

GIOVANNI DE SANTIS (a cura di), *Gestione della Salute*,
Undicesimo Seminario Internazionale di Geografia Medica
(Perugia, 18-20.12.2014), Perugia, Edizioni GUERRA EDEL srl,
2015, pp. 363-374 ISBN 978-88-557-0553-0

SIMONE BETTI *

LUOGHI E SPAZI DELLA SALUTE MENTALE NELLE MARCHE

PLACES AND SPACES OF MENTAL HEALTH IN THE MARCHE

Riassunto – La chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari – prevista per il 31.03.2015, in base alla legge n. 81 del 30.05.2014 – può essere considerata il completamento del processo di deistituzionalizzazione dei malati psichiatrici, avviato nel 1978 con l’approvazione della legge 180 del 13.05.1978. Con la legge Basaglia fu imposta la chiusura dei manicomi, venne regolamentato il trattamento sanitario obbligatorio e furono istituiti i servizi di igiene mentale. Questo percorso si inserisce in un più ampio evolversi dell’atteggiamento politico, sociale e medico nei confronti della malattia e della salute mentale. La dismissione dei sei ex manicomi giudiziari ancora presenti in Italia (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, già posto sotto sequestro, Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Napoli e Reggio Emilia), rappresenta quindi la conclusione di un percorso iniziato trentasette anni fa. Al loro posto verranno costruite le Rems, residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza, e i circa 700 internati affidati ai servizi sociali e psichiatrici del territorio sulla base di programmi individualizzati messi a punto dalle regioni. Questa restituzione dei malati mentali “al loro territorio” è dunque occasione per un’analisi delle ubicazioni e delle funzioni attribuite alle strutture dedicate alla salute mentale nel territorio marchigiano. In questo modo è infatti possibile leggere l’evoluzione degli spazi della salute mentale, risultato di una rinnovata intenzione terapeutica della psichiatria, tesa a liberarsi dalla funzione di custodia e coazione.

Abstract – The final closure of psychiatric penal hospitals – provided by law nr. 81 May 30th 2014 within March 31st 2015 – can be considered as the completion of mentally ill patients de-institutionalization process, begun in 1978 when law nr. 180 May 13th was approved. Known as “Basaglia” law it forced the closure of psychiatric hospitals, it regulated the Involuntary medical treatment, and established the mental hygiene services. This process has to be regarded as part of the broad development of political, social, and medical approach to mental health. The final shutdown of the six remaining Italian psychiatric penal hospitals (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, already under seizure, Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Napoli, and Reggio Emilia), symbolizes indeed the conclusion of a path started

* Dipartimento Scienze della Formazione, dei Beni culturali e del Turismo dell’Università degli Studi di Macerata.

thirty-seven years ago. In place of these hospitals, “Residences for the Execution of Security Measures” will be built, together with somewhere around 700 institutions held by social and psychiatric services at local level, according to personalized programs developed at the regional level. This return of the mentally ill patients “to their territory” is therefore an occasion for a survey of locations and functions assigned to mental health dedicated facilities in the Marche region. Thus, this way it is possible to “read” the evolution of spaces for mental health, as the result of a psychiatric renovated therapeutic intent. A psychiatry aimed to be relieved from detention and coercion functions.

Parole chiave: integrazione sociale, ospedali psichiatrici, salute mentale.

Keywords: sociale inclusion, psychiatric hospitals, mental health.

1. *Approcci alla geografia della salute mentale*

Nel secondo dopoguerra l'assistenza psichiatrica era ancora regolata dalla legge n. 36 del 1904, intitolata «Legge sui manicomi e gli alienati» da cui emergeva in modo inconfondibile la funzione di “custodia” dell'istituzione manicomiale civile. Il compito principale dell'ospedale psichiatrico era quello di rinchiudere i “matti” per “tutelare la società” (FOOT, 2014, p. 23). Il ricovero volontario non era previsto, la procedura di ammissione si avviava solo nei confronti di quei soggetti che fossero stati pericolosi o di pubblico scandalo e lo stesso titolo della legge rinviava alle finalità di custodia dei manicomi, ben poco accompagnate a quelle di cura (LASAGNO, 2012, pp. 17-22).

Franco Basaglia, direttore del manicomio di Gorizia dal 1961 al 1968, non tardò a convincersi che il sistema manicomiale fosse di per sé moralmente inaccettabile, paragonabile addirittura all'esperienza della detenzione presso il carcere di Venezia ¹. Il 1961 fu una data emblematica: nello stesso anno in cui Basaglia arrivava a Gorizia, Foucault pubblicava *La storia della follia nell'età classica* ², Erving Goffman dava alle stampe *Asylums*, uno spaccato della condizione sociale del malato di mente e di altri internati, mentre Franz Fanon pubblicava *I dannati della terra* (FOOT, 2014, p. 26). Goffman, Foucault, Fanon e pochi altri intellettuali influenti tra gli anni '60 e '70 hanno sferrato il più forte attacco che si conosca alle basi della psichiatria istituzionale. Grazie all'intolleranza di Basaglia, un manicomio di provincia divenne il punto di collisione di una serie di analisi storiche, sociologiche e politiche, nate da esigenze diverse e condotte in modo del tutto indipendente l'una dall'altra e il risultato fu clamoroso sia sul versante teorico sia su quello pratico. Il volume di Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico* (1968), fece conoscere a un vasto pubblico le vicende di Gorizia e consentì di mettere il caso all'ordine del giorno tra le questioni di carattere politico. Mentre Basaglia sperimentava il rovesciamento della realtà istituzionale, l'intera società italiana, e non solo, stava vivendo un cambiamento e il manicomio, istituzione totale e segregante, era al centro di dibattiti e proposte di riforma.

