

For an investigation on fundamentals of Involuntary Mental Health Treatment: Toward a scientific knowledge through an archaeology of common knowledge

Michele Romanelli^{*}, *Martina Contiello*^{**}, *Alessandro Fabbian*^{**}, *Riccardo Girolimetto*^{**}, *Yuri Marino*^{**}

Abstract

The aim of this paper is to provide an analysis of Involuntary Mental Health Assessment and Involuntary Mental Health Treatment (henceforth IMHA and IMHT) in Italy through the eyes of epistemology: the purpose is to prompt critical discourses and arguments regarding these practices. In order to accomplish this purpose and to provide a critical examination of IMHA and IMHT, we suggest to rediscover the phylogenesis of interment procedures and laws that ruled them. This will enlighten how the several discourses on “mental illness” and related treatments, which have come down to our day, are in fact products of specific historical periods and facts. Thanks to the knowledge of origins and developments of the “mental illness” treatment practices, we’ll be able to highlight how, in this field, Law and Psychiatry were the two answers that managed requests regarding which value should be given to “mental illness” and how to handle the sick. The reflection on fundamentals of scientific knowledge was and is most notably absent. Indeed this instrument can provide with knowledge and method - that Law and Psychiatry do not possess, not for any lack but for their epistemic statute - that allows the management of a possible pragmatic spillover before they become errors.

Keywords: epistemological reflection; involuntary mental health treatment; psychiatry; mental illness; interment.

* Psychologist and “Cultore della materia” (instructor) Psicologia Clinica at Università degli Studi di Padova, email: michele.romanelli@unipd.it

** Member of the work-group of in training Psychologists and Psychologists named “Orizzonti Dialogici” (Università degli Studi di Padova) whose aim is “to develop project/services for the promotion of Dialogical Community in an enterprise perspective”. Email: orizzontidialogici@gmail.com; martina.contiello@gmail.com; riccardo.girolimetto@gmail.com; fabbian.alessandro@gmail.com; yuri.marino89@gmail.com

Romanelli, M., Contiello, M., Fabbian, A., Girolimetto, R., & Marino, Y (2016). Per un’indagine sui fondamenti del Trattamento Sanitario Obbligatorio: Verso una conoscenza scientifica attraverso un’archeologia del sapere comune [For an investigation on fundamentals of Involuntary Mental Health Treatment: Toward a scientific knowledge through an archaeology of common knowledge]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 81-106. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

Per un'indagine sui fondamenti del Trattamento Sanitario Obbligatorio: Verso una conoscenza scientifica attraverso un'archeologia del sapere comune

*Michele Romanelli**, *Martina Contiello***, *Alessandro Fabbian***, *Riccardo Girolimetto***, *Yuri Marino***

Abstract

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di offrire un'analisi delle pratiche di Accertamento Sanitario Obbligatorio e Trattamento Sanitario Obbligatorio (ASO e TSO) attraverso gli occhi dell'epistemologia, al fine di poter avviare ragionamenti e discorsi critici in merito a queste procedure. Per giungere a tale approdo e per offrire una disamina critica rispetto ad ASO e TSO, proponiamo di ritessere la filogenesi delle pratiche di internamento e delle leggi che hanno normato tali pratiche. Questo metterà in luce come i vari discorsi sulla "malattia mentale" e le prassi di trattamento della stessa, che fino a noi sono giunti, siano il prodotto di contingenze storiche. Forti della conoscenza sulle origini e gli sviluppi delle pratiche di trattamento della "malattia mentale", si porrà in evidenza come, in tale ambito, il Diritto e la Psichiatria siano state le due risposte che nel tempo hanno gestito le richieste rispetto sia a che valore attribuire alla "malattia mentale", sia a cosa farne dei malati: la grande assente è stata ed è la riflessione sui fondamenti della conoscenza scientifica. Tale strumento, infatti, può mettere a disposizione una conoscenza e un metodo - di cui il Diritto e la Psichiatria non per mancanza, ma per statuto epistemico, non dispongono - che consenta di gestire in anticipazione le possibili ricadute pragmatiche, prima che esse diventino errori.

Parole chiave: riflessione epistemologica; trattamento sanitario obbligatorio; psichiatria; malattia mentale; internamento.

