

L'OPIS di Lecce: ricostruzione della sua storia e analisi del modello organizzativo

Parte prima

di Paola Pagano*, Ernesto De Pascalis**

Questo lavoro¹ nasce all'interno del dibattito sul trattamento della salute mentale e si propone di recuperare la memoria storica dell'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino di Lecce, nell'intento di ricostruire i modelli culturali e organizzativi che l'hanno caratterizzata. In questa prima parte delinereremo il contesto storico-culturale che ha portato alla nascita del manicomio, e al suo sviluppo come Ospedale Psichiatrico; nella seconda parte ci occuperemo del confronto tra quanto emerso da questo lavoro e le rilevazioni della Cultura Locale dei servizi per la salute mentale italiani. Il confronto verterà in particolare sui risultati dell'indagine effettuata su committenza del Ministero della Salute tra il 2007 e il 2009 dalla Cattedra di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell'Università "Sapienza" di Roma e finalizzata a rilevare la Cultura Locale dei CSM (Centri di Salute Mentale), così come sui risultati dell'indagine commissionata alla stessa Cattedra dal Coordinamento regionale degli SPDC del Lazio per la rilevazione della Cultura Locale degli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) della Regione.

Riteniamo che questo lavoro sia in linea con le esigenze di conoscenza degli aspetti di funzionamento organizzativo dei servizi di salute mentale, espressa da più parti sociali, dalla comunità scientifica e in primis dal Ministero che per la prima volta ha investito su una ricerca relativa all'efficacia organizzativa e non sull'efficacia dei trattamenti farmacologici. Segnali che sottolineano il valore e l'importanza attribuiti agli aspetti organizzativi e culturali del funzionamento dei servizi preposti al trattamento della salute mentale ed evidenziano la necessità di una riflessione criteriata su questo tema.

La realizzazione di questo lavoro è stata molto difficoltosa per il reperimento delle fonti: l'archivio dell'Opis è inutilizzabile da tempo, abbandonato a se stesso e accatastato in un seminterrato. Facciamo riferimento, quindi, oltre alla bibliografia citata, ai dati disponibili presso l'Archivio di Stato di Lecce e alle interviste a testimoni-chiave del personale in servizio prima del 1978. Le preziose interviste ci hanno permesso di ricostruire l'esperienza degli anni Settanta, a partire dal 1973 e di conoscere meglio l'organizzazione della struttura e i rapporti tra il personale sanitario e tra questo e i pazienti.

A trent'anni dalla sua promulgazione, il dibattito attorno alla legge 180/78, che ha sancito la chiusura delle strutture manicomiali, è tornato a essere sempre più attuale, sia all'interno della comunità degli addetti ai lavori, sia nell'opinione pubblica in senso lato². Nell'attuale dibattito scientifico sono sorti molti interrogativi rispetto ai cambiamenti da essa introdotti e si alternano posizioni fondate sulla idealizzazione o sulla svalutazione delle strutture manicomiali. In taluni casi, l'idealizzazione è tale da farne auspicare una riapertura, quale strumento risolutivo per il controllo e l'allontanamento della pericolosità dalla società.

Il nostro lavoro si propone di favorire una lettura il più possibile legata all'esperienza storica, in contrapposizione con il processo di mitizzazione (svalutazione/idealizzazione) in atto. Nella nostra ipotesi la possibilità di sviluppo dell'attuale sistema del trattamento della salute mentale è ancorata alla rilettura critica dell'esperienza, alla luce degli ultimi anni di storia. In accordo con Carli (2009),

* Psicologa, Professore a contratto di Psicologia delle Organizzazioni e per il Laboratorio di analisi dei processi organizzativi, Università del Salento, Lecce.

** Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Università del Salento, Lecce.

¹ Una parte di questo scritto nasce dal lavoro di tesi in Psicologia delle Organizzazioni discussa a Luglio dal dott. De Pascalis nel corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche dell'Università del Salento.

² Espressione di questo interesse è riscontrabile nell'indagine statistica sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia, svolta nel maggio del 2003, in cui è stato intervistato telefonicamente un campione selezionato dalla Doxa. A tal proposito, cfr. <http://www.doxa.it/italiano/nuoveindagini/salutementale.pdf>

riteniamo che, oggi, il problema vissuto nei confronti della malattia mentale ponga ancora una volta di fronte a un bivio le organizzazioni che se ne occupano: rilanciare il controllo o investire sulla verifica? Per la verifica è importante la conoscenza della domanda sociale sulla malattia mentale; l'alternativa è la risposta collusiva a un mandato che chiede nuovamente controllo ed espulsione della diversità.

In quest'ottica consideriamo particolarmente rilevante soffermarci su un'esperienza interamente fondata sul *controllo* e sulla *domanda obbligata*, analizzare gli aspetti salienti della cultura che la fondava e, successivamente, confrontarli con quanto emerso dai recenti studi sugli attuali Servizi per la salute mentale.

A chiusura del progetto con i CSM, si è svolto un seminario-studio presso l'Università Sapienza di Roma, organizzato dal responsabile scientifico, prof. Renzo Carli e dal suo gruppo di lavoro della Cattedra di Psicologia Clinica, in cui erano presenti i referenti del Ministero, i responsabili e il personale dei CSM (psicologi, psichiatri, assistenti sociali, medici, infermieri). In tale circostanza lo stesso Carli ha sottolineato la complessità della situazione che attraversano i servizi della salute mentale, collegandola con i cambiamenti culturali che stanno vivendo tali servizi: "la mia impressione è che i servizi di salute mentale in Italia siano a metà di un guado problematico, avendo abbandonato una riva di cui non si riconosce neanche più la configurazione, vissuta per altro in modo molto conflittuale, ma non sapendo ancora da che parte si sta andando, quali sono le configurazioni della riva verso la quale si tende".

Le origini del trattamento della salute mentale

La lettura medica dei problemi inerenti la salute mentale, lo ricordiamo, si sviluppò alla fine del Settecento³. Fondamentale fu l'apporto del francese Pinel⁴, che introdusse un "trattamento morale" degli *alienati*⁵ che iniziarono a essere considerati malati da curare. Ciò in antitesi con quanto accadeva nei secoli precedenti, in cui le persone con problemi di salute mentale erano considerate criminali da punire e trattate con metodi repressivi, e prima ancora, fino al '500, indemoniati da esorcizzare. Queste persone rappresentavano un'anomalia minacciosa, un pericolo sociale che era necessario isolare dal resto della società e rendere innocuo anche a costo della segregazione, dell'uso di metodi violenti, e della sospensione di tutti i diritti.

Con la lettura medicalizzata dei problemi di salute mentale, si ebbe anche la diffusione di strutture orientate alla cura. L'internamento e l'affidamento del malato mentale a un medico specializzato, isolava il malato stesso dalla società e allo stesso tempo sollevava la collettività dal farsi carico di un problema scaturito al suo interno.

³ Inizialmente i malati di mente furono rinchiusi in ospedali, prigioni, lazzaretti. Poi, a partire dal XVI secolo in Inghilterra e dal XVII in Francia e Germania, si iniziarono a costruire strutture adibite esclusivamente al loro ricovero, dove vennero applicati i primi rudimentali metodi di cura. La convinzione dominante all'epoca era che la follia fosse causata da difetti fisici interni, ed era quindi sul corpo del malato che bisognava intervenire per ricondurlo alla sanità. Vennero sperimentati a tale scopo i metodi più bizzarri: ai malati venivano praticati frequenti salassi per renderne il sangue più leggero, fori sulla pelle per permettere agli spiriti ribelli che li abitavano di fuggire via, o docce di acqua gelata per combattere i loro pensieri stravaganti. Soltanto gli inizi dell'Ottocento i progressi medici e sociali introdussero significativi cambiamenti in questo settore: fu allora, infatti, che si iniziò a distinguere nettamente il criminale dal malato di mente e si modificarono i sistemi di cura per agire non solo sul corpo del malato, ma soprattutto sulla sua psiche. Lo scopo era quello di rieducare le menti per rendere le persone con problemi di salute mentale adatte alla vita in società, ridare autocontrollo e disciplina.

⁴ Nel 1787 cominciò a pubblicare scritti sulle malattie mentali e divenne famoso con uno scritto sul trattamento delle alienazioni dell'età adulta, presentato ad un concorso bandito dalla Société royale de médecine. Questo lavoro gli valse nel 1793 l'assegnazione all'asilo di Bicêtre, dove compì lo storico atto di liberare gli alienati dalle catene e dalle lordure in cui erano mortificati, trasformando i *pazzi* in malati da studiare e curare (Enciclopedia Treccani).

⁵ Il termine alienato era utilizzato in quel periodo per indicare genericamente le persone con problemi di salute mentale. Nel suo uso sociologico più generale, l'alienazione denota un estraniamento o una separazione di parti della personalità individuale, o della personalità come un tutto, da alcuni aspetti del mondo dell'esperienza.