¹A seguito del tradimento di un compagno, Franco Basaglia viene arrestato e detenuto per sei mesi in carcere fino alla fine della guerra. Esperienza che lo segna profondamente e che rievoca anni dopo parlando del suo ingresso in un'altra istituzione chiusa: il manicomio (FOOT, 2014, pp. 17-18).

²Nel testo viene tracciata la genealogia della follia, attraverso uno studio storico-filosofico del suo profilo (dal tardo Medioevo ai prodrumi della rivoluzione industriale) e l'attualizzazione di un'immagine che giunge a ricoprire un piano della conoscenza molto più vasto e pregnante di quanto non possa sembrare.

In quegli anni anche la geografia offriva contributi efficaci per la comprensione dell'identità degli individui affetti da malattie mentali. Fino a quella che è definita la "prima ondata" di ricerca critica, l'interesse della geografia si era concentrato in tre campi. In primo luogo, gli strumenti positivistici dell'epidemiologia, adottati dalla geografia medica, sono stati applicati per valutare l'incidenza e la distribuzione di condizioni invalidanti, con l'intento di comprendere i fattori causali. In questo caso la "disabilità" è un corpo malato individuale e la "geografia" è uno sfondo non definito all'interno del quale si trovano i corpi (CHOUINARD, HALL and WILTON, 2012, p. 1).

Una "seconda serie" di studi ha tentato di analizzare l'accesso e la mobilità degli "alienati", in particolare all'interno degli ambienti urbani, adottando un'interpretazione comportamentista per esaminare come le persone con inabilità sociali e non solo interagiscano con gli ambienti urbani. Questi studi hanno rivelato in dettaglio l'ampia esclusione che molte persone disabili incontrano negli spazi di vita (GOLLEDGE, 1991 e 1993).

Una "terza serie" di studi si è occupata di salute mentale adottando l'approccio di geografia medica, con un duplice interesse nella distribuzione spaziale dei problemi di salute mentale e della posizione dei servizi di salute mentale. Ad esempio, Giggs (1973, 1986) ha tentato di spiegare l'incidenza della schizofrenia a Nottingham (Regno Unito), eseguendo correlazioni tra i problemi di salute mentale e le misere condizioni di vita nella *inner city*, mentre altri studi (es. DEAN and JAMES, 1981) hanno cominciato ad esplorare i collegamenti più ampi tra salute mentale e contesti socio-spaziali. La deistituzionalizzazione delle persone con problemi di salute mentale, provenienti da ospedali e manicomi di grandi dimensioni e inserite in ambienti comunitari, ha poi stimolato un gran numero di studi riguardanti la loro sistemazione e la mancanza di sostegno nelle comunità urbane, l'aumento dei senzatetto e della povertà tra ex "pazienti mentali", le tradizionali risposte delle comunità per l'alloggio e delle strutture per le persone con problemi di salute mentale (es. DEAR and TAYLOR, 1982; DEAR and WOLCH 1987). In questi studi c'è una potente acquisizione del senso di "diversità" vissuto dalle persone con problemi di salute mentale, inserite in spazi che loro non avevano contribuito a modellare in alcun modo; conseguentemente si evidenziano le discriminazioni e l'esclusione.

Dagli anni '70 la geopsichiatria, una disciplina giovane e ancora in corso di costituzione, appare come portatrice di uno sguardo specifico nel campo della salute mentale. Lavorando sul concetto di ambiente, e quindi sui rapporti tra aspetti naturali e rapporti sociali, essa si occupa ora della localizzazione ottimale delle strutture di salute mentale, delle resistenze delle comunità locali all'inserimento al loro interno di strutture psichiatriche e dei rapporti tra salute mentale e medicina di base.

Dal lavoro concreto per l'umanizzazione di un istituto meramente repressivo, come quello di Gorizia, era nata una riflessione culturale e politica di vasta portata sui meccanismi dell'esclusione sociale e sull'idea stessa della malattia mentale. Basaglia segue il modello moderato e razionale della "comunità terapeutica", mutuato dall'esperienza condotta a Dingleton, in Scozia, da Maxwell Jones, con il quale aveva un rapporto di amicizia personale. Di fatto l'innovativa azione può ben considerarsi un "esperimento pilota": molti reparti divengono *open door*; i mezzi di contenzione vengono aboliti, ma l'uso di tranquillanti e neurolettici aumenta, per limitare gli inevitabili incidenti dovuti alla maggiore libertà, *in primis* i suicidi. Viene attuata insomma una riumanizzazione del vecchio ospedale che, comunque, comporta altri possibili rischi.

Nel 1978 la legge n. 180, conosciuta come “legge Basaglia”, decretò la definitiva chiusura dei manicomi in Italia. Gli anni '70 furono anche il periodo in cui venne introdotto, con la legge n. 354 del 1975, l'ordinamento penitenziario e ciò con l'idea di un trattamento finalizzato alla rieducazione del detenuto, e consistente in atti che fossero conformi ai diritti umani e rispettosi della dignità della persona. Nascono gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), annoverabili tra le case di reclusione, in sostituzione dei vecchi manicomi criminali.

Grazie ad un'indagine parlamentare che accertava le condizioni di estremo degrado degli istituti e la generalizzata carenza o mancanza di quegli interventi di cura che avevano motivato l'internamento, nel 2011, il decreto legge 22.12.2011, n. 211, convertito in legge (n. 9) il 17.02.2012, ha disposto all'art. 3-ter la chiusura delle strutture per la data del 31.03.2013 ³.

