi? Un dato era certo: i reparti del manicomio erano pieni di malati destinati a rimanervi, nella maggior parte dei casi, fino alla morte. La logica manicomiale produceva inesorabilmente lungodegenza e cronicità.

Nel Trevigiano gli anni sessanta e settanta segnarono il passaggio da un’economia principalmente rurale a una artigianale e industriale. Ogni famiglia aveva come scopo principale il lavoro e la casa; i contadini lavoravano tra campi

e fabbriche; il doppio lavoro era un fenomeno molto esteso. Mancavano molte cose, non certo la voglia di lavorare, di ottenere velocemente un livello di reddito più alto. Lo sviluppo urbano e il decentramento produttivo, spesso senza regole, permisero ai cittadini di creare laboratori sparsi nel territorio. Le piccole aziende artigiane assorbivano commesse manifatturiere dalle industrie, il benessere si misurava in termini puramente economici, non sulla qualità della vita e sull'istruzione. Le persone diventavano strumenti produttivi e la politica sosteneva questo processo, garantendo conservazione e stabilità sociale. Il cambiamento veniva percepito come opportunità di una vita migliore, ma se qualcuno affrontava aspetti che non riguardavano il benessere economico, diventava una minaccia cui la società rispondeva con la logica dell'esclusione. Applicata al disturbo mentale, questa impostazione aveva effetti socio-repressivi, anziché terapeutici. La società e la famiglia non erano più in grado di contenere al loro interno situazioni di disagio e i disturbi del comportamento, derivanti anche da patologie organiche (frenastenie, epilessia, psicosi alcoliche, oltre alle patologie psichiatriche più gravi, come le oligofrenie e i disturbi psicotici), trovavano una risposta con il ricovero in manicomio.

Nella primavera del 1971 giunse in manicomio – accompagnato dalla forza pubblica – un giovane di circa trent'anni, con un certificato del medico del suo paese. Terminata la visita dello psichiatra, un infermiere lo accompagnò in reparto. Il ragazzo era impaurito, piangeva, supplicava di non essere ricoverato. A uno sguardo più attento malato e infermiere si riconobbero. Il primo era un rappresentante di commercio, segretario della sezione del Psiup di un paese vicino a quello dell'infermiere. Il paziente chiese aiuto e l'infermiere, conoscendolo da tempo, cercò di intercedere con il medico per evitare il ricovero. Fu del tutto inutile, perché in base alle certificazioni presentate – in cui si dichiarava che, in stato di etilismo acuto, il soggetto aveva percosso la moglie – il medico aveva l'obbligo del ricovero.

Compresa la situazione, il ricoverato divenne sempre più aggressivo: gridava di aver paura di entrare in manicomio, scagliandosi contro i carabinieri che lo avevano accompagnato. Venne ammanettato e condotto in reparto a forza, dove svenne, rimanendo privo di coscienza per qualche minuto. Quando si riprese l'infermiere lo calmò, spiegandogli quale sarebbe stato il percorso nei giorni successivi e assicurandolo che non avrebbe subito alcuna violenza. L'uomo seguì costantemente l'infermiere fino alla fine del turno, alle dieci di sera, quando venne invitato a coricarsi. L'infermiere comunicò la situazione ai colleghi entranti, chiedendo

loro di essere comprensivi verso quella persona. Il mattino seguente, nel quaderno delle consegne di cambio turno, si poteva leggere, grossomodo: «il nuovo entrato ha passato la notte tranquillo ma sempre sveglio e vigile, ha rifiutato la terapia sedativa promettendo di stare calmo» e, nella nota di fine turno, del primo pomeriggio: «ha un comportamento dissociato e depresso, per tutta la mattina è stato in solitudine in un angolo del soggiorno, non parla con nessuno, non manifesta agitazione»⁸. All'inizio del turno pomeridiano, quando l'infermiere tornò al lavoro, gli chiese nuovamente di aiutarlo a essere dimesso; disse di non aver dormito per paura di essere aggredito da altri malati; che si sentiva stanco e disperato, e che ora voleva coricarsi per poter rimanere sveglio anche la notte successiva.