Nella maggior parte dei casi, i manicomi vennero ricavati da strutture preesistenti (ospedali, ospizi, conventi), ma, in alcuni casi, furono costruiti edifici ex novo. Un modello di riferimento fu il Panopticon⁶ (Bentham, 2002) progettato dal filosofo e giurista inglese Jeremy Bentham nel 1791. Riteniamo che tali edifici siano tra le espressioni più significative della cultura che fondava, in quel periodo storico, il trattamento delle persone con problemi di salute mentale. Il Panopticon fu inizialmente progettato come carcere. La struttura del Panopticon era composta da una torre centrale, all'interno della quale stazionava l'osservatore, circondata da una costruzione circolare che ospitava le celle. Avendo una forma radiocentrica, permetteva a un unico sorvegliante di tenere sotto controllo in ogni momento tutti i detenuti; questi ultimi, di contro, non potevano sapere se e quando venivano osservati e ciò li doveva condurre a osservare costantemente la disciplina. Sembrano evidenti le tracce di un ancoraggio della cultura che criminalizzava le persone con i problemi di salute mentale, come anche la perfetta sintesi tra struttura dell'edificio e funzione predominante: il controllo sul malato e il mantenimento della disciplina.

La lettura medica dei problemi di salute mentale si consolidò entro il pensiero positivista, che introdusse l'osservazione scientifica e la catalogazione di sintomi e patologie, leggendo tali problemi come *disturbi mentali*. Si trattava di una lettura organicistica del problema di salute mentale, in cui questo era considerato una malattia, con una eziopatogenesi fisica. Kraepelin, col suo modello nosografico, rifiutava di considerare ogni causa o conseguenza della malattia che non fosse riscontrabile dal punto di vista organico, escludendo categoricamente dai suoi studi considerazioni di carattere psicologico.

I manicomi come strutture specializzate al ricovero dei malati di mente iniziarono a diffondersi in tutta Europa con una progressiva crescita dei ricoveri, probabilmente legata alle conseguenze della Rivoluzione Industriale e delle maggiori occasioni di alienazione sociale che ne scaturirono. Il 30 giugno del 1838 il parlamento francese approvò la prima legge europea sugli alienati, che forniva un corpus giuridico alla psichiatria e trasformava definitivamente quello che era un problema politico e sociale in una questione prettamente medica: "Sulla tela di fondo della società contrattuale che la Rivoluzione Francese instaura, il pazzo stona. Irragionevole, non è soggetto giuridico; irresponsabile non può essere oggetto di sanzioni; incapace di lavorare e di servire non entra nel circuito regolato dagli scambi [...]. Focolaio di disordine, deve più che mai essere represso, ma sulla base di un altro criterio di punizione rispetto a quello disposto dai codici per chi ha volontariamente trasgredito le leggi. Isola di irrazionalità deve essere amministrato, ma secondo norme diverse da quelle che assegnano al loro posto ed assoggettano ai loro compiti i soggetti normali di una società razionale" (Foucault, 1977, p.139).

Nei confronti del mondo esterno, gli ospedali psichiatrici erano chiusi e isolati, collocati in zone marginali e periferiche dei centri abitati, per non disturbare anche solo la vista dei cittadini *sani*. Al suo interno la struttura era suddivisa in vari reparti a seconda delle condizioni fisiche e psichiche dei pazienti, della loro età, del sesso. Il reparto di accettazione era quello meno duro, in cui i malati erano accolti al loro arrivo e rimanevano durante il periodo di osservazione. Per il resto, una delle esigenze principali era quella di separare i malati gestibili da quelli che manifestavano atteggiamenti violenti e pericolosi. I secondi venivano inviati nel reparto di vigilanza (il cosiddetto reparto degli "inquieti") da cui non sarebbero più usciti: chi accedeva a quel reparto perdeva, di fatto, ogni possibilità di essere dimesso in futuro. Il reparto dei cronici tranquilli, invece, ospitava i pazienti accondiscendenti, che avevano una maggiore libertà e autonomia grazie alla loro accettazione delle regole e al rispetto verso l'autorità del personale. Questo non garantiva loro la possibilità di essere dimessi, nella maggior parte dei casi rimanevano in ospedale fino alla fine dei loro giorni perché fuori di lì non avevano nessuno che si potesse occupare di loro. Quando si ammalavano gravemente o diventavano vecchi e non più autosufficienti, venivano trasferiti nel reparto di infermeria. Alcuni ospedali psichiatrici comprendevano dei reparti per i "sudici" che accoglievano pazienti incontinenti o incapaci di curare la loro igiene personale di base. Qui, a volte, anziché cercare di rieducare il paziente, ci si limitava ad abbandonarli a loro stessi, relegandoli in stanze apposite, con un conseguente peggioramento delle loro condizioni igieniche e di salute.

⁶ Un esempio di Panopticon è il "Padiglione Conolly" dell'ex Ospedale Psichiatrico San Niccolò a Siena (cfr. Bentham, 2002, pp. 18-36).

Coerentemente con il mandato sociale affidato dalla Legge del 1904, il manicomio era soprattutto un contenitore in cui nascondere e controllare gli “scarti della società”. I propositi curativi venivano messi in secondo piano rispetto a quelli primari del controllo sociale, e riguardavano soprattutto i soggetti che sostavano nella struttura per periodi brevi. Per gli altri, quelli che ci rimanevano tutta la vita, l'allontanamento dalla famiglia e dagli affetti e la violazione della loro privacy, instaurava un peggioramento dei disturbi originari.

Storia e organizzazione dell'OPIS di Lecce

Alla fine dell'Ottocento la necessità di istituire un manicomio provinciale cominciò a farsi sentire in maniera pressante anche in terra d'Otranto. A quell'epoca le persone con problemi di salute mentale erano per lo più sparsi nelle campagne e nei paesi, spesso appartenevano a famiglie indigenti che non potevano accollarsi l'onere della loro cura. Inoltre mancava sul territorio una struttura dove gli alienati fossero custoditi anche solo temporaneamente, nell'attesa di trovare un manicomio che li ospitasse altrove. I primi passi della Pubblica Amministrazione si mossero proprio in questa direzione: nel 1879 furono avviate le ricerche per identificare un edificio idoneo a tale scopo, che venne riconosciuto nell'Asilo o Ricovero di Mendicizia di Lecce⁷, sito nell'ex Convento degli Olivetani da quando, con la legge del 7 luglio 1866, i conventi erano stati soppressi.

Nel Ricovero furono allestite nel 1882 quattro “stanze di custodia” debitamente attrezzate, con pareti imbottite e letti di contenzione, e venne stilato un regolamento apposito per quelle “camere dei mentecatti poveri” in cui si stabiliva tutte le competenze sulla loro gestione⁸. La direzione della struttura venne affidata al dott. Vigneri, che si trovò tra mille disagi ad accogliere in pochi anni circa 200 folli. I malati stazionavano lì per un massimo di dieci giorni, prima di essere rimandati a casa o inviati in manicomi veri e propri che garantissero un'assistenza migliore. In particolare la Deputazione Provinciale di Lecce aveva firmato un accordo con il manicomio di Aversa⁹, in cui veniva mandata la maggior parte dei malati di mente della provincia di Lecce, dietro pagamento di una consistente retta e col diritto di verificare in qualunque momento che ai degenti fossero offerte cure adeguate¹⁰.

I malati inviati ad Aversa dovevano essere accompagnati da una documentazione adeguata che ne chiarisse lo stato di salute ed economico, ma pare che i medici e i sindaci leccesi fossero molto approssimativi al riguardo, se è vero che in una missiva del 1876 il Segretario Generale del manicomio di Aversa li esorta a compilare in modo adeguato e non lacunoso le relazioni e i formulari dei pazienti¹¹. Ci si rese presto conto che le quattro stanze dell'Asilo erano del tutto insufficienti a fronteggiare necessità di ricovero sempre più numerose. Fu proprio il dott. Vigneri il più accanito sostenitore dell'istituzione di un manicomio a Lecce.

In città c'era un altro convento disponibile, quello dei Padri Alcantarini, che dopo la legge del 1866 era stato ceduto alla Provincia. Il Convento degli Alcantarini era originariamente noto come Convento di San Giacomo perché attiguo all'omonima chiesa, successivamente ridenominata di San Pasquale. Era un edificio secentesco fatto costruire per volontà di Ferrante d'Aragona fuori dalle mura cittadine, alle quali era collegato da un lungo viale alberato che giungeva fino a Porta San Biagio. Nel 1652 il convento era stato soppresso dal Papa e successivamente acquisito dai Padri Alcantarini, una congregazione francescana di origine spagnola. Nei primi del Settecento furono operati lavori di ingrandimento e venne incorporata al Convento buona parte dell'attiguo giardino del Parco. Il Convento ospitava piccole celle spoglie e illuminate da strette finestre, che dovevano nella loro essenzialità favorire la preghiera e la meditazione dei frati. La cessione ufficiale della struttura alla Provincia di Lecce avvenne il 23 settembre del 1870, col vincolo di utilizzarlo come ricovero dei mendicanti. In realtà, contravvenendo a questa clausola, alcuni locali furono temporaneamente ceduti alla Scuola di Agricoltura finché, nel 1887, l'ex convento non

⁷ Archivio Di Stato Di Lecce, Foglio 120, Busta 26

⁸ *Ibidem*

⁹ In Campania la cura delle malattie mentali era più all'avanguardia: il manicomio di Aversa era stato fondato già nel 1813 per volere di Gioacchino Murat e a Napoli era stata promulgata da tempo una legge speciale sul trattamento degli alienati che anticipava quella nazionale.