* Psicologo e cultore della materia Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Padova. E-mail: romanelli.michele@gmail.com

** Membro del Gruppo di lavoro di psicologi e futuri psicologi dal nome "Orizzonti Dialogici" (Università degli studi di Padova) il cui obiettivo è "sviluppare progetti/servizi in un'ottica d'impresa per la promozione della Comunità Dialogica". Email: orizzontidialogici@gmail.com; martina.contiello@gmail.com; riccardo.girolimetto@gmail.com; fabbian.alessandro@gmail.com; yuri.marino89@gmail.com

Romanelli, M., Contiello, M., Fabbian, A., Girolimetto, R., & Marino, Y (2016). Per un'indagine sui fondamenti del Trattamento Sanitario Obbligatorio: Verso una conoscenza scientifica attraverso un'archeologia del sapere comune [For an investigation on fundamentals of Involuntary Mental Health Treatment: Toward a scientific knowledge through an archaeology of common knowledge]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 81-106. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

*Mai cesseremo di esplorare,
e la fine di tutto il nostro viaggiare
sarà arrivare là dove siamo partiti
e conoscere quel luogo per la prima volta.*
[T.S. Eliot - Quattro quartetti - *Little Gidding*]

Introduzione

Già molto è stato scritto e detto riguardo alle procedure dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio e del Trattamento Sanitario Obbligatorio¹ (da qui in avanti ASO e TSO) e alle prassi legate al ricovero dei cosiddetti "malati mentali", quali ad esempio la contenzione: è giusto? È sbagliato? È necessario? C'è forse un altro modo? Funziona?

Si può dire che i discorsi in merito abbiano tracciato una strada lunga e tortuosa, attingendo argomentazioni dalla giustizia, dalla moralità, dal Diritto, dal bisogno: molte le curve e le deviazioni, molti gli scorci (le questioni) intravisti. Nel viaggiare alla scoperta di luoghi nuovi si procede andando sempre più avanti, sempre più in là, ponendosi obiettivi sempre nuovi: è ciò che ci consente di continuare a camminare. Ma tenere fisso lo sguardo sull'orizzonte, alla ricerca del nuovo, talvolta può farci dimenticare da dove siamo partiti, guidati dal pensiero che la strada già percorsa sia rimasta così come l'abbiamo lasciata. E se il nostro lungo viaggiare ci avesse messo nelle condizioni di guardare con occhi nuovi anche i sentieri su cui siamo già passati? Parafrasando Eliot, il nostro viaggiare potrà condurci al punto di partenza, al fondamento; ad interrogarci cioè su quale sia il terreno da cui si è partiti, quale quello che è stato attraversato, quale quello su cui si poggia. Tutto questo, scoprendo che per generare qualcosa di diverso - ovvero per continuare a viaggiare, guardare luoghi nuovi e raggiungere la meta - occorre conoscere la terra su cui si cammina, dotarsi di strumenti che consentano di affrontare il viaggio e di gestire gli eventi incerti.

Questa è l'opzione conoscitiva che abbiamo scelto per dare vita a questo scritto, che vuole offrire un nuovo tipo di viaggio, che esuli da tutti i discorsi che già sono stati fatti sul tema del TSO, per conoscerlo di nuovo per la prima volta. Un viaggio che modifichi gli occhi con i quali si è partiti, cosicché, dalle origini tanto storiche quanto conoscitive, si possa procedere per un'altra strada ancora poco battuta e raggiungere nuovi traguardi.

Il punto di partenza sarà il XVII secolo: avremo modo di vedere come le amministrazioni del tempo regolamentarono la pratica dell'internamento e in che modo la medicina si inserì nella gestione dei folli/insensati/alienati/malati. Una volta compiuto il percorso storico, comincerà quello legislativo con una disamina delle Leggi che sono state punti nodali di sviluppo della regolamentazione ad oggi vigente in Italia, a partire dalla Legge francese del 1838 che ha posto le basi per quella italiana del 1904 in materia di "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati". Cosa è rimasto ai giorni nostri di legislazioni e concezioni dei "malati mentali" risalenti ai secoli scorsi? Dedicare spazio alla filogenesi storica e legislativa dell'internamento ci consentirà di dare una collocazione ad un insieme di pratiche e di regole che, giunte a noi senza essere problematizzate e contestualizzate, rischiano di essere narrate attraverso la retorica del "così si è sempre fatto" o del "così va fatto". Ci doteremo poi degli strumenti epistemologici che saranno strategici per affrontare alcuni nodi cruciali intorno ai quali ruota la legge n. 833/1978, dispositivo che regola la procedura del TSO, *in primis* (e su tutti) quello relativo all'uso e al significato del costruito di salute. La filogenesi storica e normativa, con la riflessione epistemologica, ci consentirà di approdare ad alcune considerazioni conclusive che fanno da slancio all'apertura di altre strade possibili da percorrere relativamente ai temi oggetto dello scritto.