Il destino di molti malati era quello di una lunga permanenza in una struttura che di sanitario aveva le terapie, ma che – subdolamente – produceva una più grave conseguenza: «la regressione istituzionale»⁹. Quando la legge di riforma del 1978 dispose il superamento degli ospedali psichiatrici si poté riscontrare il danno che l'istituzione manicomiale aveva prodotto. Il manicomio non era stato un luogo di cura ma una «fabbrica della follia»¹⁰. Questa situazione suscitò in molti una riflessione su cosa rappresentasse veramente il manicomio: un luogo di cura della follia o, piuttosto, un luogo dove questa si produceva? Certamente era un dispositivo formidabile di controllo sociale e di segregazione.

Una 'cittadella' sindacale

Negli anni sessanta la rappresentanza sindacale del manicomio di Treviso era costituita da una Commissione interna di cinque membri, eletti su tre liste afferenti a Cgil, Cisl e Uil. La scheda elettorale era unica e perciò coloro che votavano potevano esprimere liberamente il loro voto, al di là della tessera che avevano in tasca. La scelta ricadeva più sulle qualità e sulla conoscenza diretta dei candidati, piuttosto che sull'appartenenza confederale. In quel periodo i dipendenti del manicomio erano circa 280, in prevalenza appartenenti al settore infermieristico, e i rapporti di forza tra le confederazioni vedevano circa 140 iscritti alla Cisl, 9 alla Uil e 14 alla Cgil¹¹.

Alle elezioni per il rinnovo della Commissione interna – ogni due anni – i rappresentanti della Uil e della Cgil si piazzavano generalmente al secondo e terzo posto, dopo il capolista della Cisl. La Commissione interna del manicomio era riconosciuta quale controparte dalla Provincia ed era un punto di riferimento

per i problemi individuali e le questioni più generali dei lavoratori della struttura. L'attività sindacale era costante e incisiva, la Commissione interna possedeva una sufficiente capacità di analisi e di contrattazione e godeva di un'ampia autonomia dalle altre strutture sindacali presenti nell'ente provinciale: si potrebbe dire che anche sindacalmente il manicomio era una 'cittadella'.

Tra i componenti della Commissione interna figurava, di solito, anche un appartenente all'Ufficio di vigilanza: una presenza che potrebbe sembrare contraddittoria, ma nei fatti si dimostrava assai utile per risolvere situazioni che riguardavano la gestione del personale. Gli ispettori di vigilanza, infatti, nell'area maschile avevano il compito di stabilire gli orari di lavoro e di gestire la mobilità del personale infermieristico. Seppure informalmente, esprimevano anche giudizi di merito che spesso venivano utilizzati per le promozioni. Nel settore femminile le funzioni di vigilanza competevano alle suore che – fino agli anni settanta, quando fu assunto in questo ruolo personale non religioso – operavano nei reparti anche come capo sala.

Le relazioni sindacali con la Provincia acquisivano un sapore molto più politico. A quel livello, in una situazione di egemonia della Dc, gli attivisti sindacali, soprattutto se non appartenevano alla Cisl, venivano visti come 'diversi' dai quali guardarsi bene e comunque da contrastare, anche quando le questioni poste e le soluzioni proposte erano condivisibili. L'attività della Commissione interna continuò ancora per qualche anno dopo l'affermazione dei Consigli di fabbrica nei settori industriali, a riprova che nei luoghi di lavoro del Pubblico impiego le novità in fatto di rappresentanza sindacale ebbero un'evoluzione più lenta, forse determinata dal radicamento, a volte clientelare, di personalismi e carrierismi.