¹⁰ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 151, B. 34

¹¹ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 151, B. 34

divenne addirittura caserma, ospitando per dieci anni l'84mo Reggimento Fanteria (Sinisi, 1994, p. 45). Intanto, il 3 gennaio del 1895, si tenne una storica seduta del Consiglio Provinciale di Terra d'Otranto (a cui prese parte, tra gli altri, anche Vito Fazzi) nella quale venne votata all'unanimità la decisione di istituire una struttura manicomiale nella provincia di Lecce. Giunta a questa risoluzione l'Amministrazione Provinciale impose ai militari lo sgombero del Convento degli Alcantarini, per avviare i lavori di ristrutturazione che adattassero l'edificio a manicomio.

Il progetto fu preparato dall'ing. Libertini e venne inviato a Napoli per essere visionato dall'illustre psichiatra Leonardo Bianchi, che vi apportò qualche piccola modifica:

“lo dichiaro che se il progetto di Libertini non risponde all'alta idealità di un manicomio *tipo*, perché dovuto essere svolto sopra un vecchio fabbricato [...] esso, per quanto puossi giudicare da un semplice progetto di massima, può rispondere a tutte le esigenze della custodia e della cura dei folli appartenenti alla provincia di Lecce”¹².

Venne, inoltre, stilato un preventivo di spesa nel quale si evidenziò che pur dovendo affrontare un investimento notevole per l'adeguamento dei locali e il pagamento del personale, l'esborso sarebbe stato solo di poco superiore a quello che si sosteneva già per mandare e mantenere i malati in altre strutture, con il vantaggio ulteriore di poter usufruire finalmente di un manicomio proprio¹³. Il progetto e il piano di spesa furono presentati al Consiglio Provinciale, dove si scatenò un'animata discussione fra i favorevoli e i contrari, finché non si giunse alla definitiva approvazione nel dicembre del 1897¹⁴. Nella sensibilità dimostrata in quella e nelle successive occasioni dalla Pubblica Amministrazione locale si può chiaramente evincere quanto fosse cambiata la considerazione dei malati di mente rispetto al passato, e come si pensasse al manicomio provinciale non solo come la soluzione a problemi sociali ed economici, ma prima di tutto umani.

Nel 1900, i lavori di ristrutturazione del Convento potevano dirsi conclusi, grazie anche all'apporto di due eminenti psichiatri napoletani, il già citato prof. Bianchi e il prof. Andriani, che avevano fornito preziosi consigli circa l'organizzazione sanitaria e tecnico-logistica della struttura. Nell'edificio c'era spazio ora per 200 degenti: 150 uomini nella struttura originaria, ripartiti secondo la tipologia (sudici, agitati, tranquilli), 50 donne in un padiglione a due piani costruito a parte a sud del convento. La gestione del reparto femminile così come i servizi di economato, cucina e guardaroba furono affidati alle Suore di Carità, che occuparono i locali adiacenti alla chiesa. Al piano terra del convento furono collocati l'infermeria, la direzione sanitaria e il reparto d'osservazione, al primo piano furono sistemati gli altri reparti. Gli ambienti erano stati dotati di luce elettrica, piccole cucine, scaldabagni, e l'unica carenza era dovuta all'approvvigionamento idrico (l'acquedotto di Lecce non era stato ancora ultimato) che rendeva necessaria la raccolta dell'acqua piovana e sorgiva. Nel complesso la struttura sembrava essere perfettamente funzionale: gli spazi all'interno erano divisi in modo da non essere né dispersivi né soffocanti, l'edificio era ben illuminato, posto nel verde, non umido, a pochi passi dalla città ma comunque in una zona tranquilla.

Dal momento che, di lì a poco, sarebbe scaduto il contratto con il manicomio di Aversa, c'era la necessità di mettere in funzione il manicomio di Lecce il prima possibile, e per farlo era necessario trovare il personale. Con nomina diretta fu eletto come primo direttore il dott. Giovanni Libertini, insieme a un medico primario e due medici-assistenti. I primi infermieri erano tutti napoletani, per via della maggiore esperienza che potevano vantare nel settore.

La nascita del Manicomio in Terra d'Otranto

Il *Manicomio Provinciale di Terra d'Otranto* entrò ufficialmente in funzione nel marzo del 1901. Dopo pochi anni, dato il rapido incremento dei ricoveri, fu ampliato il personale e si iniziò a progettare la costruzione di nuovi padiglioni. Questo aumento dei pazienti era comunque contenuto da un sistema di ricovero che garantiva da abusi o ricoveri di interesse: per essere ammessi al manicomio di Lecce bisognava presentare molti documenti, tra cui certificati sulla situazione economica del paziente, dichiarazioni di testimoni sulla sua *pazzia*, e un formulario

¹² Archivio Di Stato Di Lecce, F. 147, B. 33

¹³ *Ibidem*

¹⁴ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 147, B. 33

molto esauriente redatto dal medico in cui si descriveva nel dettaglio la situazione fisica e mentale del malato, la sua famiglia di provenienza, le inclinazioni, le eventuali cure già subite.

I degenti erano tenuti in buone condizioni, almeno per quanto era reso possibile dalle conoscenze e dai metodi di cura del tempo, ma nel 1905 alcuni giornali mossero delle accuse alla gestione dell'istituto e sollevarono un gran polverone, sostenendo che i pazienti non fossero trattati a dovere e che il vitto fosse scarso, ma costoso: venne istituita una commissione d'inchiesta che rilevò l'infondatezza di quelle illazioni, riscontrò che il cibo fornito ai ricoverati era buono e sufficiente pur se acquistato con una spesa ridotta e che il personale sopportava senza reagire gli sfoghi nervosi dei degenti¹⁵.

Nel 1901 il manicomio provinciale si era già dotato di un primo regolamento interno per definire ruoli e doveri¹⁶, sostituito nel 1907 da un corpo più organico di norme, ispirato alla legge nazionale promulgata nel 1904¹⁷. La legge del 1904 affida alle strutture manicomiali il mandato sociale di tutela della società dalla pericolosità sociale delle persone con problemi di salute mentale, attraverso l'esclusione e l'allontanamento di queste persone dai sistemi di convivenza.

Il regolamento stabiliva in maniera molto precisa il funzionamento del manicomio, l'organigramma, i doveri dei dipendenti, le ore di servizio e i giorni di riposo: un medico di guardia doveva essere sempre presente nell'istituto, come anche un infermiere-capo che si occupava del padiglione maschile e una suora prefetta assegnata al padiglione femminile, a cui spettava vigilare sui sottoposti. Gli infermieri, dei quali si stabiliva anche la fascia d'età di preferenza, perché fossero ancora giovani e in forze (nel caso delle donne essere nubili era un motivo di vantaggio), dovevano alloggiare nell'edificio e "dovevano sopportare pazientemente le ingiurie dei ricoverati, limitandosi solamente a compiere atti di mera difesa, di fronte alle loro violenze. Non potevano usare sui ricoverati mezzi coercitivi senza consenso medico" (Sinisi, *op. cit.*, p. 65).

Nel regolamento emerge in modo evidente lo scopo di controllo, vigilanza e, all'occorrenza coercizione, perseguiti dalla struttura. In questi aspetti emergono con chiarezza aspetti riconducibili a nuclei culturali differenti. Da una parte la visione del malato mentale come colui che è potenzialmente pericoloso per sé e per gli altri e va internato. Come si è detto, tale visione era alla base della legge del 1904. Accanto a questi troviamo aspetti legati alla visione del lavoro del personale della struttura, come missione sociale cui assolvere con dedizione totale e sacrificialità. L'alloggio nella sede degli infermieri, la necessità che le donne non avessero famiglia propria, insieme all'ampio impiego delle suore rafforza l'idea che il lavoro in questa struttura fosse una missione, una scelta vocazionale totale. Emergono, infine, aspetti riconducibili alla medicalizzazione del problema ravvisabile nell'utilizzo di medici, infermieri dei trattamenti farmacologici anche se questi appaiono orientati al mantenimento del controllo più che alla cura. E' utile ricordare che la sacrificialità, in quanto valore in sé, ignora una verifica dell'operato. Tutta

