

Presentazione di “Corrispondenza negata”. WISS S. Anna - Pisa 28 /03/’09.

“L’evoluzione del contesto manicomiale volterrano negli anni ’70”.

Angelo Lippi

Volterra, ha una sua storia peculiare connessa alla presenza prolungata delle istituzioni di custodia e assistenza svolte in luoghi ampi e grandi strutture tutelari ritenuti nel tempo indispensabili per poter intervenire sulle diversità. Volterra si costruisce una sua vocazione per trattare i diversi, è come se avesse costruito un proprio DNA. Gli antropologi ci diranno e se quanto è ancora visibile fra gli abitanti!

Correva l’anno 1888 e 4 *mentecatti tranquilli* arrivavano, trasferiti dal più vecchio ospedale psichiatrico di Siena, al convento di S. Girolamo: E’ un antico convento-parrocchia finito poi nel bel centro dell’ospedale psichiatrico e rimasto anche successivamente punto di animazione e di sostegno.

Dopo 2 anni i “pazienti” diventarono 37 e nel 1900 erano arrivati a 282. Il direttore di allora, Luigi Scabia fin dal suo ingresso evidenziò un orientamento (ed una forte) capacità manageriale: colse in anticipo il significato dei tempi correnti, che la legge sui manicomi e sugli alienati (nuova del 1904) esprimeva e che in qualche modo sensibilizzava alla costruzione di nuovi posti di accoglienza. Scabia cominciò a lavorare e costruire per uno sviluppo dell’assistenza tutelare psichiatrica, supportata dalla presenza di una IPAB (Frenocomio di S. Girolamo), molto combattiva nei confronti della provincia per far scegliere Volterra come luogo deputato alla custodia e cura dei malati mentali.

L’idea dell’epoca puntava sull’autarchia del manicomio/villaggio ed il contesto locale facilitava la costruzione ed il mantenimento degli ambienti e delle persone: molta esperienza nel campo dell’agricoltura, delle costruzioni, del lavoro manuale in genere. Il manicomio, tendenzialmente autosufficiente ebbe nel tempo, *un frantoio, un mulino, un panificio, una fornace, un’azienda agraria e propri falegnami, fabbri, idraulici, meccanici, muratori, lavandai, coltivatori*

ed ergoterapisti per accompagnare i ricoverati nelle varie attività (fra queste spicca anche lo scavo del Teatro Romano).

Ma il manicomio/villaggio, divenne quasi un manicomio/città (o forse una città/manicomio che ospitò fino a 4547 ricoverati) ed ebbe anche una propria moneta per uso interno e parzialmente anche esterno, un proprio cimitero, laboratorio di analisi e di radiologia ed un reparto di medicina in cui, alla metà degli anni '70, si ricoveravano con diagnosi di “stato depressivo ansioso” anche molti volterrani, che si sottoponevano a cure per le comuni malattie da reparto di medicina generale, quando ne divenne primario il prof. Paolo Saba eminente e compianto clinico pisano).

Insomma il manicomio crebbe e sviluppò proprie caratteristiche, cercando (non sempre con successo) di mantenere la tradizione del no restraint, dell'ergoterapia e della vita all'aria aperta difese da Scabia, ma sviluppando anche alcune deformazioni tipiche dell'istituzione totale (così ben descritta da Erving Goffman nel 1970), anche a motivo della assenza di supporti psicofarmacologici. Ovviamente qui come in altri ospedali, si praticarono le terapie (e le contenzioni) possibili ed in uso, anche se abbastanza forti (ad es. la malarioterapia).

La legge 36 del 1904 dava fortissimi poteri al direttore, in quanto l'Ospedale Psichiatrico (OP) doveva esprimere una prevalente componente di controllo sociale, (All'art. 1 si legge: *“Devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a se o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi”*) E' chiaro che l'interpretazione di pericolosità divenne “larga” e portò a ricoverare anche persone per “miseria” e bambini. L'applicazione di questa disposizione facilitò l'evoluzione degli OO.PP come una struttura poi sviluppata a cavallo fra la pratica di controllo “giudiziario” e quella di funzione parapoliziesca.

Questa legge (regolamentata nel 1909) aveva anche spazi positivi, basta leggere bene la citazione precedente, spazi poco frequentati, mai occupati sistematicamente, ma presenti in certi periodi ed in certi OP (ricovero “volontario”, dimissioni a custodia, liberalizzazioni interne ed organizzative, IESA... Padova che rinuncia (con il suo statuto del 1905) alla contenzione sostituita con la relazione di aiuto, ecc.).