Ai lavoratori dei manicomi era applicato il contratto di lavoro dei dipendenti degli enti locali. Prima del 1970, dal punto di vista normativo ed economico i lavoratori degli ospedali psichiatrici erano considerati alla stessa stregua di tutti gli altri dipendenti della Provincia e inquadrati, per analogia, come figure professionali non specificamente sanitarie. Poteva anche succedere che gli stessi operatori, a parità di mansioni, venissero trattati economicamente in modo diverso solo per la diversa appartenenza amministrativa. Fu solo con l'accordo nazionale tra associazioni degli enti locali e organizzazioni sindacali firmato in quell'anno e denominato 'di riassetto' (perché, appunto, aveva la finalità di riportare a univocità di trattamento figure professionali di pari mansioni) che si ebbe un primo accorpamento delle posizioni economiche degli operatori psichiatrici, in particolare degli infermieri.

L'applicazione dell'accordo di riassetto rappresentò un notevole banco di prova per le Rappresentanze sindacali aziendali (Rsa) che, negli ultimi tempi, avevano sostanzialmente scavalcato la Commissione interna, ormai superata dal rinnovamento delle rappresentanze sindacali avvenuto nel settore privato. Il confronto con la Provincia per l'applicazione del riassetto fu complesso: da un lato, per il difficile riconoscimento delle specificità del lavoro degli infermieri psichiatrici rispetto agli altri lavoratori dell'ente locale; dall'altro, per la rivendicazione, da parte dei lavoratori del manicomio, di un'autonomia della rappresentanza sindacale rispetto a quella degli altri dipendenti provinciali. L'insistenza nel mantenere una certa separatezza nelle trattative, ad esempio, era giustificata dalla scarsa conoscenza che i sindacalisti esterni avevano dell'ambiente manicomiale e della particolare articolazione delle professionalità presenti.

Per quanto riguarda la Cgil, all'inizio degli anni settanta cominciarono i primi contatti tra la Federazione nazionale dei dipendenti da enti locali e la Federazione nazionale dei dipendenti ospedalieri che portò, attorno al 1976, alla loro fusione e alla nascita della Federazione nazionale dipendenti enti locali e ospedalieri (Fndelo, poi Fnlels). Questa operazione ebbe il merito di consentire un graduale intreccio di conoscenze e un coordinamento delle politiche sindacali e della contrattazione nei due settori del Pubblico impiego più dinamici della Cgil. Per alcuni lavoratori-sindacalisti impegnati nel settore della psichiatria questo periodo – date le questioni politiche, culturali, contrattuali e organizzative sollevate – fu l'occasione per assumere incarichi rilevanti all'interno della Cgil. Negli anni seguenti proseguì l'avvicinamento con altre federazioni di lavoratori del Pubblico impiego della Cgil, dapprima i parastatali e, subito dopo, i dipendenti diretti dello Stato con le loro articolazioni a livello provinciale, arrivando finalmente, nel 1980, alla costituzione della Federazione dei lavoratori della Funzione pubblica (Flfp).

All'inizio degli anni settanta, sulla falsariga dei chimici, si costituirono – per la verità in modo piuttosto burocratico e poco incisivo – le federazioni unitarie di categoria degli ospedalieri (Flo) e degli enti locali (Flel). Dopo lunghe diatribe tra i responsabili sindacali delle tre confederazioni, anche nel manicomio di Treviso venne eletto un Consiglio dei delegati di reparto, con un proprio esecutivo. Tuttavia questo, sia per l'acuirsi della concorrenza tra organizzazioni, sia per la sostanziale omogeneità di situazioni e condizioni di lavoro, non riuscì a svolgere una reale funzione di rappresentanza e contrattazione che rimase, invece, prerogativa delle Sezioni aziendali sindacali (Sas).

Aria di cambiamento

In Italia, prima nel manicomio di Gorizia e poi a Trieste, il professor Franco Basaglia con la sua *équipe*, in contemporanea a movimenti culturali sorti in Francia e Inghilterra, affrontò un tema che per quel tempo era rivoluzionario e dirompente: la messa in discussione del sistema manicomiale e del trattamento medico dei malati psichici. Anche a Treviso si costituì una piccola sezione di Psichiatria democratica¹².