2. Origine e sviluppo dell'istituzione manicomiale

Il manicomio nasce, tra l'Ottocento e il Novecento, come istituzione preposta al controllo di quella «particolare forma di devianza sociale che è l'alienazione». Il compito di mantenere i “mentecatti” poveri e di costruire edifici pubblici a loro destinati, dopo l'Unità d'Italia ⁴, viene affidato alle Province.

Sono riconvertite le chiese, riaperte antiche ville di campagna e ricavati spazi all'interno dei conventi. Le scelte localizzative, dettate da determinate prerogative del sito (disponibilità di una vasta estensione libera, prossimità all'abitato, accessibilità, esposizione favorevole, risorse idriche, qualità dell'aria, panoramicità), hanno talvolta interferito con gli sviluppi della città tra Ottocento e Novecento.

Gli edifici «sono stati “costruiti” rispettando le esigenze di separazione dei malati in base alle patologie di cui soffrivano; le donne e gli uomini dovevano essere sistemati in complessi distinti e divisi in padiglioni destinati ai malati in osservazione: a quelli tranquilli, ai semi-agitati» (PETRACCI, 2014, p. 185). In quel luogo si assisteva a una duplice esclusione: l'esclusione del malato si aggiungeva all'esclusione sociale del povero, dell'emarginato, del sottoproletario.

Progressivamente le soluzioni architettoniche cominciano ad essere adottate cercando di stemperare gli aspetti segreganti dettati dalle esigenze di custodia. Almeno in parte, l'adozione dei principi che fondavano il sistema *open door* scozzese ha influenzato le decisioni concernenti la costruzione e l'organizzazione di alcuni spazi manicomiali. Talora i medici, collaborando alla progettazione degli edifici, esprimono la volontà di non costruire «un nuovo luogo di reclusione», ma un luogo dove potevano essere riprodotte le «condizioni della vita libera», senza mura evidenti a circondare il complesso. Vengono inseriti elementi adatti a richiamare l'armonia e la tranquillità, come parchi e giardini o ampi cortili esterni destinati al passeggio.

³ Il decreto legge 25.03.2013 n. 24 ha poi prorogato tale chiusura al 1.04.2014. Ancora una volta, tuttavia, il termine originariamente disposto non è stato rispettato, e lo stesso 1° aprile il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha promulgato “con estremo rammarico” un decreto legge che fissa al 30.04.2015 la data entro la quale dovranno essere chiuse queste strutture.

⁴ Art. 174, comma 10, legge n. 2248 del 20.03.1865 per l'unificazione amministrativa del Regno d'Italia. Prima dell'unificazione erano i comuni a provvedere al ricovero dei maniaci.

A tal proposito, a partire dagli anni '30 del secolo scorso si cominciarono a diffondere, prima all'interno degli ospedali psichiatrici poi gradualmente in ambienti esterni, i programmi terapeutici e di riabilitazione basati sulla cura con le piante. *L'Horticultural Therapy* nacque e si sviluppò nei paesi anglosassoni; solo da pochi anni è stata tradotta in Italia come "terapia assistita dalle piante" (BORGHI 2007, pp. 180-189). Si applica a numerose tipologie di disagio, per le quali la pratica dell'orticoltura genera effetti benefici e capaci di ridurre la forte situazione di difficoltà o di limitazione psico-fisica. Sono attualmente in corso anche in Italia progetti di orticoltura in ambito psichiatrico; in particolare, nella regione Marche sono 17 le cooperative di tipo B presenti nel comparto dell'Agricoltura sociale ⁵. Di là dalle intenzioni di psichiatri e progettisti, nei pazienti l'architettura manicomiale suscitava per lo più angoscia e oppressione provocate dalle porte di ferro, dai cancelli e dalle alte mura. Dovunque sbarre e sbarre; "prigione più tremenda del carcere giudiziario" (PETRACCI, 2014, p. 188).

Le diverse facce della seconda Guerra Mondiale non potevano non avere gravi e profonde ripercussioni a livello di salute psichica e nervosa, aprendo nello stesso tempo alla scienza psichiatrica un campo di osservazione e di pratica clinica in parte nuovo. Addirittura, molti direttori di manicomi e alienisti si erano subito esposti, con slancio patriottico, a favore della causa interventista e alcuni psichiatri, in particolare, assunsero posizioni di rilievo nel cosiddetto Servizio neuropsichiatrico di guerra, composto da decine di reparti sparpagliati non soltanto in prossimità del fronte o delle retrovie, ma distribuiti in buona parte del territorio italiano, soprattutto nel centro-nord (ROSCIONI e DES DORIDES, web, p. 1). La posizione degli edifici sanitari resta comunque al di fuori del perimetro delle mura cittadine, da quando le classi abbienti smettono di gestire in prima persona la beneficenza.

Nonostante il regolamento del 1909 avesse stabilito che ogni manicomio potesse ospitare solo un certo numero di alienati, il sovraffollamento caratterizzava i padiglioni degli ospedali e si ritenne necessario edificare nuovi ospedali psichiatrici provinciali. Problemi simili si venivano a creare anche nei manicomi giudiziari.

3. Rete e strutture igienico mentali nelle Marche

Nella regione Marche le condizioni degli internati e degli edifici presenti erano pressappoco analoghe a tutto il resto dell'Italia (DANIELI, 2008).