Ogni OP ricorda oggi le proprie forma di umanizzazione, di certo più formali e auto giudicate a posteriori che sostanziali. Di certo il peso istituzionale anche in un OP umanizzato non era facile da tollerare.

Ma un passaggio, a mio parere essenziale e mai sufficientemente sottolineato nei nostri dibattiti, è dato dalla legge 431 del 1968: i movimenti anti istituzionali e partecipativi di quel periodo portarono questa legge/stralcio rivoluzionaria che ebbe una influenza di inestimabile spinta nel movimento di de istituzionalizzazione.

Fra le innovazioni che ne derivarono possiamo elencare: ogni OP non avrebbe dovuto avere più di 625 posti letto, (tre manicomi, o uno a Volterra? La città nel 1970 aveva 1946 ricoverati, 23 sanitari (contro i 48 previsti), 52 impiegati, 574 infermieri (previsti 649) ed addetti, però, a tutte le funzioni di: ispettori, capo sala, terapisti, ergoterapisti, operatori di base per la pulizia della persona e degli ambienti, infermieri tuttofare e non esclusivamente addetti ai servizi diretti alla persona, ma addetti ai laboratori,...ecc. e infine 205 operai, per un totale di 854 dipendenti. Il 1970 è l'anno secondo classificato fra tutti per il numero di dipendenti, superato solo dagli 888 del 1973. Per un banale paragone, nel 1978, a fronte di 681 ricoverati i dipendenti erano 760: con questi parametri nel 1970 i dipendenti avrebbero dovuto ammontare a 2.187).

La legge 431 introduceva quindi figure e parametri nuovi per ogni OP, come 1 psicologo, 1 Assistente sociale o sanitaria ogni 100 posti letto, e nuovi rapporti, come 1 infermiere ogni tre pazienti, un massimo di 5 divisioni ospedaliere ciascuna delle quali con un primario, un aiuto ed almeno un assistente medico.

Sul territorio si prevedeva un centro di igiene mentale provinciale con propri decentramenti, con figure professionali mirate, e si prevedeva anche una certa copertura finanziaria per avviare e far andare a regime i servizi.

Ma la grande innovazione della legge era nella possibilità di ricoverarsi volontariamente in manicomio (senza pagare il pegno della perdita dei diritti civili e della segnalazione sulla fedina penale), o di poter avere trasformata la propria posizione di ricovero da coatto a volontario. Questo apriva una ulteriore voragine nei conti di Volterra: già le provincie, nate con la responsabilità di coprire i costi dei ricoveri manicomiali, non onoravano le rette, ma nemmeno gli enti mutualistici si volevano far carico dei nuovi ricoveri volontari sostanzialmente equiparati a quelli attivati nei reparti ospedalieri normali, ma a favore di persone prive della “mutua”. E quindi si viveva un periodo di massima difficoltà economica che condizionava l’intero equilibrio della città.

Inoltre Volterra, nel tempo, si era attrezzata con diverse strutture per accogliere molte forme di marginalità ed aveva, oltre all’OP, una sezione maschile di OPG, un orfanotrofio, un Istituto Medico Psico Pedagogico, un Conservatorio femminile, due grandi istituti per corrigendi, un carcere importante tuttora presente. Era ed è, una città distante, poco raggiungibile da qualunque capoluogo o paese, è storicamente nata per autodifendersi dall’esterno ed era, da generazioni, attrezzata per svolgere funzioni di assistenza/controllo sulla devianza e marginalità. Il malato era considerato la seconda pietra locale, insieme all’alabastro. Le provenienze dei ricoverati nel 1970 erano da 18 provincie e zone italiane (ed anche dall’estero), gli enti invianti, debitori di rette, erano 71.

Inevitabilmente l’immagine di Volterra, non ancora cancellata del tutto oggi, era di un luogo da cui non si ritorna. La cartellonistica del Touring club indicava la direzione per il manicomio, una guida tedesca descriveva la città come importante per il suo famoso ospedale psichiatrico, in barba ai valori archeologici e storici della zona!