¹⁵ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 655, B. 109

¹⁶ Archivio Di Stato Di Lecce, 3° Deposito, F. 2699, B. 502

¹⁷ In Italia la prima legge per la regolamentazione dei manicomi venne promulgata nel 1904, e rimase in vigore per oltre 70 anni. Questa legge, chiamata legge Giolitti dal nome dell'allora Ministro degli Interni, recepiva gran parte degli spunti offerti dalla legislazione francese, condividendone la visione di base del malato mentale da internare come colui che è potenzialmente pericoloso per sé e per gli altri. La legge prevedeva che i ricoveri in queste strutture avvenissero "solo" in maniera coatta e attraverso una procedura controllata dalla pubblica sicurezza e dalla magistratura. La cura e la custodia dei malati di mente ricadeva sotto la potestà del Ministero degli Interni. La legge del 1904 decideva il ricovero del presunto "folle" secondo il criterio della potenziale pericolosità per sé e per gli altri e il pubblico scandalo, contribuendo in questo modo a rafforzare una visione negativa delle patologie mentali. Si trattava, evidentemente, di una legge di polizia e non di una legge sanitaria. Inoltre i criteri in base ai quali si stabiliva la ricoverabilità dei soggetti erano molto aleatori, e questo fece sì che spesso molte famiglie, soprattutto quelle più indigenti, forzassero un po' la mano per ottenere un certificato medico che permettesse il ricovero di un congiunto per nulla pericoloso. In questo modo le famiglie si alleggerivano anche di un peso economico, dal momento che il mantenimento degli internati indigenti (cioè la maggior parte) era a carico delle province. Un aspetto della legge era quello di prevedere la nascita di strutture manicomiali in tutte le province, per permettere all'internato una maggiore vicinanza alla famiglia. Questo elemento aveva tra l'altro l'obiettivo di garantire l'ordine e la sicurezza sociale su tutto il territorio. Questa legge, e i regolamenti particolari che ogni struttura manicomiale si dava sulla base di quello nazionale, trasformarono i manicomi in vere e proprie strutture detentive, i cui direttori avevano grandi poteri: il loro parere era determinante per decidere il ricovero definitivo e le dimissioni dei pazienti in base alla loro condotta.

l'organizzazione era fondata sulla domanda obbligata che annullava la funzione organizzativa. Non c'era un prodotto, un risultato convenuto, solo l'adempimento alle norme prescritte per mantenere il controllo. Tali aspetti che, come vedremo, permarranno nella storia e per certi versi caratterizzeranno la prima fase dei DSM (Paniccia, Di Ninni & Cavalieri, 2006).

Agli inizi del Novecento il personale del manicomio era sottoposto a regole molto rigide, controlli frequenti, turni di lavoro pesanti, provvedimenti disciplinari quando ne veniva verificata la negligenza, soprattutto se quest'ultima aveva come conseguenza la fuga di un paziente o la sua morte. La cultura era fondata sul lavoro ai limiti dell'impossibile; il clima era di sacrificio e volontarietà. Solo qualche anno più tardi vennero introdotte condizioni di lavoro migliori, con un aumento dei benefici e delle giornate di riposo. In quegli anni fu aggiunto al personale già esistente un giardiniere per curare il giardino e l'orto, non solo con lo scopo di rifornire il refettorio di prodotti della terra e vendere le eccedenze, ma anche di adibire al lavoro i *foll*i scelti dal direttore perché se ne giovasse la loro salute, prevedendo tra l'altro per loro una debita ricompensa in denaro¹⁸. In questa iniziativa è possibile vedere i prodromi dell'ergoterapia che si svilupperà in seguito.

Con l'avvento del fascismo la Provincia di Terra d'Otranto si scisse in tre province differenti: quella dello Jonio, quella di Lecce e quella di Brindisi, provocando la conseguente separazione dei loro patrimoni. Per quanto riguarda il manicomio si decise per un regime di proprietà e per una gestione consorziale da parte delle tre Province, che avrebbero dovuto, ciascuna per la propria quota e in base al numero di ricoverati di appartenenza, sostenere le spese generali di gestione. Alla guida di quello che era diventato il Manicomio Consortile Salentino venne nominato nel 1930 un Consiglio di Amministrazione composto da rappresentanti di tutte e tre le province. Intanto la struttura manicomiale continuava ad espandersi: erano stati avviati i lavori per l'ampliamento del padiglione maschile, la costruzione di un secondo padiglione femminile, di un muro di cinta e di una legnaia.

L'istituzione dell'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino

Nel 1931 si istituì ufficialmente l'OPIS, l'Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino, consorzio ospedaliero delle province di Lecce, Brindisi e Taranto, dotato di un'organizzazione sanitaria e amministrativa autonome. La struttura cominciò ad allontanarsi, nel nome e progressivamente anche nei metodi, dalla vecchia concezione manicomiale con tutti i giudizi negativi che questa si portava appresso, anche se ci volle del tempo prima di rompere tutti i legami col recente passato. Durante gli anni '30, a causa della funzione interprovinciale che l'O.P. svolgeva, ci fu una crescita vertiginosa delle degenze (che toccarono quota 865 nel 1938), difficile da gestire a causa della scarsità di mezzi, spazio e attrezzature. La fama e il prestigio dell'Ospedale continuavano a rafforzarsi, ma scarseggiavano i letti, molti ammalati erano sistemati nei corridoi in maniera provvisoria, il personale cominciava a essere insufficiente, a volte negligente e sicuramente provato dai turni massacranti di lavoro. Il direttore di quegli anni, il prof. Gullotta, cercò di tamponare come possibile l'urgenza chiedendo l'intervento dell'amministrazione. Le sue richieste più frequenti erano di modificare il Regolamento per adeguarlo alle esigenze attuali, implementare il personale e migliorarne la preparazione, rendere la residenza a Lecce obbligatoria per i dipendenti e proibire che venissero affidati loro altri incarichi fuori servizio. La cultura sembra orientata sempre più ad assimilare il lavoro in Opis ad una missione da vivere in dedizione totale ed esclusiva. Il prof. Gullotta vigilò severamente sul personale per evitare il più possibile disattenzioni e sciatte, ma a causa del sovraffollamento continuavano ad aumentare i casi di rissa e i ferimenti, mentre si verificava un progressivo distacco tra la direzione tecnica e la direzione amministrativa dell'O.P., che sembrava piuttosto sorda alle richieste della prima (Sinisi, 1994).

Nel 1939, in seguito al trasferimento del prof. Gullotta, il ruolo di direttore venne affidato al prof. Umberto De Giacomo, che ricoprì quell'incarico a lungo, e con grande impegno e dedizione riformò l'ospedale facendolo diventare un esempio di efficienza. De Giacomo era un medico dinamico, attento ai mutamenti del tempo, ai progressi della scienza, convinto che gli ospedali psichiatrici, più

¹⁸ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 260, B. 60

delle altre istituzioni sanitarie, dovessero adeguarsi alla nuova sensibilità sociale. Il primo problema con cui dovette misurarsi fu quello del sovraffollamento: i malati erano ormai tanti da dormire attaccati l'uno all'altro e dover fare i turni per il refettorio e per il bagno, aumentavano di conseguenza gli scontri e l'uso di mezzi coercitivi per placarli.

In prima istanza venne avviata un'accurata indagine tra i pazienti, e furono individuati quelli che potevano essere dimessi immediatamente e quelli che dovevano, invece, essere ricoverati in via definitiva. Inoltre, si introdusse una selezione accurata al momento dell'ammissione, dirottando alcune categorie di ammalati verso altre strutture più indicate alle loro patologie. Già nel giro di un mese il numero dei ricoverati diminuì sensibilmente.

Col dott. De Giacomo e la sua équipe di cui faceva parte il dott. Vito De Pascalis - l'OPIS adottò i sistemi di cura più innovativi di quegli anni, molti dei quali avevano lo scopo di provocare uno shock nel paziente per ottenere, attraverso un forte sconvolgimento, un livellamento e una normalizzazione delle funzioni cerebrali. I metodi più utilizzati per provocare lo shock erano l'iniezione di sostanze febbrigene, le endovene di cardiazol per scatenare crisi convulsive o la terapia insulinica, che induceva stati di coma più o meno profondo. Dopo la scoperta di Cerletti si diffuse l'induzione dello shock tramite il passaggio di corrente elettrica, e questo genere di terapia, adottata anche nell'OPIS, si rivelò presto più efficace, meno costosa e meno pericolosa per la salute del paziente dello shock insulinico.

Nel 1939 su 140 pazienti trattati con elettroshock 40 furono dichiarati guariti, in 50 si riscontrarono sensibili miglioramenti e le condizioni degli altri 50 rimasero invariate. Rispetto ai sistemi precedenti questi risultati erano decisamente incoraggianti. Altri metodi di cura adottati in quegli anni furono la malarioterapia, le vaccinazioni endovenose o endorachidee, la somministrazione di sedativi, ricostituenti, vitamine, calcio, ormoni.

Lo stesso anno, e sempre per volontà di De Giacomo, fu introdotta una nuova ripartizione ricoverati. Questa era basata sul sesso, il censo e la tipologia di problema (più o meno perturbante per l'ordine e la vita all'interno della struttura). La struttura ospedaliera appariva così suddivisa: appena dopo il cancello d'ingresso, a destra del grande viale alberato, c'era un padiglione di un solo piano, denominato Villa Salento, in cui erano ospitati gli ammalati a pensione provenienti da famiglie più abbienti; più avanti a sinistra i tre padiglioni uomini (il primo dei quali corrispondeva ai locali dell'ex convento) e sulla destra i due padiglioni donne; alle spalle del secondo padiglione donne era collocato il padiglione di isolamento, detto poi di infermeria. Nei primi due padiglioni (uomini e donne) erano alloggiati i malati in osservazione e in cura intensiva (in particolare gli epilettici e gli *agitati* erano collocati nei secondi padiglioni), nel terzo padiglione uomini erano sistemati i lavoratori agricoli e artigiani (Sinisi, 1994).