3.1. Ancona

Mario Tobino è stato per più di quarant'anni medico di manicomio. Una delle esperienze più rilevanti del primo arco della sua carriera si svolge nel 1939 all'interno dell'ospedale psichiatrico di Ancona ed è immortalata nell'episodio "Del perché del manicomio" de *Il figlio del farmacista* (1942, p. 145). È uno dei primi a denunciare l'abuso degli psicofarmaci all'interno del manicomio, anche se, grazie ai "neurolettici" ⁶, il lato più spaventoso e violento della follia sembra

⁵ Studio effettuato dal settore agroalimentare regionale dell'Alleanza delle Cooperative Italiane, che raccoglie Agci, Confcooperative e Legacoop Marche, illustrato nella pubblicazione di Sandro Buatti, *Agricoltura sociale e cooperazione nelle Marche*.

⁶ Così chiamati per indicare l'azione di indifferenza e disinteresse verso l'ambiente da loro indotto.

svanire, assopirsi e si può cominciare a parlare di maggiore libertà all'interno dell'universo manicomiale.

Il manicomio provinciale di Ancona nasceva nel 1901 per “rinchiudere” gli alienati dove, per paura che i “mentecatti” potessero evadere, vengono eretti alti muri di cinta ⁷. Dagli anni '20 inizia a manifestarsi una certa attenzione per gli aspetti ambientali, col rimboschimento del perimetro dell'area e la piantumazione di alberi e aiuole, tanto da essere segnalato quale struttura da prendere a modello. Con il bombardamento degli Alleati nel 1943, l'ospedale psichiatrico subisce danni ingenti e la successiva ricostruzione è condizionata dalla rapida evoluzione delle scienze neurologiche; i diversi approcci dei direttori sanitari si riversano allora sull'organizzazione dei padiglioni.

I rapidi mutamenti sociali che interessano l'Italia del dopoguerra impongono un radicale processo di attenzione verso il malato innescando un processo di ammodernamento dell'Ospedale neuropsichiatrico: salubrità degli ambienti, rinnovo delle reti impiantistiche, sostituzione dei macchinari di officine e laboratori, ampliamento della cucina nel padiglione, servizi generali, costruzione di una nuova recinzione. Dalla metà degli anni '60, la presenza dell'ospedale neuropsichiatrico crea nella società anconetana un intenso dibattito sintetizzabile nel crescente disagio indotto dalla sua presenza in un ambiente urbano in espansione, ormai sempre più identificabile come zona semi-centrale. Con una lettera del 26.03.1965 al Ministero dei LL. PP. e a quello della Sanità, l'amministrazione provinciale formalizza l'intenzione di voler costruire un nuovo ospedale psichiatrico in un'area più periferica, quale unica soluzione al palese inutilizzo della struttura di Piano San Lazzaro. In concomitanza con la revisione del PRG (approvato il 9.06.1965) si favorisce tale ambizioso programma che permetterà una più attenta progettazione della nuova opera e una rivitalizzazione, soprattutto speculativo-edilizia, di quella esistente, anche se prevarrà l'idea espressa dal direttore dell'Ospedale neuropsichiatrico (1974) di rimandare ogni scelta sino alla promulgazione del nuovo impianto normativo di riordino nelle strutture psichiatriche, promuovendo dopo la legge n.180/1978 sia un graduale reinserimento dei malati psichiatrici sia la formazione culturale dell'opinione pubblica.

3.2. Macerata

Anche per la costruzione dell'Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Macerata, inaugurato nel 1871, viene scelto un luogo fuori Porton Pio, immediatamente esterno all'ingresso ovest della città ⁸. Costituitosi il Regno d'Italia, la Deputazione

⁷ Già nel 1865, assunto il controllo amministrativo del manicomio di San Giovanni di Dio, la provincia di Ancona riteneva l'edificio sovraffollato e inadeguato e fu avviato il dibattito per la realizzazione di una nuova struttura. In precedenza, i malati mentali erano stati accolti nella Casa “Casone” dei mentecatti (1749-1799), una struttura che si trovava nell'attuale parco del Cardeto; quindi nei locali attigui alla chiesa di San Ciriaco, tra il 1799 e il 1818; nel Reparto mentecatti dell'ospedale civile di via Fanti (ex convento di San Francesco delle Scale), dal 1819 al 1840. Da allora la cura fisico-morale dei mentecatti era passata all'Ospizio di San Giovanni di Dio, Manicomio della SS. Trinità e S. Anna dal 1871 (Spazi della Follia, *Ospedale neuropsichiatrico della provincia di Ancona*).

⁸ Nel 1926 il Manicomio provinciale di Macerata o di Santa Croce verrà poi denominato Ospedale psichiatrico provinciale di Macerata, dal 1949 Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Macerata (Spazi della Follia, *Ospedale neuropsichiatrico provinciale di Macerata*).

provinciale acquisisce dal Comune l'area e il convento dei Frati Minori Osservanti di S. Croce, zona ritenuta più consona alle direttive della nuova medicina psichiatrica, situata a circa un chilometro a sud-ovest di Porton Pio, tra la strada di Pollenza e quella di Sforzacosta. L'attenzione dei progettisti dell'edificio appare rivolta al benessere dei ricoverati, tanto da far sembrare quel centro di reclusione un *locus amoenus*: il nucleo cardine del nuovo impianto è inserito in un'area pressoché quadrangolare cinta da basse mura, oltre le quali, verso levante, il manicomio presenta una vista panoramica di Macerata; verso ponente, come suggerito dalla scuola alienista romana, si sta mettendo in funzione una colonia agricola. Tra l'ingresso e l'edificio principale vi è un parco da cui, tramite i giardini e passeggi per le "tranquille" e i "tranquilli", si accede alle due sezioni, femminile e maschile. Il manicomio maceratese, definito "a sistema germanico", è reso ancora più efficiente nel 1877. Nel corso degli anni, inoltre, con il mutare delle necessità funzionali conseguenti al rinnovamento delle terapie psichiatriche, i padiglioni subiscono opere di consolidamento strutturale e, soprattutto, di adeguamento e razionalizzazione degli spazi per permettere l'inserimento di nuove attività terapeutiche.