Le radici storiche delle pratiche di internamento: Dal classicismo all'età moderna

La "problematizzazione" della follia: Il nuovo valore dell'internamento

¹Accertamento sanitario obbligatorio e Trattamento sanitario obbligatorio sono due strumenti a disposizione del Sistema Sanitario Nazionale, regolamentati oggi dalla legge 833/1978, che possono essere disposti in particolari casi (espressi dalla legge) e che consentono, anche in caso di mancato consenso della persona, di effettuare un accertamento riguardo la salute mentale o fisica di un individuo (ASO) e di avviare una procedura di trattamento ospedaliera o extra ospedaliera (TSO).

Ponendoci l'intento di offrire una dissertazione rigorosa, dunque scientifica, rispetto allo stato dell'arte di ASO e TSO, non è possibile astenersi da una genealogia delle politiche d'interdizione e d'internamento di cui, nel corso dei secoli, la nostra specie si è dotata per far fronte a ciò che concerne (diremmo oggi) la "malattia mentale". Imprescindibile, dunque, ritessere le fila della genesi del sapere medico-psichiatrico che venne a costituirsi, in quanto tale, nel momento in cui fu chiamato a prendersi carico di ciò che fu una contingenza storica (connotata in termini problematici) del XVIII secolo: l'amministrazione della Follia. Partiremo dunque col descrivere brevemente l'assetto di crisi politico-economica che si generò a seguito della guerra dei Sette anni² e che investì Francia ed Inghilterra in particolare, alimentando le condizioni di possibilità per la maturazione di un'essenza organica della follia, nuovo "oggetto" di conoscenza della medicina.

Prima della caduta dell'*Ancien Régime*³ e della riorganizzazione amministrativa della mendicizia apportata in Inghilterra con il *Gilbert's Act*⁴, "malattia mentale" è un'espressione che non sussiste, non la si impiega, non vi sono forme del sapere medico, psichiatrico o psicologico (e terapeutiche ad esse legate) che la definiscano. I servizi del dottor Philippe Pinel non sono ancora richiesti al Bicêtre (il *Trattato medico filosofico sull'alienazione mentale* non è pronto), il quacchero William Tuke non ha edificato il suo Ritiro, Esquirol, allievo di Pinel, non ha ancora parlato di *maladies mentales*. La progenitrice è la follia, termine dall'uso confuso e sibillino (imbecille, insensato, sragionato, alienato⁵, pazzo), soggetto - tra il Classicismo e gli albori del Modernismo - alle più svariate ostensioni di discorsi che la invischiano con altri individui connotati come "sovvertitori dell'ordine pubblico". Non è ancora possibile denotare i folli in quanto tali, ancora non è stato istituito un criterio condiviso che li discerna dagli "sragionati", per utilizzare un'espressione cara a Foucault (1961). Li si mischia spesso a libertini, mendicanti, poveri, corrigendi. Un coacervo eterogeneo ammassato nei più svariati asili, dalle prigioni di stato come la Bastiglia, agli Ospedali generali⁶ come Bicêtre e Salpêtrière, alle fondazioni religiose come le numerose Charités dei Fratelli di San Giovanni di Dio (Castel, 1977). Li si stipa tutti assieme, soggetti alla medesima regolamentazione, come emerge dalle disposizioni di Lione:

[...] il regolamento dell'ospizio di Lione, ad esempio, prevede che vi si accoglieranno i vagabondi e i mendicanti condannati alla detenzione con giudizio della prevostura, 'le ragazze di cattivi costumi arrestate al seguito delle truppe', 'gli individui che vi saranno inviati per ordine del re', 'gli insensati, i poveri, i derelitti, e coloro per i quali verrà pagata pensione'. (Foucault, 1961, p. 575)