Altra significativa riforma voluta dal nuovo direttore fu una drastica riduzione dell'uso di sistemi coercitivi: i pazienti agitati non dovevano più essere rinchiusi in cella di isolamento, fu abolita la camicia di forza e si stabilì che i soli mezzi contentivi da mantenere in vigore erano le iniezioni sedative e i legacci ai polsi per i malati degenti a letto. Inoltre, per far sì che l'utilizzo di questi sistemi fosse moderato e motivato, si istituì un apposito registro di documentazione.

Questi cambiamenti furono resi possibili anche dall'introduzione nella terapia dei pazienti di nuovi farmaci anticonvulsivi. Infatti, a seguito di una sperimentazione su un gruppo di pazienti epilettici condotta con successo dal dott. Vito De Pascalis, medico assistente del dott. De Giacomo, venne abbandonato l'uso del Luminol in favore della Dintoina, che a parità di dosi si era dimostrata assai più efficace nel diradare, e in alcuni casi prevenire del tutto, le crisi convulsive¹⁹.

In questa fase dell'esperienza dell'OPIS, si consolidò l'utilizzo dell'ergoterapia che in seguito anche se sembra fondarsi sulle convinzioni del singolo medico e partire non da ipotesi scientifiche né da finalità terapeutiche in senso stretto, quanto dal buon senso e dalla convinzione che l'attività potesse dare un beneficio. De Giacomo, infatti, del tutto persuaso che l'ozio fosse dannoso alla salute dei pazienti, almeno quanto l'esercizio e l'aria aperta erano di sicuro giovamento, incrementò l'utilizzo della ergoterapia, sperimentandola sul 22% dei ricoverati: alcuni furono

¹⁹ V. De Pascalis, *Prove cliniche sull'efficacia anticonvulsiva della dintoina nell'epilessia biopatica*. Materiale non pubblicato.

destinati ai lavori agricoli, altri alla lavanderia e alla cucina, nei padiglioni femminili furono collocate attrezzature per la sartoria, la tessitura, la confezione di calze e il ricamo, e a un gruppo di degenti fu affidato il compito di aiutare costantemente il personale nel tenere puliti e in ordine gli ambienti.

Se la carenza cronica di personale era stata solo in parte arginata dall'assunzione di due nuovi medici assistenti, De Giacomo si spese come poté per migliorare la preparazione dell'organico esistente, organizzando corsi di formazione di cui lui stesso era docente, aperti ad allievi interni ed esterni. Il direttore si impegnò parimenti per dotare l'OPIS di apparecchiature diagnostiche: in ospedale non c'era l'attrezzatura necessaria nemmeno per analisi ordinarie come quelle delle urine, per non parlare dell'impossibilità di svolgere esami radiologici con cui accertare casi di tubercolosi o analizzare traumi di varia natura. L'ostacolo maggiore era trovare lo spazio per ospitare queste nuove attività, che alla fine si decise di collocare in due stanze adiacenti alla direzione. Si creò così, nei locali prossimi alla chiesa e nell'ex convento, un nuovo nucleo di attività strategiche, composto dalla direzione, la scuola per infermieri, i laboratori diagnostico e radiologico, e la biblioteca, che il direttore si era curato di risistemare e aggiornare.

Altro fronte su cui De Giacomo lavorò alacremente fu l'estensione dell'attività dell'OPIS al di fuori delle sue mura, per la diagnosi precoce delle malattie mentali e la loro prevenzione, e per dare continuità di assistenza ai malati già dimessi: venne creato a questo scopo un ambulatorio nei locali della portineria, in cui si svolgevano visite mediche e si distribuivano gratuitamente medicinali.

Per edificare i dipendenti venne istituito un dopolavoro aziendale (siamo in piena epoca fascista), e nel primo padiglione uomini fu messo su un teatrino in cui furono allestite rappresentazioni che suscitarono grande entusiasmo e partecipazione sia tra il personale che tra gli ammalati.

Nell'arco di un solo anno erano stati introdotti molti miglioramenti sostanziali, ma nel 1940, con l'inizio della guerra e di un periodo di generale indigenza, si aprì per l'OPIS una fase di declino, povertà e degrado. De Giacomo e De Pascalis furono richiamati alla armi.

Il Dopoguerra e la ripresa delle attività: le operazioni psichirurgiche, l'elettroshock e l'ergoterapia

Finita la Guerra e rientrati in Ospedale, De Giacomo e De Pascalis trovarono ad accoglierli uno scenario desolante: l'alimentazione dei malati era insufficiente, la biancheria disponibile scarseggiava a tal punto da poter effettuare solo un cambio ogni 15 giorni a un terzo dei degenti, mancava il sapone e il combustibile, per cui non si potevano fare più i bagni né la disinfezione dei letti con la benzina, i parassiti pullulavano dappertutto, c'erano poche dosi di farmaci e garze, e per finire, la macchina dell'elettroshock era guasta. Quell'anno la percentuale dei decessi salì al 15% dei ricoverati, laddove prima della guerra si attestava intorno al 6%, mantenendosi, nonostante tutto, più bassa rispetto ad altri ospedali psichiatrici italiani.

Con l'arrivo degli Alleati e grazie all'impegno dell'Amministrazione Provinciale e del consigliere delegato dell'O.P. si riuscì pian piano a rispondere alle necessità più immediate: si ottennero scorte di farmaci dalla commissione alleata di controllo, l'ordine dei farmacisti, l'ospedale militare, il medico provinciale, e si impose alle famiglie dei ricoverati a pensione di farsi carico dell'acquisto delle medicine per i loro congiunti; venne riparato l'apparecchio dell'elettroshock e sottoposti a terapia molti ricoverati; aumentò l'utilizzo dell'ergoterapia, che venne estesa al 30% dei pazienti, a cui venne dato un ruolo attivo nella ricostruzione, visto il bisogno che c'era di cucire nuove lenzuola, riempire materassi, confezionare maglie e calze, disinfettare tutto l'edificio. Nonostante le ristrettezze continuarono ad allestirsi rappresentazioni nel teatrino dell'ospedale, unica forma di svago per degenti e dipendenti.

In pochi anni le condizioni dell'OPIS tornarono di ottimo livello, con un abbattimento della mortalità e un forte aumento dei ricoveri e delle guarigioni che portarono però il bilancio inesorabilmente in negativo²⁰. L'ospedale tornò ad essere un esempio di efficienza, tant'è vero che nel 1948 De Giacomo venne interpellato dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psichiatria per illustrare una relazione sulla cura della schizofrenia: "Un più alto segno di riconoscimento ufficiale da parte degli studiosi di questa Scienza non poteva essere ambito da questo ospedale, anteposto in tale modo ad una delle maggiori cliniche universitarie d'Italia" (Sinisi, 1994, p. 105).

²⁰ Archivio Di Stato Di Lecce, F. 2700, B. 564

In quegli anni venne aperta una sezione neurologica a Villa Salento, il numero dei degenti crebbe mentre diminuiva la percentuale dei ricidivi (35 - 40%), e la durata media delle degenze era di circa 6 mesi. Quasi la metà dei pazienti veniva sottoposta a trattamento convulsivante, il metodo di cura più utilizzato in quegli anni anche grazie all'acquisto di una seconda macchina. Al riguardo De Giacomo sosteneva: "I risultati più brillanti si sono osservati nelle forme melanconiche, in quelle isteriche e in quelle schizofreniche acute, cosicché in queste psicosi non solo questa terapia è divenuta quella di scelta, ma è da ritenersi colposo il non applicarla, in questi casi, sistematicamente e precocemente, prolungando senza motivo la sofferenza dell'ammalato e non ostacolando il radicarsi della malattia" (Sinisi, 1994, p. 106).

Per quanto riguarda le altre forme di cura, mentre si continuò a praticare la ergoterapia per contrastare la monotonia e la pigrizia della degenza, ci fu un calo nell'uso di terapia convulsivante con cardiazol, mentre tornarono in auge lo shock insulinico (grazie alla maggiore disponibilità di farmaci americani), la malario-terapia, la piretoterapia. Furono sperimentate nuove tecniche più invasive, come la leucotomia, che consisteva nella recisione di fasci di fibre cerebrali per inibire l'agitazione motoria di alcuni pazienti, che non diedero però buoni risultati, ma offrirono l'occasione di studiare più da vicino i meccanismi cerebrali. L'equipe di De Giacomo auspicava una riforma dell'antiquata legge del 1904, che istituisse un regolamento unico, valido per tutti gli ospedali psichiatrici, e fosse d'orientamento anche nella gestione del personale.