Dopo l'emanazione della legge n. 180/1978 l'ospedale psichiatrico diviene proprietà dell'Azienda Sanitaria Locale, per essere trasformato in Centro riabilitativo assistenziale e sanitario (CRAS ex L.R. 27/1985). Parzialmente abbandonato, attualmente l'edificio accoglie alcuni servizi sanitario-assistenziali e un centro parrocchiale, è stato inoltre ristrutturato per farne residenze universitarie.

3.3. Fermo

Il manicomio di Fermo sorge nel luogo dell'antico complesso religioso di San Martino in Varano: primo luogo claustrale esterno alle mura della città, esistente fin dal XV secolo. Con la soppressione napoleonica (1796), la proprietà del convento era passata ai privati e occorrerà aspettare quasi vent'anni (1815) affinché possa essere riscattata e restituita ai Frati Minori⁹. Nel 1884 la Commissione suggerisce interventi ritenuti indifferibili, tra cui l'ampliamento del numero delle dimensioni dei locali, la realizzazione di spazi adibiti al passeggio e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie. Dal 1909 vengono attuati provvedimenti funzionali sia al benessere dei malati sia alla gestione e specializzazione del personale. Contestualmente a tali interventi, vengono eseguiti lavori di carattere generico, quasi a voler riconsegnare ai malati una simulazione di normalità nel loro ambiente di vita: sono ingrandite le finestre e rimosse, laddove possibile, le inferriate. Nel 1928 la Provincia di Ascoli Piceno acquista la casa appartenente alla colonia Vinci e la trasforma in casa colonica dell'azienda agraria dell'ospedale psichiatrico. Le trasformazioni appena descritte ridefiniscono in modo radicale l'organizzazione generale dell'Ospedale psichiatrico, la cui consistenza rimarrà pressoché inalterata fino alla riconversione a nuovo uso.

A seguito della legge n. 180/1978, nel 1985 la Regione Marche istituisce il Servizio per la tutela della salute mentale, trasformando l'ospedale psichiatrico in Centro riabilitativo assistenziale e sanitario (CRAS), che sarà chiuso nel 1998.

⁹ Il Manicomio di Fermo, Ospedale Civile e Militare di S. Maria dell'Umiltà dal 1873 al 1895, cambierà denominazione due volte nel 1895 assumendo prima quella di Manicomio della Provincia di Ascoli Piceno, quindi quella di Manicomio provinciale di Fermo, che conserverà fino al 1928. In seguito Ospedale psichiatrico provinciale di Fermo fino al 1981 (Spazi della Follia, *Ospedale psichiatrico provinciale di Ascoli Piceno in Fermo*).

Parzialmente inutilizzata, la struttura ha oggi funzioni amministrative, sanitario-assistenziali, sociali e scolastiche.

3.4. Pesaro

A Pesaro l'apertura di un asilo per i "mentecatti" da realizzarsi a spese della Provincia si deve all'iniziativa di monsignor Benedetto "de' Baroni Cappelletti" (1764-1834). Il 15.01.1824 viene recapitato il progetto di uno "Stabilimento Pio a carico della Provincia per rinchiudere i Mentecatti" da erigersi dentro la città. Ben presto, dato il sovraffollamento dell'edificio, si rende indispensabile la formazione di nuove stanze di degenza e si decide quindi di erigere un corpo di fabbrica all'interno del cortile meridionale, lungo il lato sud delimitato dalla Strada del Parchetto. A fronte della rilevante quantità di nuovi internamenti si programmano e si mettono in pratica altri lavori di strutturazione e ampliamento dei plessi ¹⁰.

Nel 1871 la direzione del manicomio di Pesaro viene affidata a Cesare (Marco Ezechia) Lombroso. Proprio in quel periodo egli elaborò una proposta che sottopose alle autorità ministeriali: la creazione dei manicomi criminali (GIOVANNINI, 2009).

Le condizioni del "San Benedetto", nel 1873, sono descritte dal medico direttore del manicomio di Ferrara, Clodomiro Bonfigli (1882, p. 4): celle d'isolamento per i "malati inquieti" prive di aria e di luce; "infermerie anguste e mal ventilate"; impiego di pagliericci putridi, ricettacolo "di insetti schifosi", al posto di materassi; mancanza d'acqua corrente; locali dei bagni privi di apparecchi idroterapici e di tinozze di latta e rame; latrine pessime; scarsi mezzi d'illuminazione artificiale nei dormitori; laboratori insufficienti; guardaroba "miserrimi". A queste denunce si aggiungono quelle di Antonio Michetti, direttore dell'istituto dal 1873 al 1905, alla Deputazione provinciale: limitata estensione e ignobili condizioni del "parchetto", ridotto a un lurido letamaio; assenza di locali e relativa strumentazione per l'idroterapia, "ritenuta fondamentale per la cura della pazzia"; impossibilità di separare i folli in base al tipo di malattia mentale; insufficiente numero di letti a branda; pessima esecuzione delle latrine, fonti di esalazioni nauseabonde soprattutto nei mesi estivi; e, non ultimo, la "sgradita presenza" di delinquenti, per i quali sarebbe stato opportuno un manicomio criminale. L'insufficiente estensione del parchetto, destinato allo svago dei folli, induce Michetti a richiedere un'area adeguata alla costituzione di una "colonia agricola", analogamente a quanto avviene in altri manicomi provinciali. Alla luce di tutto ciò, s'intraprende una serie di lavori di miglioramento delle condizioni dei malati, anche se restano critici alcuni aspetti (BIANCHINI, 2008) ¹¹.