Per tutto il XVII secolo la Follia fu un problema di sensibilità sociale, legata al delitto, al disordine, allo scandalo (Foucault, 1961) e iscritta in un'amministrazione del tutto politica⁷, attraverso le pratiche dell'interdizione e dell'internamento. La prima fu una misura di ordine giudiziario legata agli *orders de*

² Combattuta in quattro continenti, la *Guerra dei Sette anni* (1756-1763) vide in conflitto le più grandi potenze europee dell'epoca: da una parte Gran Bretagna e Prussia, dall'altra Francia e Austria (e loro alleati, tra cui Russia, Svezia, Polonia, Sassonia e Spagna). La guerra si svolse lungo due parallele: Francia e Gran Bretagna occupate sui mari, nelle colonie e in Germania, Prussia e la coalizione dei suoi avversari nella Germania orientale. Questi due conflitti culminarono solo con i trattati di Parigi e di Hubertsburg (1763), i quali sancirono la supremazia di Prussia e Gran Bretagna, mentre la Francia risentì particolarmente della sconfitta (sette anni, Guerra dei, s.d.). Di lì a poco sarebbe iniziato un nuovo periodo di recessione che colpì le potenze belligeranti, in particolare Francia e Inghilterra, grandi protagoniste di questa dissertazione.

³ La locuzione designa un'espressione francese utilizzata, in termini peggiorativi, dai rivoluzionari francesi per indicare il sistema governativo (monarchia assoluta) antecedente la rivoluzione francese del 1789, ossia la monarchia assoluta dei Valois e dei Borbone.

⁴ Decreto votato dal parlamento inglese nel 1782 conosciuto col nome di *For the Better Relief and Employment of the Poor* ("Per una migliore assistenza ed impiego del povero", traduzione propria), proposto da Thomas Gilbert.

⁵ Da notare l'etimo della parola "alienati": dal latino *alienus*, "altro", "che non è dei nostri", "avverso ad una cosa, cioè inclinato ad altra" - a voler sottolineare la netta distanza che vuole porsi tra coloro che sono "normali" e gli alienati, appartenenti ad un mondo completamente avulso da quello della ragione. Quasi che l'alienazione fosse una condizione esistenziale completamente distaccata dalla normalità con dei confini ben precisi e riconoscibili; un utilizzo del termine che ben rispecchia, come vedremo, lo stile di internamento del XIX secolo.

⁶ È bene precisare che nel XVII secolo l'Hôpital général sottostà ancora alle regole prescritte dal decreto criminale del 1670 che regolamenta il buon ordine delle prigioni. In effetti, "Se all'Hôpital général c'è un medico, ciò non è dovuto al fatto che si ha coscienza di rinchiodare dei malati, ma al fatto che si teme la malattia per coloro che sono già internati" (Foucault, Storia della follia nell'età classica, 1961, p. 204).

⁷ Prima della rivoluzione il potere giudiziario ed esecutivo si dividevano la responsabilità del sequestro degli insensati (Castel, 1977).

justice, mediante la quale un giudice, previa richiesta familiare (ed eccezionalmente del procuratore del re), rendeva la sua sentenza. Dopo aver raccolto le testimonianze, fatto comparire i protagonisti ed interrogato il folle (il criminale, il libertino e così via), il soggetto riconosciuto pericoloso poteva essere oggetto di misure d'internamento⁸. L'esempio precipuo di come si sostanziasse la maggioranza delle reclusioni in un assetto di legittimità politica sono le *lettres de cachet*⁹, frequente procedura di reclusione¹⁰ (in ospedali, carceri o conventi) o di esilio di un individuo, senza processo né perizia medica, su richiesta di familiari o dell'autorità pubblica che ne facevano domanda al re tramite l'autorità giudiziaria. Le funzionalità, gli usi, il valore di tale strumento iniziarono a venir messi in questione¹¹ con il mutare del valore della pratica dell'internamento e della concomitante riformulazione del concetto di povertà. Ricadute di una successione di crisi economiche figlie della recessione successiva alla Guerra dei Sette anni (Foucault, 1961).