Questo movimento metteva in discussione le logiche manicomiali istituzionalizzanti, considerandole superate, rispondenti più al sistema di controllo sociale che al vero bisogno terapeutico e mistificatrici del diritto alla salute sancito anche dalla carta costituzionale. Si aprì un forte dibattito sulla de-istituzionalizzazione, che affermò una nuova concezione del lavoro sanitario basata sul criterio della continuità terapeutica, sulla prevenzione, la cura e la riabilitazione, sull'apertura dei manicomi e la territorializzazione dei servizi specialistici fuori dagli ospedali, in modo da restituire diritti e dignità ai malati. I manicomi di Trieste, Parma, Perugia, Arezzo e Reggio Emilia furono i primi a contribuire con esperienze anti-istituzionali al cambiamento riformatore, costituendo le comunità terapeutiche e implementando modelli terapeutici orientati al radicale cambiamento del sistema manicomiale.

All'interno del manicomio di Treviso poche persone accolsero le posizioni basagliane come un invito a riflettere. La maggior parte le interpretò come una minaccia a un sistema che veniva ritenuto ancora valido e insostituibile: la malattia mentale veniva percepita, infatti, come un disturbo inguaribile e un problema sociale, rispetto al quale il sistema politico aveva interessi di piena conservazione. Il seme del cambiamento riuscì comunque ad aprire un dialogo dentro e fuori dal manicomio. Si cominciò a riflettere sulle persone che da anni erano internate senza che nessuno si occupasse di farle uscire, anche se le loro condizioni comportamentali potevano consentire un tentativo di reinserimento sociale. Intanto, si dibatteva sulle modalità e sull'efficacia delle cure, mettendo in discussione l'elettroshock – ritenuto da alcuni più dannoso che efficace –, le cure piretiche – prive di effetti terapeutici –, l'uso e abuso della contenzione farmacologica e meccanica e i trattamenti segreganti, in cui il malato era privo di spazi e di diritto di parola, nonché privato di qualsiasi potere contrattuale. In definitiva si giunse alla messa in discussione dell'intero sistema manicomiale in tutti i suoi aspetti, proponendosi di restituire alla persona i diritti di malato

e quelli più generali di cittadinanza, con garanzie di una seria presa in carico sanitaria e sociale, di adeguate terapie, di una maggior attenzione alle cause scatenanti della devianza. Si voleva restituire il malato al suo territorio di appartenenza e affrontare la questione dell'apertura del manicomio.

A Treviso arrivò gradualmente il momento di sviluppare un'idea innovativa della pratica psichiatrica rispetto al sistema di cura e di custodia. L'iniziativa venne assunta e coordinata da un giovane psichiatra, Paolo Romano, che, assieme a un ridottissimo gruppo di infermieri e operatori interni e a qualche soggetto associativo esterno, iniziò un processo di informazione e di formazione sugli elementi sociali e scientifici che sostenevano il movimento di riforma. Il piccolo gruppo di riformatori veniva visto come elemento di disturbo, le proposte espresse erano considerate utopistiche e destabilizzanti. I medici, in generale, formati su tecniche di ordine biologico, si sentivano impreparati; i primari, sostenuti dall'Amministrazione provinciale, difendevano il sistema vigente. Il gruppo decise che occorreva portare all'esterno le ragioni del rinnovamento radicale, discutendo con il mondo culturale trevigiano e fornendo notizie alla stampa.

Nel 1974 avvenne un fatto che segnò in maniera indelebile il superamento del clima terapeutico tradizionale: l'apertura del reparto Convalescenti. Il dottor Romano, medico aiuto di reparto, decise che era giunto il momento di compiere azioni molto concrete in direzione del superamento dell'impostazione strettamente gerarchica che impediva al malato di assumere un ruolo attivo e consapevole della propria situazione. Dopo attente valutazioni e dopo ripetuti ma deludenti tentativi di coinvolgere l'insieme dei dipendenti ospedalieri, considerata anche l'assenza prolungata del primario, Romano si assunse la responsabilità di una decisione dirimpente. Gli infermieri, con l'aiuto anche di qualche malato, presero badili e picconi e tolsero le reti di recinzione del reparto, dando così un segnale di apertura nel vero senso della parola.