¹⁰ Inaugurato nel 1824, lo Stabilimento di beneficenza de' pazzi è stato più volte rinominato: Ospedale Provinciale de' Pazzi; Ospedale Provinciale de' Mentecatti in Pesaro; Ospizio Provinciale di S. Benedetto per i Mentecatti; Hospitium Sancti Benedicti Pisauri; Ospizio per gli alienati sotto il titolo di San Benedetto; Stabilimento Provinciale di S. Benedetto in Pesaro; Stabilimento di San Benedetto per gli alienati in Pesaro; Manicomio di San Benedetto; Ospizio Provinciale di San Benedetto in Pesaro; Manicomio Provinciale San Benedetto di Pesaro; Ospedale psichiatrico provinciale di San Benedetto (Spazi della Follia, *Ospedale psichiatrico provinciale San Benedetto di Pesaro*).

¹¹ In merito all'organizzazione degli spazi manicomiali, si ricorda che le strutture di Pesaro e Verona furono le prime in Italia a sperimentare la tecnica di assistenza "settoriale": dividendo la provincia in "settori" il personale medico poteva così seguire il paziente durante e dopo il ricovero.

Con l'approvazione della L.R. n. 27/1985, che impone la riconversione dell'ospedale psichiatrico provinciale di Pesaro in "Centro Riabilitativo Assistenziale Sanitario" (CRAS San Benedetto), inizialmente gestito dall'USL poi dall'ASL, nel 1987 si costruiscono due nuovi padiglioni all'interno dell'area manicomiale, consentendo così al CRAS di accogliere parte dei pazienti dello stesso ex-manicomio. In conseguenza della legge finanziaria n. 724 del 1994, che impone la chiusura dei manicomi entro il 31 dicembre 1996, gli ultimi ospiti del CRAS lasciano il centro nel 1997, sancendo la definitiva chiusura dell'ex-ospedale psichiatrico, in situazione di abbandono fino ad oggi.

4. Eredità del passato e questioni aperte

Muovendo ancora dalla legge 180/1978 è opportuno richiamarne le problematiche applicative e la difficile strada dell'integrazione. Pur partendo da un "buon principio" condivisibile da tutti, detta normativa comporta rischi in quanto da una parte non si rileva l'effettiva intenzione di risanare e modernizzare i vecchi manicomi in modo da tramutarli in "umani domicili" e dall'altra non esistono nemmeno quelle valide strutture ospedaliere alternative, auspiccate da Basaglia fin dagli anni '60. Senza strutture pronte ad accogliere i pazienti appena dimessi dai manicomi, si corre il rischio che i malati stessi, in teoria beneficiari della nuova legge libertaria, finiscano in realtà per essere abbandonati a se stessi o ritornino in seno alle famiglie, spesso impreparate ad affrontare le imprevedibilità del disagio psichico. A distanza di un anno dalla legge Basaglia, l'esperienza italiana, da una parte, ha avuto il merito di aver fatto scomparire il concetto giuridico di "pericolosità" del malato mentale, dall'altra ha distrutto il manicomio senza riedificare strutture alternative ben razionalizzate. Si tratta di un'operazione inversa a quella già attuata in altri paesi, dove il problema è stato apparentemente affrontato dilatando sul territorio i servizi di controllo della devianza, senza intaccare la logica e le realtà manicomiali: il permanere dell'emarginazione sociale, mistificata sotto l'alibi della malattia e della cura, non può che riprodurre la conferma della medesima logica sul territorio e nei nuovi servizi e, di rimando, il contemporaneo rafforzamento, conseguente a questa conferma, del manicomio e della sua logica (DE VECCHIS, 2009, p. 14). La legge 180 va salvaguardata nei principi e valori in essa contenuti, particolarmente quello dell'inclusione sociale del paziente, ma richiede strumenti correttivi, incentrati sui servizi sostitutivi preposti all'assistenza psichiatrica. Questa è in sintesi la posizione di chi riconosce nella legge un limite congiunturale, dovuto all'impreparazione delle regioni a gestire la delega della cura dei malati, attraverso l'istituzione di presidi territoriali. In conseguenza della legge 180, spesso i malati si sono trovati ad essere affidati esclusivamente alle famiglie, inidonee ad affrontare adeguatamente la situazione e dalle quali è partita a più riprese la richiesta di revisione della normativa. Dal punto di vista strutturale il limite della legge attiene proprio all'orientamento concettuale e terapeutico cui si ispira. Per altri i problemi della 180 vanno ricercati nella non completa applicazione della norma stessa: i servizi di salute mentale sarebbero inottemperanti e a volte inesistenti (BIANCHINO, web, p. 3).

La legge Basaglia fornisce un capovolgimento irreversibile nei confronti dell'alienato: dà voce al malato e non alla malattia. I soggetti deboli diventano cittadini ed entrano sulla scena con la loro singolarità, non sono più i malati di mente pericolosi per se stessi e per gli altri, ma persone bisognose di cure. Benché

però l'inclusione sociale sia una priorità per tutti i paesi europei e la legge italiana abbia aperto spiragli di formidabili possibilità, persistono le cattive pratiche. Le persone rischiano di nuovo di essere rinchiusi dentro mura ancora più spesse di quelle del manicomio. La psichiatria è tornata nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri e blindati, nelle affollate e immobili strutture residenziali, in comunità senza tempo che si dicono terapeutiche e che si situano fuori dal mondo delle relazioni. Molti Servizi di diagnosi e cura dichiarano di attuare la contenzione meccanica e di usare un camerino d'isolamento. In alcuni reparti di neuropsichiatria infantile, i bambini vengono legati al letto e trattati con forti dosi di psicofarmaci. Cresce la domanda di residenze dove collocare i "nuovi cronici" e la crisi si colloca in ospedale, negli SPDC o, come in alcune regioni, in cliniche private. La cronicità si sedimenta nelle strutture residenziali, negli istituti pubblici e religiosi, nei centri diurni infantilizzanti, nelle pratiche assistenzialiste di fragili cooperative sociali (forumsalutementale.it).