In quel periodo la pratica dell'internamento rappresentò una misura d'urgenza largamente utilizzata in Francia e Inghilterra come iniziale risposta alle crisi economiche che colpirono i due paesi nella seconda metà del XVII secolo. Si alimentarono miseria e mendicizia le quali, per tutto il secolo precedente, furono adornate da confusioni morali che le imparentavano alla pigrizia e all'ozio, considerate fonti del disordine: la povertà come colpa da condannare, la carità come dovere di stato sanzionato da leggi (Foucault, 1961). Da una parte la *Guerra dei sette anni* generò in Francia un movimento di disoccupazione legato al crollo del commercio e alla riduzione delle esportazioni; dall'altra, lo stesso movimento si manifestò in Inghilterra nel momento in cui fu colpita da una crisi del settore primario (1756-1757) e da un concomitante incremento delle derrate legato all'interruzione di scambi con i paesi agricoli europei. Le differenti contingenze che investirono le due potenze rivali vennero gestite attraverso la medesima risposta, declinata in un incremento delle pratiche d'internamento del povero. *Stricto sensu*, tra il 1764 e il 1767 videro la luce riforme delle istituzioni caritatevoli volte a istituire "nelle regioni agricole, dove regna una crisi quasi permanente" (Foucault, 1961, p. 573), nuovi ospizi di mendicizia su modello sia delle *workhouse*¹², sia degli ospedali generali francesi, di cui si riporta testimonianza nel seguente passaggio della storia:

Prigioni di nuova istituzione, ideate per sbarazzare prontamente le strade dai mendicanti perché non si veda più la miseria insolente accanto al fasto insolente. Lì si stipa con estrema crudeltà in dimore fetide e tenebrose, dove li si lascia abbandonati a se stessi. L'inazione, la cattiva nutrizione, l'ammasso dei compagni di miseria non tardano a farli (*asili*) sparire uno dopo l'altro. (Mercier, L.-S., *Tableau de Paris*, cit., t. IX, p. 120, citato in Foucault, 1961, p. 576).

Miseria già scevra delle succitate confusioni morali ma che, nel progredire della Recessione, si ritrovò invischiata in altre speculazioni filosofico-economiche, le quali confluirono in una vera e propria "riabilitazione morale del Povero" (Foucault, 1961, p. 579), catalizzando la messa in discussione dell'internamento come tradizionale politica assistenzialistica e repressiva della disoccupazione. Siamo agli albori dell'industrializzazione, le potenze europee necessitano di manodopera su cui poter investire per alimentare la propria ricchezza, ma dove reperire una gran quantità di forza lavoro? Ecco che iniziarono a veicolare discorsi che investirono di nuova luce il povero: potenziale forza lavoro da esaltare, rispettare e reintegrare in una società bisognosa di braccia (Foucault, 1961). Questa nuova connotazione del povero condusse alla partizione descritta da Foucault nei termini di "povero valido" - "povero malato"¹³. Dicotomia che coinvolse pure la Follia, in quanto, come evidenziò Foucault (1961): i nuovi significati che vengono dati alla povertà, l'importanza attribuita all'obbligo del lavoro, e tutti i valori etici che le sono legati, determinano alla lontana l'esperienza che ne si fa della Follia e ne mutano il significato. Nello specifico, in concomitanza con l'inizio di un'epurazione di quei "tipi sociali

⁸ Tale procedura poteva subentrare sia a seguito dell'interdizione, sia indipendentemente da essa (Foucault, 2004).

⁹ Lettere firmate dal re di Francia, controfirmate da uno dei suoi ministri e recanti il sigillo reale (*cachet*).

¹⁰ Sequestri provvisori diventavano legali solo dopo l'ottenimento delle *lettres* (Castel, 1977).

¹¹ Il 23 giugno 1789 re Luigi XVI si rivolse agli Stati generali chiedendone l'abolizione, quando già nel 1784 il politico e diplomatico Breteuil limitò l'uso delle *lettres*.

¹² Le *workhouse* (case di lavoro) inglesi erano luoghi in cui si offriva lavoro e sistemazione per quegli strati della popolazione in condizioni di povertà.