Il fatto creò sconcerto in tutto l'ospedale. Tutti si chiedevano: «cosa succederà al ritorno del primario?». Molti dicevano: «quel medico ha avuto coraggio, ma adesso i ricoverati scapperanno tutti»; altri gli esprimevano solidarietà, consapevoli che questo gesto non sarebbe stato gradito nelle stanze del potere. Seguirono giorni di attesa e tensione, durante i quali nessun malato si allontanò e gli infermieri, a cominciare dal capo reparto, camminavano a testa alta, perché sapevano di essere stati coraggiosi. Al rientro del primario il fatto assunse la gravità che molti prevedevano: dopo i solenni rimproveri, la questione venne segnalata all'Amministrazione provinciale. Il primario manifestò palesemente un forte

sentimento di preoccupazione e si attendeva una risposta in termini disciplinari. Ma il fatto più significativo fu che le reti, in quel reparto, non vennero mai più rimesse, segnando l'inizio di un processo irreversibile di liberalizzazione.

Scrive Romano:

[...] grazie alla partecipazione e al sostegno del personale infermieristico, nel settembre 1974 incominciai ad ispirare il mio approccio ai problemi del malato in ospedale secondo la metodologia del lavoro comunitario e a promuovere, di conseguenza, la trasformazione del reparto in cui lavoravo da chiuso ad aperto¹³.

E ancora: «in conclusione l'apertura costituisce solo l'indispensabile primo passo per l'organizzazione dei servizi psichiatrici capaci non solo di curare in modo diverso la malattia mentale, ma anche di affrontare nel territorio le cause che minacciano la salute mentale»¹⁴.

Seppure lentamente, anche sul versante contrattuale qualcosa si muoveva. Nel marzo del 1974 fu firmato un accordo nazionale di lavoro per tutti i dipendenti degli enti locali che, per la prima volta dopo gli anni degli accordi locali separati, ente per ente, successivi al Riassetto, assunse la dignità di contratto collettivo nazionale di lavoro. Prevedeva la possibilità di arrivare a intese integrative a livello regionale attraverso il confronto con l'Unione delle provincie (Upi), l'Unione dei comuni (Anci), l'Associazione enti di assistenza (Anea) e i sindacati. L'accordo (e ancor più l'integrativo regionale siglato successivamente) ebbe un'importanza primaria per i lavoratori dei manicomi, in particolare per le figure centrali nell'assistenza psichiatrica: gli infermieri.

Fino ad allora, tra le figure professionali che operavano all'interno dell'ospedale, quella dell'infermiere – forse perché maggioritaria e quindi costosa ma anche perché data paradossalmente per scontata, quasi anonima – rimaneva inquadrata economicamente a un livello inferiore rispetto ad altre professionalità che, pur svolgendo mansioni importanti, non erano a diretto contatto con i degenti, come ad esempio gli operai specializzati. Partendo dall'esigenza di riconoscere la specificità professionale dell'infermiere, il sindacato aziendale seppe cogliere le possibilità offerte dal nuovo accordo nazionale e costruì una piattaforma sulla quale aprire una trattativa regionale. In quel periodo, l'azione dei rappresentanti aziendali della Cgil fu sicuramente trainante nei confronti delle altre organizzazioni e anche nei confronti delle segreterie sindacali provinciali, che stentavano a condividere il progetto di riqualificazione dell'infermiere psi-

chiatrico. Contemporaneamente, nel manicomio, questo processo incontrava l'opposizione di gruppi di lavoratori non appartenenti al settore infermieristico, che si sentivano raggiunti – a loro avviso ingiustamente – da una figura fino ad allora economicamente inferiore.

Il caso di U.C.