L'interesse pubblico, accademico e politico per la salute mentale, in Italia come nella realtà anglosassone, continua a crescere e la geografia ha fornito validi contributi nell'interpretare gli spazi relazionali della salute mentale. Essa aiuta a capire come le persone affette da questi disturbi siano attive nel riscrivere versioni di recupero sociale, attraverso il loro uso e la comprensione di spazi comuni. Nel XIX secolo i "pazzi" sono stati segregati in appositi spazi di asilo ed etichettati come malati. Nel Novecento questi spazi sono stati smantellati e i pazienti dimessi nella comunità hanno iniziato a compiere i propri "ritmi circadiani". È attraverso gli spazi della vita quotidiana – parchi, pub, strade, supermercati – che molte persone con problemi di salute mentale gravi e durevoli tracciano percorsi innovativi che gli consentono di sovvertire le letture popolari di loro stessi come inerti, pericolosi, incapaci o semplicemente spaventosi. Un innovativo "terzo settore" di organizzazioni di volontariato o gestite dagli utenti sta favorendo questa "rioccupazione" della città e di altri luoghi.

5. Rompere la bolla del manicomio virtuale. Un bilancio provvisorio

Nel campo della psichiatria, non è sufficiente pensare solo al trattamento: occorre considerare anche il lavoro di riadattamento (o riabilitazione). Nel caso della malattia mentale, a differenza delle malattie fisiche, il processo di riadattamento è soprattutto di ordine sociale (a tal punto che alcuni suggeriscono di parlare di malattia sociale invece che mentale).

L'integrazione sociale della persona che soffre di malattia mentale è una questione di relazione, relazione fra la persona stessa e gli altri, la gente. Se la relazione si limita a quella con la madre e il padre, non possiamo parlare di integrazione, stiamo parlando di un mondo rinchiuso intorno alla casa familiare. Se le relazioni ruotano principalmente intorno all'universo dei servizi psichiatrici, le persone non sono integrate, perché frequentano i luoghi dove hanno contatti con altri malati mentali. Anche se la persona è presente nell'ambiente comunitario e frequenta luoghi pubblici con la gente comune, ciò non significa che sia integrata. Può vivere dentro una sorta di bolla che è come un manicomio virtuale, il quale impedisce alla persona di divenire un cittadino e di godere di tutti i diritti civili: un mondo chiuso su se stesso come la sotto cultura di povertà. Questa bolla viene spesso dagli atteggiamenti di indifferenza, di paura o di ritrosia, da parte della gente comune di fronte ai comportamenti percepiti come strani, o bizzarri, della

persona: ad esempio, il recarsi nei luoghi comuni in orari non convenzionali, quando in realtà gran parte della popolazione è altrove, a svolgere altre attività.

Prima della legge Basaglia, i malati di mente venivano relegati in luoghi fisicamente lontani dal resto della comunità perché considerati pericolosi o addirittura infetti. Oggi si è attenti a pronunciare la parola “inclusione”, a inserirla addirittura nei documenti ufficiali, mettendola in risalto all’interno delle agenzie educative, quali la scuola; in realtà è l’ambiente socio-spaziale stesso ad essere “disabilitante”, poiché le voci delle persone malate non sono state ascoltate e non hanno contribuito a costruire gli spazi in cui vivono.

BIBLIOGRAFIA

- G. AGNETTI, A. ERLICHER, Y. KAZEPOV, F. LUCCHI, R. RADICI e G. ROSSI, *Territori per la salute mentale. Manuale per la valutazione delle politiche di inclusione sociale*, Milano, FrancoAngeli, 2008.
- F. BASAGLIA (a cura di), *L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi, 1968.
- S. BETTI, *Essere portatori di handicap a Pesaro*, Pesaro, Comune di Pesaro, 1994.
- L.M. BIANCHINI, *Storia del San Benedetto, il manicomio di Pesaro*, in G. Danieli (a cura di), *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*, Ancona, Il lavoro editoriale, 2008, pp. 101-146.
- C. BRANDOLIN, A. COCIANI, A. FASCÌ, N. SETERIA e L. BICEGO, *Salute mentale e organizzazione che cura. Infermieri, spazi, azioni e vissuti di cura*, Rimini, Maggioli Editore, 2008.
- C. BONFIGLI, *Il conte di Cagliostro nella storia dell’ipnotismo*, Milano, F. Vallardi, 1882.
- P. BONORA (a cura di), *Rappresentare la territorialità*, Quaderni del Territorio n. 1, Bologna, ArchetipoLibri, 2012.
- C. BORGHI, *Il giardino che cura*, Firenze, Giunti Editore, 2007.
- S. BUATTI, *Agricoltura sociale e cooperazione nelle Marche*, Legacoop Marche, 2014.
- R. BUTLER and H. PARR (eds), *Mind and Body Spaces: Geographies of Illness, Impairment and Disability (Critical Geographies)*, London and New York, Routledge, 1999.
- V. CHOUINARD, *Making Space for Disabling Difference: Challenges Ableist Geographies*, in “Environment and Planning: Society and Space”, 15 (1997), pp. 379-387.
- V. CHOUINARD, E. HALL and R. WILTON, *Towards Enabling Geographies: ‘Disabled’ Bodies and Minds in Society and Space* (Google eBook), Farnham, Ashgate Publishing, 2012.
- S.E. CURTIS, *Space, Place and Mental Health*, Farnham, Ashgate, 2010.
- G. DANIELI (a cura di), *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*, Ancona, Il lavoro editoriale, 2008.
- K.G. DEAN and H.D. JAMES, *Social Factors and Admission to Psychiatric Hospital: Schizophrenia in Plymouth*, in “Transactions of the Institute of British Geographers”, New Series, Vol. 6 (1981), No. 1, pp. 39-52.
- M.J. DEAR and S.M. TAYLOR, *Not on Our Street: Community Attitudes to Mental Health Care*, London, Pion, 1982.
- M.J. DEAR and J. WOLCH, *Landscapes of Despair: from Deinstitutionalization to Homelessness*, Oxford, Polity Press, 1987.
- P. DE VECCHIS, *Tobino, Basaglia e la legge 180: storia di una polemica*, in M. TOBINO, *Gli ultimi giorni di Magliano*, Milano, Mondadori, 2009, pp. 171-188.
- F. FANON, *I dannati della terra*, Torino, Edizioni di Comunità, 1970 (ed. originale: *Les Damnés de la terre*, 1961).
- J. FOOT, *La “Repubblica dei matti”. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli, 2014.
- M. FOUCAULT, *Storia della follia nell’età classica*, Milano, Rizzoli, 1963 (ed. originale: *Folie et déraison. Histoire de la folie à l’âge classique*, 1961).