¹³ Se il primo assunse il valore di cui sopra, il secondo rappresentò un elemento di inutilità per la società che, purtuttavia, non poté sfuggire al "dovere dell'uomo nella società" (Foucault, 1961, p. 587), filantropia di economisti e liberali che favorirono la fuga della miseria dagli asili, delegandola all'assistenza familiare e privata.

problematici” inseriti nei dispendiosi luoghi d’internamento¹⁴, la Follia rimase a contendersi gli asili con i soli corrigendi, spesso lamentosi nel dover condividere uno spazio con coloro che all’epoca si considerava alla stregua di animali pericolosi (Foucault, 1961); una minaccia per tutte quelle regole che presiedono all’organizzazione della società.

Ecco allora che - lo avevamo già accennato prima - con la caduta dell’*Ancient Regime* (1789) e l’abolizione delle *lettres* (27 marzo 1790) per mano dell’Assemblea nazionale costituente¹⁵, il folle si ritrovò fuori da uno spazio sociale proprio e destinato ad essere accolto in ospedali *ad hoc*, come si decretò nell’articolo 9 della legge che aboliva gli ordini del re. Questo suggerì nuove politiche assistenzialistiche che da lì a poco avrebbero dotato di senso nuovo la pratica dell’internamento, favorendola al macchinoso e articolato dispositivo di interdizione, e legandola per i due secoli a venire all’istituzione manicomiale:

Le persone detenute per motivi di demenza saranno, nello spazio di tre mesi a decorrere dal giorno di pubblicazione del presente decreto, a cura dei nostri procuratori, interrogate dai giudici nelle forme consuete e, in virtù delle loro ordinanze, visitate dai medici che, sotto la sorveglianza dei direttori di distretto, chiariranno la situazione reale dei malati, affinché, secondo la sentenza che sarà stata emessa sul loro stato, siano rilasciati, o invece curati negli ospedali che verranno indicati a tale effetto (Ministero degli Interni e Dei Culti, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, t. I, p. 1, citato in Castel, 1977, p. 3).

Senza un potere regio ad amministrare la follia, si manifestò la duplice esigenza di supplire le insufficienze del controllo familiare e dell’“ordine del vicinato” (cfr. “povero valido” - “povero malato”) nel controllo dell’ordine pubblico per via del giuridismo e del “divagare dei pazzi” in un *no man’s land* sociale (Castel, 1977). Ecco che la “problematizzazione” della follia verrà gestita medicalizzando il folle, evocando il modello medico, legittimandolo (legge del 1838)¹⁶ in una dialettica con la giustizia, l’amministrazione e la famiglia, inscrivendo il suo intervento in un’ottica di *prevenzione*. Si discreditò così anche l’intervento della giustizia, il cui formalismo esigeva di sanzionare solo fatti compiuti: si passò, invece, dalla repressione di atti già commessi al venire prima di atti ancora da commettere.

L’incertezza della follia: le politiche assistenziali, l’impatto della legge del 1838 e la nuova amministrazione politica del folle

Come abbiamo visto precedentemente, nella seconda metà del XVIII secolo l’incertezza nell’amministrazione del folle, che la Rivoluzione portò con sé, ebbe risonanza anche in Inghilterra oltretutto in Francia, dando la stura a riforme legislative di stampo assistenzialistico in entrambi i paesi.

La legislazione inglese, nel pieno della recessione, mostrò una tendenza a favorire l’iniziativa privata organizzando gruppi di assicurazione e favorendo società di soccorso come la “Società degli Amici”¹⁷, da sempre in opposizione con l’arbitrarietà di un internamento incontrollato per quei poveri a cui capitava di ammalarsi fuori dalle proprie parrocchie (entro le quali l’assistenza era garantita). Con la legge del 1793¹⁸ l’assistenza passò dalle parrocchie all’iniziativa privata, offrendo un terreno fertile per i quaccheri di York. Fu in quel terreno che il filantropo William Tuke¹⁹, egli stesso quacchero, nel 1795 (anno di abolizione del *Removal Act*²⁰) iniziò l’edificazione del “Ritiro” (11 maggio 1796), un istituto destinato ad accogliere gli

¹⁴ Per mano di giudici e medici chiamati a certificarne la bontà lavorativa nei termini di “valido-malato”: il primo da rilasciare il secondo da curare in appositi spazi.