La legge Basaglia fu il risultato di un esteso movimento popolare che, partito all'interno di alcuni manicomi, coinvolse infine vasti settori sociali nella richiesta di cambiamenti profondi. La politica si fece carico del problema promulgando la legge, che venne votata da tutti i partiti, con l'eccezione di Pli e Msi. Anche le rappresentanze sindacali, comprese quelle dei medici, sostennero la riforma. Stranamente, in poco tempo, anche molti di coloro che in precedenza la ostacolavano si convertirono ai suoi principi, collaborando anche alla sua elaborazione: definirsi psichiatri democratici era diventato una moda. Pubblicamente molti criticavano il passato ma nella pratica continuavano a operare come prima: per chiudere definitivamente le strutture manicomiali sono stati necessari altri vent'anni e ancora oggi, per alcuni, sono valide le antiche logiche. La legge Basaglia (poi recepita nella legge quadro di riforma sanitaria 833/1978) ha posto fine a un sistema non degno di un paese civile, o meglio, di una società civile. La competenza in materia di salute mentale è passata finalmente dalle Province alle Regioni e quindi alle Unità sanitarie locali, al pari di tutti gli altri settori sanitari. A seguito dell'approvazione della legge Basaglia, con la conseguente attivazione dei reparti di diagnosi e cura all'interno degli ospedali civili e l'avvio dei Centri territoriali di salute mentale, anche i ricoveri psichiatrici rientrarono nella competenza di tali strutture.

Era il 1982 quando il paziente U.C., dopo un percorso di cure e ricovero, venne dimesso. Il cammino di integrazione sociale e lavorativa dei pazienti rappresentava, anche per coloro che li avevano seguiti dal punto di vista medico e di assistenza sociale, una scommessa. Erano momenti di difficoltà per gli addetti dei Servizi psichiatrici, sia per la scarsità di mezzi a disposizione (personale e strutture) che, in particolar modo, per la diffidenza che spesso li circondava, poiché rappresentavano coloro che 'liberavano' i malati mentali. La partita che riguardava U.C., considerate anche le difficoltà economiche della sua famiglia, diventava particolarmente importante soprattutto sul versante della collocazio-

ne al lavoro. La difficoltà di trovare un lavoro era un ostacolo tanto importante quanto lo era il rifiuto sociale: U.C. era conosciuto come 'il matto del paese' e, anche per evitare atteggiamenti negativi da parte del vicinato e dei conoscenti, la famiglia non voleva assumere un ruolo attivo nel suo reinserimento, anzi, era esplicitamente contraria a farsene carico.

L'*équipe* ritenne necessario procedere con un esame dettagliato e coinvolse i soggetti pubblici del territorio (in particolare il Comune di residenza), confidando in una certa sensibilità di questi verso il caso. In un incontro, l'assessore ai Servizi sociali, dopo aver ascoltato le parti, rappresentate per le proprie competenze dagli operatori sanitari e sociali, espresse l'opinione che quella persona potesse rappresentare una 'turbativa sociale' ma, non potendosi sottrarre alle proprie responsabilità di rappresentante del Comune, si impegnò a elargire un contributo economico di 200 mila lire al mese, con la motivazione che U.C. avrebbe potuto contare almeno sulla possibilità di acquistarsi le sigarette. Alla richiesta degli operatori di individuare una soluzione lavorativa, preferibile per il suo valore economico e terapeutico, l'assessore replicò di ritenere del tutto impossibile tale percorso. Inoltre l'amministrazione comunale chiese, a fronte del contributo economico erogato, una formale assunzione di responsabilità e un'assicurazione da parte dell'*équipe* che la persona non fosse 'di nocumento ad alcuno'. Gli operatori presero atto delle posizioni emerse e, pur non condividendo le valutazioni dell'assessore, decisero una strategia alternativa per il tentativo di riabilitazione. La presa in carico di questa persona fu globale, fatta di incontri settimanali che permisero di stemperare quel clima di rifiuto che veniva manifestato anche dai familiari, e continuativa nell'assistenza e nelle cure. La costanza dell'*équipe* fece superare alla famiglia la sensazione di abbandono che aveva avvertito inizialmente. Un momento significativo fu rappresentato dalla disponibilità del malato a recarsi di persona all'Ufficio di collocamento per iscriversi alle liste di disoccupazione, dando così un segnale di volontà.