- J. GIGGS, *The distribution of schizophrenics in Nottingham*, in "Transactions of the Institute of British Geographers", 59 (1973), fasc. 7, pp. 55-76.
- J. GIGGS, *Mental disorders and ecological structure in Nottingham*, in "Social Science and Medicine", 23 (1986), fasc. 10, pp. 945-961.
- P. GIOVANNINI, *Il San Benedetto: storia del manicomio pesarese dalle origini alla grande guerra*, vol. 27 di "Pesaro, città e contà", Pesaro, Società Pesarese di Studi Storici, 2009.
- R.G. GOLLEDGE, J.M. LOMIS, R.L. KLATZKY, A. FLURY and X.L. YANG, *Designing a personal guidance system to aid navigation without sight: progress on the GIS component*, in "International journal of geographical information systems", Vol. 5 (1991), No. 4, pp. 373-395.
- R.G. GOLLEDGE, *Geography and the Disabled: A Survey with Special Reference to Vision Impaired and Blind Populations*, in "Transactions of the Institute of British Geographers", New Series, Vol. 18 (1993), No. 1, pp. 63-85.
- E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Doubleday Broadway Publishing Group, Random House, 1961.
- R. IMRIE and C. EDWARDS, *The Geographies of Disability: Reflections on the Development of a Sub-Discipline*, in "Geography Compass", Vol 1, (May 2007) No. 3, pp. 623-640.
- J. JONES, *The geography of mental health*, in "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 10 (2001), fasc. 4, pp. 219-224.
- D. LASAGNO, *Oltre l'istituzione. Crisi e riforma dell'assistenza psichiatrica a Torino e in Italia*, Torino, Ledizioni, 2012.
- MINISTERO PER I BENI E LE ATTIVITÀ CULTURALI, Direzione generale per gli archivi, Servizio II – Archivi non statali, Marche, in *Primo rapporto sugli archivi degli ospedali psichiatrici*, a cura del Gruppo di coordinamento del Progetto nazionale "Carte da legare", Angri, Editrice Gaia, 2010, pp. 105-128.
- M. PALMA, *Il Censimento degli Ospedali Psichiatrici delle Marche nell'ambito del progetto 'Carte da legare'*, in G. DANIELI (a cura di), *Manicomi marchigiani, le follie di una volta*, Ancona, Il Lavoro Editoriale, 2008, pp. 211-235.
- D.C. PARK, J.P. RADFORD and M.H. VICKERS, *Disability Studies in Human Geography*, in "Progress in Human Geography", 22 (April 1998), pp. 208-233.
- H. PARR, *Mental Health and Social Space: Towards Inclusionary Geographies?*, Malden-Oxford-Carlton, Wiley-Blackwell, 2008.
- H. PARR, *Mental health, public space, and the city: questions of individual and collective access*, in "Environment and Planning D: Society and Space", 15 (1997), fasc. 4, pp. 435-454.
- M. PETRACCI, *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli editore, 2014.
- M. TOBINO, *Il figlio del farmacista*, Milano, Corrente, 1942.

Sitografia

- ARCHIVI DEGLI EX OSPEDALI PSICHIATRICI – Soprintendenza archivistica dell'Umbria e delle Marche <http://www.sa-marche.beniculturali.it/index.php?it/187/archivi-degli-ex-ospedali-psichiatrici>
- C. BIANCHINO, *Malati di mente. Ma pur sempre uomini. Ecco tutte le parole per cercare di "capire l'incomprensibile"* http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/mentale_bianchino.pdf
- CARTE DA LEGARE. Archivi degli ospedali psichiatrici italiani <http://www.cartedalegare.san.beniculturali.it/>
- FORUM SALUTE MENTALE, *I luoghi della cura* <http://www.news-forumsalutementale.it/intro-buone-pratiche/>
- L. ROSCIONI e L. DES DORIDES, *Il manicomio e la Grande Guerra* www.museodellamente.it/allegati/il_manicomio_e_la_grande_guerra.pdf
- SPAZI DELLA FOLLIA <http://www.spazidellafollia.eu/it>