In quelli anni si tennero due importanti congressi psichiatrici, uno a Parigi nel 1950, l'altro a Taormina nel 1951, e in entrambi De Giacomo fu applaudito relatore, illustrando i risultati di operazioni psicotomiche effettuate su alcuni degenti dell'OPIS. Di lì a poco si sarebbe chiusa un'epoca: nel 1953 De Giacomo lasciò la direzione dell'ospedale salentino per assumere quella dell'Ospedale Psichiatrico di Genova. Negli anni della sua direzione l'OPIS, pur affrontando mille difficoltà, aveva vissuto uno slancio di modernizzazione e molto era stato fatto per migliorare le condizioni di vita dei pazienti, anche se il loro elevato numero e le ristrettezze di mezzi non sempre rendeva possibile delle cure adeguate. Per un breve momento c'era stata la sensazione che l'OPIS potesse diventare un centro di cura alla pari delle cliniche universitarie, ma la mancanza di fondi e strumenti impedì di fare il salto definitivo.

Dopo la partenza di De Giacomo la direzione dell'ospedale venne affidata in via provvisoria al dott. Bozzi-Corso, finché nel 1954 non venne nominato come nuovo direttore il prof. Zara, che mantenne l'incarico fino al 1966. Zara cercò di migliorare la preparazione specialistica del personale medico promuovendone l'aggiornamento e la partecipazione a convegni. Inoltre, poiché i medici scarseggiavano e si era giunti ormai ad ospitare ben 900 pazienti, ottenne di introdurre nell'ospedale degli specializzandi in psichiatria come praticanti, per dare un supporto allo svolgimento delle mansioni ospedaliere. Alla fine degli anni '50 si sopperì a una mancanza a lungo sofferta: venne dotato l'ospedale di un impianto radio-diagnostico posto sotto la responsabilità del medico Quarta-Colosso, un apparecchio di elettroencefalografia e si attrezzò l'infermeria per poter eseguire piccoli interventi chirurgici.

Questo permise di non spostare gli ammalati in altre strutture per sottoporli a esami e cure, al prezzo di difficoltà logistiche e costi ingenti (Sinisi, 1994, p.118). Inoltre furono costruiti sul lato sinistro del complesso, alle spalle del primo padiglione uomini, nuovi locali per accogliere la cucina e la lavanderia.

Gli anni Sessanta: l'istituzione del servizio di assistenza sociale e la nascita delle prime iniziative ricreative di intrattenimento

All'inizio degli anni '60 l'OPIS di Lecce, anche strutturalmente, iniziava ad assumere quella fisionomia che lo avrebbe caratterizzato fino alla fine degli anni '70, alla vigilia dell'avvento della legge Basaglia.

In questo periodo l'ospedale psichiatrico di Lecce rappresentava sempre più un luogo orientato alla cura e non alla reclusione vitalizia dei pazienti.

Intanto, nel mondo psichiatrico si avvertiva la necessità di una riforma della obsoleta legge del 1904, così come dei sistemi di cura e delle strutture di accoglienza degli ammalati. Si stava

sviluppando una sensibilità nuova verso il mondo della malattia mentale, anche da parte della pubblica amministrazione.

A questa branca della medicina si dedicava sempre più spesso personale medico di alta preparazione, portatore di idee innovative, desideroso di trovare nuovi metodi di cura, più rispettosi della dignità del paziente, e di introdurre negli ospedali psichiatrici un'organizzazione meno rigida.

Intanto anche l'Opis godette di riflesso del nuovo boom economico, che aumentò i mezzi a disposizione della struttura migliorando di conseguenza la qualità della vita dei pazienti e del personale, che ottenne migliori condizioni anche grazie alle lotte sindacali di quegli anni.

Negli anni '60 il problema più pressante che dovette affrontare l'amministrazione dell'Opis fu certamente il sovraffollamento. Gli ammalati ricoverati avevano superato le 1300 unità, e i servizi igienici, così come il personale disponibile, erano sempre più insufficienti. Se da un lato le ultime scoperte farmaceutiche avevano messo a disposizione nuove sostanze trattare le patologie mentali e di rendere i pazienti più docili attenuando i loro accessi violenti (neurolettici, tranquillanti, anti-depressivi), si sentiva comunque la necessità di aumentare lo spazio disponibile al ricovero dei degenti. Così, mentre la sede principale veniva costantemente ristrutturata e migliorata, si avviarono i lavori per adibire lo stabile dell'ex Tessimmarod di Strudà al ricovero di 200 cronici tranquilli. Contestualmente venne istituita a Latiano, nelle vicinanze dell'Istituto medico psico-pedagogico, una colonia agricola dove impiegare un gruppo di circa 50 persone, affiancate da lavoratori agricoli specializzati. Venne potenziata la prevenzione extra-ospedaliera così come l'assistenza extra ospedaliera attraverso l'apertura di nove nuovi ambulatori (Sinisi,1994)²¹. Bisogna comunque sottolineare che se i ricoveri continuavano a crescere, di pari passo aumentavano le dimissioni e diminuiva il periodo medio di degenza. Questo indica un cambiamento nella visione del problema della salute mentale, ma introduceva la questione del reinserimento sociale.

In questi anni si fece strada una lettura sociale, familiare, relazionale del problema della salute mentale e sorse l'esigenza di avviare dei servizi nel territorio per trattare anche questi aspetti, fu per questo che si istituì nel 1961 un servizio di assistenza sociale. Inizialmente le assistenti sociali assunte dall'OPIS furono tre e il loro lavoro consisteva nel compilare schede sui degenti, curare le pratiche a essi relative, fare indagini statistiche e visite a domicilio per verificare in che condizioni economiche e familiari visse l'ammalato e se potesse ricevere cure adeguate una volta dimesso. Tra le funzioni delle assistenti sociali c'era anche quella di occuparsi del reinserimento nella società dei pazienti dimessi o dell'accoglienza in strutture specifiche ove necessario, e vigilare sulle cure somministrate a domicilio.

Successivamente, oltre alle tre assistenti sociali, iniziarono a frequentare l'OPIS anche allieve e tirocinanti della scuola superiore di servizio sociale, che portarono nella struttura una ventata di vitalità, migliorando l'intero clima ospedaliero e alleggerendo il lavoro degli infermieri che continuavano a essere pochi rispetto al numero dei degenti (un infermiere per ogni 18/20 pazienti). Iniziano a sorgere le prime attività ricreative e di intrattenimento che tuttora caratterizzano le attività dei servizi per la salute mentale. Si tratta di iniziative che nascono dal lavoro sul campo e non entro un'ipotesi di lavoro fondate su una teoria di intervento, caratteristica che spesso permane anche oggi...

Le giovani studentesse, infatti, oltre a supportare il lavoro delle assistenti in carica si adoperarono a intrattenere gli ammalati con giochi, feste, riunioni, dando importanza alla dimensione umana nel trattamento delle patologie mentali e favorendo tra i degenti la nascita di relazioni e rapporti umani (Sinisi,1994, p. 120).

Gli anni Settanta: la valorizzazione del rapporto umano e il consolidarsi di iniziative ricreative e di socializzazione

Come si è detto, per comprendere e analizzare l'esperienza dell'Opis negli anni Settanta, è stato possibile integrare le informazioni di archivio con le interviste a testimoni-chiave che lavoravano

²¹ *Ivi*, pp. 135-150

nella struttura in quegli anni. Si è scelto di intervistare tre figure professionali²², rappresentative di tre aree professionali presenti nell'Opis: uno psichiatra, un infermiere psichiatrico e un ausiliare socio-sanitario. In tal modo è stato possibile analizzare le dinamiche emozionali che fondavano i rapporti tra gli operatori, e tra questi e i pazienti.

Dalle interviste emergono rilevanti aspetti organizzativi dell'Opis in quegli anni. Tra questi evidenziamo l'organizzazione gerarchica dei rapporti, la cultura prevalentemente fondata sul controllo, l'anonimato dei ricoverati, e al contempo un nucleo valoriale grazie al quale si sviluppano alcune significative esperienze di intensa umanità.

Si delinea l'immagine di una struttura che "definire alienante sarebbe molto più di un eufemismo"(Rollo). Solazzo ammette che la prima sensazione fu molto negativa, quasi uno shock e per qualche attimo ebbe paura di non farcela a lavorare in quel luogo.

Sia Rollo che Solazzo ricordano di essere stati colpiti dalla puzza penetrante di cui le stanze erano impregnate. Solazzo descrive il padiglione come un grande ambiente, con i letti uno accanto all'altro, con le sponde laterali, cui erano assicurati alcuni pazienti, e senza nemmeno un comodino né un armadietto. Nella stessa stanza, ricorda che vi erano i tavoli dove mangiavano i malati. I bagni erano uno accanto all'altro senza soluzione di continuità, "senza nemmeno una parete a separare un bagno dall'altro" Solazzo. Mentre Rollo descrive i pazienti dicendo che non sembravano nemmeno delle persone: ciondolavano in questi reparti enormi, obsoleti e spersonalizzati senza il minimo d'igiene.