Dopo qualche mese U.C. fu chiamato da una fabbrica di mobili del luogo e l'*équipe* si attivò subito per incontrare il direttore e sensibilizzarlo sul valore che avrebbe avuto l'assunzione per il recupero del paziente. Si strinse un patto: in cambio dell'assunzione, il Servizio territoriale assicurò che sarebbe intervenuto senza alcun onere a carico dell'azienda in caso di problemi sanitari e sociali riguardanti quel lavoratore. L'accordo sembrava di buon auspicio, dato l'atteggiamento sostanzialmente favorevole manifestato dalla direzione aziendale. Il primo giorno di lavoro di U.C., alle nove del mattino, il Servizio

psichiatrico ricevette una telefonata dal direttore: tutti gli operai erano usciti dalla fabbrica per protesta, esprimendo il loro rifiuto verso l'ingresso al lavoro di una persona che, evidentemente, era conosciuta da qualcuno per i suoi problemi. Preso atto della situazione, l'*équipe* decise di intervenire presso l'organizzazione sindacale di categoria. Il sindacalista della Fillea-Cgil fu informato sull'intera operazione e sui valori in gioco e si confrontò con il delegato di fabbrica, che alla fine decise di consentire la ripresa del normale andamento lavorativo. Il lavoro, con il conseguente ottenimento di autonomia economica e ripresa di relazioni sociali (seppure sempre con qualche riserva) permise a U.C. di ricoprire mansioni di responsabilità, anche in considerazione del fatto che conosceva ben quattro lingue straniere.

Questo esempio dimostra quanto l'area della salute mentale debba occuparsi della persona a tutto campo. L'integrazione diventa un momento di cura tanto quanto il trattamento farmacologico, perché le logiche espulsive si manifestano ovunque, non solo sul lavoro ma anche nella famiglia. Quando mancano le risorse economiche e psicologiche per l'accoglimento, il paziente tende in un primo momento al ritorno in famiglia, ma a volte si riscontra che la stessa non è psicologicamente idonea ad accoglierlo (famiglia patologica), o è economicamente disagiata. In tali casi diventa necessario farsi carico anche della famiglia stessa, concedendo un adeguato spazio terapeutico ed eventuali risorse economiche indispensabili per poter attuare un percorso complessivo di accoglimento.

Il superamento radicale dell'istituzione manicomiale sarebbe dovuto avvenire attraverso un processo di condivisione e di responsabilizzazione, chiamando l'intero sistema sociale e sanitario ad agire nella trasformazione. Invece non si manifestò una maturità complessiva sufficiente, e le resistenze diffuse al sovvertimento completo delle strutture segreganti rischiarono di ritorcersi contro quel percorso, sostanzialmente rivoluzionario, limitando la portata della legge di riforma che, rispetto alle posizioni manifestate dai settori più avanzati, fu realizzata in maniera piuttosto timida. La legge Basaglia – pur essendo stata giudicata la più interessante d'Europa e quindi studiata e imitata da molti – nell'area trevigiana ha avuto un'applicazione che, operativamente, ha creato molte contraddizioni e incertezze che ancora esistono. Il superamento del manicomio è stato rallentato soprattutto dalla mancanza di interesse di quella larga parte dell'area sanitaria che traeva vantaggio dal mantenimento dell'istituzione, e che trovò una sponda nella scarsa volontà politica delle amministrazioni pubbliche e dei partiti.

La riforma avrebbe richiesto un cambiamento profondo, con l'introduzione di contenuti innovativi, basati sulla prevenzione e su un nuovo modo di gestire la salute mentale, mediante la partecipazione del cittadino. Gli strumenti tecnici e le conoscenze scientifiche specialistiche a disposizione erano tuttavia insufficienti per portare a compimento un'esperienza in cui la prevenzione avrebbe dovuto essere davvero attuata, mettendo in luce tutte le contraddizioni sociali del disagio psichico, scomode e per questo negate. Se, nel trattare la malattia mentale, si toccano questioni relative allo sfruttamento, alla miseria, all'isolamento sociale, alla prevaricazione e all'ignoranza si crea non solo una turbativa, ma si mette in crisi anche il sistema terapeutico. Quando il tecnico deve tradurre il linguaggio accademico in forme comprensibili e convincenti per coloro che vivono un problema concreto e immediato si genera una crisi dei ruoli.