Quindi la 431 porta grandi cambiamenti nella condizione e volontà politica e nell'assetto organizzativo, economico e sociale del posto. Come raggiungere i rapporti previsti dalla 431? Triplicare l'OP o dimettere per reinserire nelle strutture delle province di provenienza? prevedere fin dall'inizio il superamento inevitabile (?) delle istituzioni totali ? Partire per primi, o aspettare gli eventi? Governare o subire un processo politico culturale economico in atto? come far passare le scelte politiche in una città che da quasi un secolo aveva dimestichezza con le diversità da cui traeva il maggiore supporto economico?

In questo contesto si sviluppa il processo di deistituzionalizzazione alimentato dal forte movimento innovativo/partecipativo che negli anni '70 produsse una ricchezza incredibile di norme, sulla famiglia, sui consultori, sull'inserimento dei disabili, sulla invalidità, sulla IVG, sulla partecipazione, sulle barriere architettoniche, e sulla salute mentale con la 180, poi ripresa in toto dalla legge di riforma sanitaria.

E' frequente, allora come ora, imbattersi nel racconto di manicomi lager, delle terapie violente, dell'accoglienza in località irraggiungibili, della mancanza di partecipazione interna e comunitaria nelle istituzioni totali, della privazione dei diritti civili, della segnalazione sulla fedina penale.... Tutte considerazioni usate ed abusate e oggi come allora legate a coloriture ideologiche, (purtroppo anche ben documentate!). A mio parere è importante richiamare che Volterra ha sviluppato il suo impegno per il superamento del manicomio, (arrivando ad essere in prima fila), contestualmente anche a quello delle altre strutture di ricovero, con uno sforzo politico e culturale diverso e più impegnativo di quello messo in atto in altri ospedali psichiatrici provinciali con un bacino di utenza più contenuto, legato al proprio territorio e inserite in un contesto plurale di risorse occupazionali e quindi zone dipendenti in parte molto minore dal lavoro locale manicomiale. L'azione di promozione del superamento dell'ospedale psichiatrico a Volterra ha in sé una dose di coraggio politico molto forte ed una capacità di partecipazione e condivisione assai rimarchevole.

Nel 1970 l'ospedale aveva una conduzione tradizionale, aveva serie difficoltà economiche per il ritardato/mancato pagamento delle rette, parametri assistenziali assai bassi, come abbiamo visto. Francamente entrare nei reparti fu un'esperienza desolante: pervadeva un senso di impotenza, la sensazione di entrare in un altro mondo, nel quale tutti i sensi (la vista, l'udito e l'olfatto soprattutto) venivano a confrontarsi con stimoli del tutto inconsueti e fuori dall'esperienza del "normale" quotidiano. Per me la difficoltà maggiore era individuare nella massa indistinta che popolava i luoghi di soggiorno, la persona, le persone l'una diversa dalle altre. Difficile capire come entrare in un rapporto diretto e come poter fare qualcosa di utile, di finalizzato all'obiettivo "star bene" e "dimissione", obiettivo quest'ultimo ormai perso nel linguaggio dell'istituzione in cui la persona, per ordinanza del tribunale *godeva* della "*definitiva ammissione al manicomio*". Ma nel 1971 si aprì un primo piccolo spiraglio: un nuovo direttore portò l'innovazione del lavoro di equipe (un anno prima totalmente inaccettato) e impose per ogni ricoverato un approccio interdisciplinare con proposte di rientro nel minor tempo possibile nella propria zona di origine, anche attraverso l'uso importante di psicofarmaci. Ma non era sufficiente: occorreva pensare ad una radicale umanizzazione interna e ad un lavoro di costruzione di risposte anche preventive e riabilitative all'esterno.

Un paio di anni di esperienza e poi subentrarono in maniera prorompente le idee di psichiatria democratica, di umanizzazione, di superamento dei danni prodotti dalla istituzionalizzazione, di diritti, di lavoro con il territorio e sul territorio, nella logica della zonizzazione esportata in molte parti di Italia dall'esperienza parigina. Fu opera del terzo direttore degli anni '70, Carmelo Pellicanò che fino dal suo ingresso, ancora prima di diventare direttore, fece passare le sue idee di politica psichiatrica e di organizzazione democratica a partecipata nelle rigida e gerarchica, quasi monarchica "monarchica" struttura manicomiale.