La struttura presentava due grandi reparti per l'Osservazione, uno per gli uomini e uno per le donne in cui erano ricoverati temporaneamente i soggetti non recidivi. Questi ultimi, venivano, invece, ricoverati nello stesso reparto da cui erano stati dimessi la volta precedente. Dopo un periodo iniziale di massimo un mese, i pazienti erano sistemati nei sei padiglioni in cui era diviso l'Ospedale: tre destinati agli uomini e tre alle donne. Il secondo padiglione (sia maschile sia femminile) era destinato ai pazienti "pericolosi", recintato e isolato dagli altri.

Savoia spiega che dopo un periodo nel reparto Osservazione, i pazienti venivano mandati nei padiglioni di competenza. "La divisione – aggiunge - non era effettuata per tipologie di patologie, ma per grado di pericolosità. Quelli ritenuti più pericolosi venivano mandati nel secondo padiglione. Faceva eccezione Villa Salento, divenuta poi Villa Libertini. Un reparto isolato, a pagamento, dove venivano ospitati i pazienti facoltosi e privilegiati. Unica eccezione a quest'organizzazione rigida era il reparto "Villa Salento". Si trattava di una struttura destinata ai pazienti a pagamento, tra cui la borghesia leccese. Inutile dire che qui il trattamento, sia logistico che medico, era decisamente migliore". L'Opis aveva poi due reparti di medicina (uno maschile e uno femminile), un grande orto alla fine del vialone centrale dove veniva effettuata l'ergoterapia, una stalla con un caprone utilizzato per gli esperimenti medici, la lavanderia, le cucine, le officine per la manutenzione interna e un cinema. Vi era anche un campo di calcio e, cosa singolare, uno di pattinaggio. Queste strutture però non erano destinate ai pazienti ma al personale sanitario e alle loro famiglie.

Inoltre, essendo l'Ospedale Psichiatrico l'unica struttura di riferimento per le province di Lecce, Brindisi e Taranto, fu realizzata una succursale: Villa Santa Maria (dove oggi si trova la clinica Città di Lecce

L'organizzazione gerarchica

La struttura era organizzata con un modello piramidale: al vertice c'era il direttore, sotto di lui i medici primari, uno per ogni padiglione, poi i medici, i sorveglianti, gli infermieri scelti, quelli semplici e gli ausiliari. I rapporti interni al personale, come abbiamo già accennato, erano fondati su una rigida gerarchia: solo i sorveglianti potevano rivolgere la parola al personale medico, ogni gradino della piramide poteva avere dei contatti solo con i gradini vicini, senza possibilità di operare salti.

La sproporzione numerica era tale che si poteva contare in genere su due medici e quattro infermieri ogni 150-200 ricoverati, anche nel caso del secondo padiglione, dove erano ospitati i

²² Si ringraziano per i preziosi contributi il dott. Marcello Rollo (psichiatra, *Direttore del Centro Salute Mentale della Asl di Lecce*) e i sigg. Umberto Savoia (infermiere psichiatrico) e Fiorentino Solazzo (ausiliare socio-sanitario in pensione).

degenti più pericolosi. Il regolamento interno, per motivi di sicurezza, non concedeva ai medici di avere rapporti personali coi pazienti, di stare in mezzo a loro. Rollo aggiunge che la gerarchia non era solo formale e il rapporto tra il personale dei diversi livelli gerarchici era regolamentato: “il sorvegliante era l'unico autorizzato a parlare coi medici. Solo in sua assenza poteva essere sostituito dall'infermiere scelto. Per gli altri era rarissimo poter rivolgere la parola ai superiori se non interrogati”.

Negli anni Settanta, però, si facevano strada anche i primi tentativi di contravvenire alla gerarchizzazione. Rollo ci dice: “la generazione di giovani psichiatri che assieme a me si affacciò in quegli anni rompe questo schema. Ricordo che un giorno fui convocato dal Direttore dell'epoca il quale mi riferì che ero stato sorpreso a parlare con un ausiliare e mi richiamò per questo ricordandomi che ero un medico e dovevo mantenere la mia posizione. Ovviamente, fu un richiamo che non accettai, proseguendo per la mia strada. E con me molti altri colleghi”.

Lo stesso accadde anche verso i pazienti, dal momento che alcuni medici iniziarono a rendersi conto dell'impossibilità di trattare i problemi dei propri pazienti senza un contatto umano.

La funzione fondamentale degli operatori era orientata al controllo dei pazienti. Gli operatori si trovavano a gestire una grande quantità di pazienti dei quali non conoscevano le storie e spesso neanche i nomi. Solazzo afferma: “Ognuno di noi aveva davanti una massa anonima di centocinquanta o duecento malati, molti dei quali non sapevamo nemmeno come si chiamassero”.

Savoia delinea la funzione dell'infermiere psichiatrico dicendo che rappresentava “l'anello di congiunzione tra il sorvegliante e gli infermieri. La funzione era quasi esclusivamente di vigilanza”, e gli ausiliari: erano “gli unici che entravano un po' in relazione con i malati”. Gli infermieri psichiatrici impartivano le direttive ricevute dal livello superiore della scala gerarchica e gli ausiliari si occupavano di eseguirle o di farle eseguire ai pazienti.

Savoia aggiunge che “a volte la sensazione che si percepiva, nel rapporto con i colleghi, era quella di una caserma: il dialogo era tra pari in grado o, al massimo, con i diretti superiori o sottoposti. Difficilmente si poteva saltare un gradino dell'organizzazione, a meno che non fosse per necessità urgenti o per attività particolari. E comunque, era sempre il superiore in grado a rivolgere la parola al “grado” più basso. Però non era raro riuscire a stabilire un contatto preferenziale con qualcuno di loro. Io, per esempio, mi sono sempre sforzato di stare quanto più vicino possibile ai malati. E spesso sono riuscito ad avere un rapporto diretto con loro, dettato più da simpatie e volontà personale che da indicazioni terapeutiche.

Solazzo delinea la funzione dell'ausiliare come dedita alla “cura spicciola dei malati e dei loro ambienti. I miei colleghi e io eravamo le persone più vicine ai pazienti. Noi eravamo quelli che fisicamente e più spesso entravamo in contatto con loro. Fui assegnato al secondo padiglione uomini. Lì ci occupavamo della sorveglianza, assicurandoci che non litigassero, che non fossero sporchi, che mangiassero e che fossero accompagnati nelle varie incombenze quotidiane che svolgevano come automi, come truppe allineate. I primi anni '70, gli ordini di servizio ci venivano assegnati dagli infermieri, ai quali noi facevamo riferimento per ogni cosa. Raramente ricordo di aver avuto colloqui con i sorveglianti (che spesso erano chiusi nelle loro stanze) e quasi mai con i medici”.

Il confronto con i recenti studi sulla cultura degli attuali servizi per la salute mentale evidenzia tracce di questa esperienza: infatti la cultura gerarchica è tuttora una delle peculiarità dei servizi assieme a quella valoriale/ideologica che caratterizza prevalentemente gli infermieri nei CSM (cfr. Studio sui CSM e sugli SPDC).

Il controllo

Il controllo era l'elemento fondante la cultura. I tre intervistati, infatti, ci aiutano a capire come il controllo improntava tutta l'organizzazione della struttura.

Per Rollo, l'Opis “era organizzato come sono organizzate tutte le *istituzioni totali* dove è importante esercitare un controllo sulle persone perché ritenute pericolose. Questo controllo, esercitato durante tutta la giornata, richiedeva un'organizzazione capillare e fortemente gerarchica. Gli infermieri erano organizzati in tre turni; a ogni cambio c'era la conta dei pazienti: venivano fatti sfilare uno a uno e contati poggiando loro una mano sulla spalla”. Soltanto a pochi pazienti era consentita l'uscita fuori dai padiglioni, lungo il viale centrale, e ad alcuni era permesso girare da

soli in orari prestabiliti, altri, invece, dovevano essere accompagnati. In quegli anni per le persone ritenute idonee erano previste delle sperimentazioni che prevedevano le uscite esterne alla struttura. Questi tentativi erano burocraticamente molto complessi per il continuo richiamo alla responsabilità, al pericolo cui si sarebbe potuto andare incontro facendo uscire un paziente all'esterno. Rollo ritiene che il clima costrittivo fosse un elemento particolarmente significativo: "il personale, soprattutto gli infermieri, ma anche qualche medico, viveva in un'atmosfera di timore. Erano molto vincolati al rispetto e all'osservanza delle regole rigide che vigevano. Ovviamente c'erano delle eccezioni importanti e significative, soprattutto tra alcuni medici che già da molti anni si assumevano la responsabilità di far uscire i pazienti, cogliendo in anticipo sui tempi l'importanza del contatto umano nella terapia psichiatrica. La paura della responsabilità però c'era ed era pesante. Capitava spesso, per esempio, che dopo aver deciso di far uscire un gruppo di pazienti mi arrivasse una lettera, spedita per conoscenza anche alla Procura, in cui la Direzione ribadiva che la responsabilità di tale decisione era totalmente mia".