Fu ciò che avvenne con la riforma psichiatrica. I massimi esponenti scientifici entrarono in crisi di fronte alla messa in gioco della loro autorità, perché in ospedale il malato subisce la dipendenza, favorendo chi possiede più potere, mentre fuori, nel territorio del cittadino, il tecnico è costretto a mediare, confrontandosi alla pari. Questa difficoltà riguardò soprattutto coloro che avevano una specializzazione tecnica e, conseguentemente, condizionamenti culturali più marcati. La maggior parte degli operatori, medici e non, trovandosi impreparati a questo cambiamento, si chiusero negli ambulatori, o negli ospedali. I pochi che aderirono alla nuova filosofia d'intervento dovettero umilmente cercare soluzioni in proprio, diventando la punta d'ariete del cambiamento.

Ancora oggi queste contraddizioni non sono state totalmente superate: rimangono aree di conservazione e qualche regressione, e il territorio continua a spaventare, perché impone di affrontare dinamiche difficili da risolvere. Nei primi anni la legge Basaglia fu applicata poco e male. Le difficoltà erano effettivamente molte e contro di essa agivano forti interessi consolidati. Passarono sedici anni prima che il ministero della Sanità emanasse, nel 1994, il primo Progetto obiettivo di tutela della salute mentale per il triennio successivo, che imponeva la chiusura dei manicomi entro la fine del 1996¹⁵. Venne così affermata, almeno in linea di principio, la fine dell'istituzione manicomiale.

Note

1. Gli autori del presente contributo sono stati personalmente coinvolti nelle vicende dell'ospedale psichiatrico qui ricostruite: Girardi come addetto alla centrale termica e alla manutenzione degli impianti dal 1965 al 1975 e come delegato sindacale; Guerretta come operatore psichiatrico dal 1969 al 1978 e, successivamente, infermiere professionale nei servizi del Dipartimento di salute mentale dell'Ulss 9.

2. A. Tamburini, G. Cesare Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Utet, Torino, 1918.

3. Oggi si può affermare che questi metodi di cura sono stati quasi del tutto abbandonati – nonostante alcuni psichiatri abbiano continuato per molti anni a usare l'elettroshockterapia – poiché si sono dimostrati privi di effetti curativi.

4. Su questi aspetti cfr. il R.D. n. 615/1909, Regolamento della legge n. 36/1904, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*.

5. U. De Giacomo, *Manuale per gli infermieri di ospedale psichiatrico*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1959, pp. 9-10.

6. Cfr. le sanzioni previste dagli artt. 714 e 715 del Codice penale, abrogati dalla legge n. 180/1978.

7. In tempi recenti la ricerca biochimica ha messo a disposizione farmaci più efficaci con minori effetti collaterali. Seppure non ancora sufficienti per una terapia definitiva, essi sono indispensabili come ponte verso l'obiettivo di una relazione psicoterapeutica che permetta di raggiungere livelli di salute mentale accettabili per un vivere sociale.

8. Questo a memoria degli autori, che seguirono personalmente il caso.

9. F. Basaglia, *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, discussione avvenuta presso l'ospedale psichiatrico di Colorno, edizione a cura della Provincia di Parma, 1967.

10. Cfr. Associazione per la lotta contro le malattie mentali, *La fabbrica della follia*, Einaudi, Torino, 1971.

11. A memoria degli autori.

12. Tra il 1970 e il 1975 il gruppo trevigiano di Psichiatria democratica, cui partecipavano due medici e sei operatori manicomiali, si riunì nella sede del Pci del Villaggio coordinato di San Liberale.

13. P. Romano, *Sant'Artemio anni '70*, Piazza, Treviso, 2005, p. 41.

14. Ivi, p. 43.

15. La legge n. 724/1994 disponeva la chiusura definitiva del 'residuo' psichiatrico entro il dicembre 1996, termine poi prorogato al gennaio 1997 e, successivamente, al dicembre 1998.