Si ebbe con lui il periodo di protagonismo diffuso (ci si sentiva bravi colonizzatori....) e di impegno tecnico politico anche sul territorio. In pochi anni

il numero dei ricoverati fu dimezzato per il rientro dei più lontani nelle strutture delle rispettive province, e ci fu addirittura un esubero di personale. I consorzi socio sanitari di Cecina, Rosignano, Pontedera, Calci, Pisa, San Giuliano, videro le nostre equipe quotidianamente impegnate a predicare la de istituzionalizzazione ed a costruirne le condizioni, non solo specifiche per i dimittendi, ma anche generali sulla implementazione dei servizi sociali e sanitari già prefigurati dalla regione Toscana nei consorzi..

Quindi diciamo che dalla metà degli anni '70, all'80 il nostro impegno nell'interno ed all'esterno, strettamente interconnessi, aiutarono a preparare i pazienti ad un possibile rientro (non facile, né veloce) ed i servizi del territorio a creare alle famiglie un sostegno adeguato, o a realizzare piccole strutture di accoglienza per le persone ancora portatrici di bisogni psichiatri

Due principi trainanti erano in atto:

- la gestione interna, democratizzata con assemblee e comitati di gestione partecipati, vedeva l'impegno civile di associazioni locali, forze culturali, artistiche, politiche, tutte chiamate a dare il loro apporto
- la dimissione dei pazienti avveniva solo se si riusciva a trovare una condizione esterna soddisfacente e a dare al paziente gli strumenti di vita necessari e sufficienti ad affrontare il mondo inconsueto della normalità. Rifiuto delle dimissioni selvagge..

In questo contesto si ha una forte produzione di cultura sociosanitaria, nascono convegni storici come quello su "Lo psicologo e le istituzioni psichiatriche in Italia", mostre di grande rilievo come "Volterra '80" e libri di grande successo, come La Corrispondenza Negata di cui si parla stasera e il rilancio della rivista Neopsichiatria.

Corrispondenza Negata è un libro di originale documentazione istituzionale che riconsegna la corrispondenza negata ieri e ripropone i sentimenti espressi con la scrittura e di cui parlerà soprattutto l'amico Raimondi con l'intervento successivo. Un libro di grande spessore culturale, etico e sociale che ha offerto

anche l'occasione per rifare gruppo ai noi *vecchi manicomialisti*, qui presenti stasera, ultimo residuo psichiatrico "istituzionalizzato".

La forza della istituzione manicomiale con le sue regole separate e che con il suo controllo viene a prevalere anche sulla norma costituzionale che all'art. 15 recita: "La libertà e la segretezza della posta e di ogni altra forma di comunicazione sono inviolabili. La loro limitazione può avvenire soltanto per atto motivato dell'autorità giudiziaria con le garanzie stabilite dalla legge". La censura fu tolta in virtù di una proposta maturata nel servizio sociale.

Il libro riedito dopo 25 anni contiene in più al testo originario, una presentazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Volterra che ha finanziato l'operazione, una prefazione del sottoscritto e l'ultimo intervento che Carmelo Pellicanò aveva preparato per una convegno a cui avrebbe partecipato Simone Cristicchi (*Vincitore, ispirato da Corrispondenza negata, del festival della canzone italiana di Sanremo del 2007*), convegno tenuto a Volterra, luogo che ormai frequenta spesso per trarne ispirazione per il suo lavoro di cantante ed artista e che ha già tratto materiale oltre che da questo libro, anche da altri testi volterrani, ad esempio da quello sui graffiti, opera incisa sull'intonaco del muro di un reparto, con la fibbia di un gilet, da Nannetti Oreste Fernando, sull'intonaco per la lunghezza di 100 metri lineari per m. 1,20 di altezza. (*Nota amara: l'opera del Nannetti è in via di sgretolamento*).

Purtroppo Pellicanò (era la fine di aprile del 2007), non era in condizioni di fare, al convegno di presentazione di Cristicchi, il suo intervento che fu letto dal figlio Giannantonio. Tre mesi dopo quella giornata, Carmelo ci ha lasciato. Con la riedizione di questo libro (curata dall'Editrice del Cerro di Tirrenia), rimane ancora più presente ed esemplare il suo metodo di lavoro per i diritti nel campo della sofferenza mentale.

Nel marzo dello scorso anno ci ha lasciato anche Mauro Gallevi uno dei curatori del libro che ha continuato, anche lui fino all'ultimo momento, a regalare la sua creatività per "la causa". Domani si terrà fra Partino di Palaia e Pontedera una

giornata di studio e di esperienza “sul campo” (è proprio il caso di dirlo!) che lo ricorda per quanto ha lasciato.

A loro ed agli altri amici che non sono più qui, va il nostro ricordo riconoscente.