Così orientata al controllo, l'Opis "non metteva al centro i pazienti né aveva come scopo la loro cura, ma si limitava al controllo" (Rollo). La struttura e l'organizzazione in sé non permettevano contatto umano con il paziente fondamentale per la cura. Basti pensare al rapporto numerico: due medici e al massimo quattro infermieri ogni 200 pazienti che rendeva di fatto difficilissimi i rapporti tra il personale e i pazienti. Rollo segnala questo aspetto come particolarmente problematico dal momento che la psichiatria è una disciplina che non può prescindere dalla relazione umana col paziente. Lo psichiatra sostiene che l'unico modo per provare a superare il limite dato dalla numerosità dei pazienti fosse di "non fare ambulatorio e stare in mezzo a loro". Anche questo però non era semplice perché gli infermieri cercavano di impedire il contatto tra medici e pazienti per ragioni di sicurezza. Rollo racconta di aver faticato per poter accedere a soggiorno centrale dove tutti i pazienti si radunavano per vedere la tv e far capire agli infermieri che non era in pericolo, ma che solo così poteva assolvere al dovere di medico.

La valorizzazione del rapporto umano e le iniziative ricreative e di socializzazione

La valorizzazione del "rapporto" con i pazienti nacque sul campo e proveniva sia dagli psichiatri sia dal resto del personale che aveva un contatto quotidiano e diretto con i pazienti. Negli anni Settanta proseguono e diventano più strutturate le esperienze ricreative e di intrattenimento, e anche quelle di ergoterapia.

L'edificio negli anni viene ingrandito e modificato in base al numero crescente dei ricoverati e al cambiamento culturale che attraversa l'ospedale. Accanto a tutte le strutture fondamentali per il suo funzionamento basilare, come le cucine, la lavanderia, i laboratori diagnostici, fu realizzato anche un orto, utilizzato per l'ergoterapia, un teatro e un cinema per intrattenere pazienti e personale, e strutture ricreative sportive tra cui un campo di calcio. In quel periodo nel primo padiglione, il professore Rodolfo Belsanti provò una serie di "esperimenti" lavorativi e ludici che prevedevano il coinvolgimento dei pazienti e la partecipazione attiva degli operatori (Solazzo). Qui fu costituita una squadra di calcio di cui fecero subito parte tre pazienti. La squadra in cui giocavano lo stesso Solazzo (che ce ne parla) e il prof. Belsanti si allenava e giocava nel campo dell'Opis. Mentre gli altri pazienti erano autorizzati a turno ad assistere alle partite ufficiali e agli allenamenti. Oltre alle partite di calcio si facevano dei piccoli lavori di manutenzione con l'aiuto dei pazienti. A tal proposito Solazzo ricorda, per esempio, che gli fu affidato il compito di ridipingere la recinzione dell'intero Ospedale e che mi fu dato il permesso di scegliere un gruppo di pazienti per lavorare assieme. In realtà, l'obiettivo non era il lavoro, ma proprio il loro coinvolgimento. Infine alcuni pazienti, chiamati "lavoratori", si prendevano cura dell'orto dell'Opis.

Momenti di umanità

Savoia: - Devo dire che il manicomio era un ambiente duro. Tuttavia la solidarietà e l'umanità che i pazienti stabilivano tra di loro mi ha molto impressionato. Ricordo in particolare due episodi significativi, legati ad altrettanti pazienti che assistevo io.

Ad un certo punto, ci accorgemmo in mensa che spariva il pane. Dopo una serie di "indagini" scoprii che un paziente del secondo padiglione, uno di quelli considerati più pericolosi, lo nascondeva sotto il camice per poi distribuirlo ai suoi compagni costretti a letto dalla terapia. Fu una cosa molto emozionante.

L'altro episodio ancora mi commuove: avevo fatto amicizia con un altro paziente di quelli "pericolosi", il quale dopo anni di silenzio e di stato quasi catalettico, piano piano cominciò ad avere fiducia in me fino a raccontarmi tutta la sua vita. Era stato ricoverato in manicomio con la moglie incinta di qualche mese, e non aveva mai visto sua figlia. La famiglia, negli anni che seguirono il suo ricovero, non era mai andata a trovarlo. Così, un giorno, decisi di prendermi io la responsabilità: chiesi tutte le decine di autorizzazioni necessarie (tra cui al mio primario la prof.ssa Bianca Gelli e il Direttore Sinisi che autorizzò l'autista del manicomio ad accompagnarci) e partimmo per Brindisi, la sua città, tra i commenti di molti miei colleghi che ripetevano "Chi te lo fa fare? Perché ti prendi tutte queste responsabilità?". Lungo la strada ci fermammo in un bar; gli prestai 10.000 lire dicendogli di comprare quello che voleva per sua figlia. Lui prese delle caramelle. Arrivati nella sua casa, io e l'autista dovemmo tranquillizzare la moglie che non stavamo riportandole il marito ma che si trattava solo di una visita di poche ore. Lui, appena intravista una ragazzina di circa 4 anni, le corse incontro abbracciandola in silenzio. La tenne a sé per qualche minuto mentre gli altri parenti si affannavano a giustificarsi per non essere mai venuti a trovarlo.

Lui li ignorò completamente. Dopo un po' si alzò e mi disse: "Ora possiamo andare. Sono l'uomo più felice del mondo. Volevo conoscere mia figlia e degli altri non mi importa nulla".

Le racconto questo per dimostrarle quanti pregiudizi, da parte della società e dei familiari stessi, esistevano nei confronti di questi malati. Fu una lezione per medici, assistenti sociali, infermieri.

Purtroppo non era solo il manicomio a limitarsi alla contenzione dei pazienti, ma l'intera società che li preferiva confinati ai margini.

Conclusioni

Il recupero di questa esperienza fa riflettere amaramente sugli esiti della attuazione della cultura del controllo e dell'espulsione dalla società della diversità, tuttora molto spesso invocata.

Nell'ultima fase dell'esperienza manicomiale, l'intervento entro la salute mentale da una parte è medicalizzato e utilizza la farmacoterapia, dall'altra inizia a farsi strada il trattamento di tipo ricreativo-sociale. Queste due anime caratterizzano tuttora l'intervento nella salute mentale, specie in Puglia, così come approfondiremo nel seguito di questo lavoro.

Va detto che negli anni la cultura dell'Opis resta fortemente ancorata al mandato di tutela dalla pericolosità delle persone con problemi di salute e i trattamenti medici mutano con il progredire della farmacologia, ma restano orientati a mantenere il controllo su queste persone, a renderle gestibili.

Nel corso della storia, grande assente sembra una lettura psico-sociale dei problemi di salute mentale. Il dato non stupisce se si pensa che la psicologia, negli anni, ha rinunciato alla possibilità di fornire un apporto all'analisi di tali fenomeni, rifugiandosi nella nicchia dell'intervento psicoterapeutico che spesso si è focalizzato sull'individuo in sé, considerato avulso dai contesti di convivenza. Non si utilizza un modello di intervento psico-sociale orientato ad intervenire nella relazione tra individuo e contesto (familiare, lavorativo, amicale etc.) in cui si sviluppa la crisi psichiatrica.

In questa sede è interessante notare, inoltre, che le due anime (il trattamento medicalizzato e l'intrattenimento) si sviluppano in ambiti completamente differenti: la prima nasce negli ambienti del sapere scientifico, la seconda si sviluppa sul campo, è sollecitata dalle esperienze di rapporto quotidiano con i pazienti con problemi di salute mentale e viene orientata da considerazioni di buon senso o risente degli influssi provenienti dall'area sociologica. Ciò è particolarmente significativo se si pensa che la sociologia fornisce strumenti per l'analisi dei fenomeni sociali, ma non ha una teoria della relazione tra istanze individuali e contesti sociali né, soprattutto, una teoria dell'intervento. In altre parole, si può dire che si avviarono delle iniziative che si riteneva potessero essere utili, non sulla base di una teoria che permettesse di collegare tali esperienze con le ipotesi sui problemi.

Nella seconda parte di questo lavoro ci occuperemo di confrontare le considerazioni emerse dal recupero di memoria storica sull'esperienza dell'OPIS con la riflessione attuale sul funzionamento dei servizi per il trattamento di problemi di salute mentale.

Bibliografia

Carli, R., & Ambrosiano, L. (1982). *Esperienze di psicosociologia*, Milano: FrancoAngeli.

Benthan, J. (2002). *Panopticon ovvero la casa di ispezione*. Venezia: Marsilio.

Carli, R. & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R. (2009). *La domanda di psicologia e la sua analisi*. Atti del convegno "Psicologia: la domanda della committenza e le esigenze formative", Firenze, 22 maggio.

Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.

Cerletti, U. (1940). L'elettroshock. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 1, 209-310

Foucault, M. (1977). *Storia della follia nell'età classica*, Milano: Rizzoli.

Mazzeo, A. (1981). L'assistenza psichiatrica nella provincia di Lecce prima e dopo la legge n° 180 del 13/05/1978. *Folya Neuropsychiatria*, 1-2, 225-245.

Pagano, P. (2009). Il modello medico in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica. Teoria e metodi dell'intervento*, 2, 242-253.

Paniccia, R.M., Di Ninni A., & Cavalieri P. (2006). Un intervento in un Centro di Salute Mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 80-95.

Sinisi, L. (1994). *Cronaca raccontata di una istituzione psichiatrica*. Cavallino (LE): Capone Editore.