¹⁵ Incaricata di redigere la Costituzione, l’Assemblea nazionale costituente (o Assemblea costituente), fu la prima assemblea francese eletta per lo più a suffragio ampio, istituita il 9 luglio 1789 dopo che i rappresentanti del Terzo Stato, del Clero e della Nobiltà si erano proclamati “Assemblea nazionale” (giuramento della Pallacorda). Nell’anno di approvazione della Costituzione (3 settembre 1791) l’assemblea si sciolse e venne sostituita dall’Assemblea Legislativa.

¹⁶ Si veda il sotto-paragrafo successivo.

¹⁷ Nota anche col nome di Quaccheri, è una setta religiosa cristiana nata nel XVII secolo in Inghilterra, appartenente al calvinismo puritano. Tra i membri va ricordato il nome di William Tuke la cui iniziativa diede forma al Ritiro.

¹⁸ Conosciuto sia con il nome di *Act for the Encouragement and Relief of Friendly Societies* (Atto per l’incoraggiamento e l’assistenza della società degli amici) sia con quello di *Rose’s Act*, diede riconoscimento giuridico ai quaccheri (Foucault, 1961).

¹⁹ Fondatore dello *York Retreat* (detto anche *Retreat* o Ritiro), manicomio nazionale per quaccheri (Murphy, 2003).

²⁰ Legge del parlamento inglese che riguardò l’assistenza dell’indigente.

alienati della “Società degli Amici” in una dialettica della natura²¹ intersecata col mito della famiglia²² patriarcale²³ (Foucault, 1961).

In Francia occorre attendere il 1793, anno della nomina di Philippe Pinel al Bicêtre (25 agosto 1793)²⁴, prima che si iniziasse la designazione di ospedali rivolti agli insensati come decretò la legge del 1790. L’istituto, che durante la Rivoluzione e il Terrore fu centro principale di ricovero degli stessi, “si trova ad aver ereditato la funzione medica ch’era sopravvissuta nell’età classica, senza confondersi con l’internamento [...]”; per la prima volta Bicêtre diventa un ospedale in cui gli alienati ricevono cure fino alla guarigione” (Foucault, 1961, pp. 652-653). La medicina si inserì definitivamente nell’amministrazione di queste figure (Turchi & Romanelli, 2012).

Tale scarto fu iscritto ed inciso nella storia, oltretutto con la nomina di Pinel, con una spinta legislativa che condusse il conte de Gasparin, al tempo ministro degli interni, alla promulgazione della legge del 30 giugno 1838 che regolamentò gli ospedali (i quali verranno connotati come “psichiatrici”) e il ruolo della medicina nella presa in carico della follia. Si sancì in termini legislativi l’obbligo per ogni dipartimento di avere un istituto pubblico (quelli che poi saranno conosciuti come “manicomi”) destinato ad accogliere e curare gli alienati. Tale legge rappresenta il *focus* primigenio di questa nostra disamina giacché assumerà valore di quadro giuridico di riferimento per diversi paesi d’Europa²⁵, tra i quali il Regno d’Italia che, nel 1904, ne riprende le misure amministrative²⁶. Inoltre, come si vedrà a breve, con l’art. 19 della succitata legge si diede la possibilità del “ricovero d’ufficio”, antecedente dell’attuale TSO.

Dunque, ritessendo il groviglio delle diverse voci del *ménage* - Ministro degli interni, Assemblea Legislativa, Ispettorato sociale²⁷ e alienisti²⁸ dell’epoca - nel fronteggiare la questione intricata della problematizzazione della follia, nella necessità di amministrarla e darle un luogo in cui la si potesse guarire, si giunge alla stesura e alla promulgazione della legge.

Il 16 luglio 1819 il conte Decaze, ministro degli interni di Luigi XVIII, pubblicò una circolare in cui sottoscrive il programma degli alienisti dell’epoca, sovrapponendo in modo significativo medicina e amministrazione centrale:

La commissione che ho nominato non ha ancora terminato il suo lavoro, ma ha unitamente riconosciuto che la situazione degli alienati non potrà ricevere miglioramenti desiderabili fino a quando questi non saranno ricoverati in istituti che siano loro riservati in modo esclusivo [...]. Alloggi salubri e ben areati, divisioni e suddivisioni numerose, un grande isolamento, cure costanti ed assidue, ecco le condizioni che richiede il trattamento degli alienati, ecco le condizioni che sarà praticamente impossibile assicurare loro in istituti destinati ad accogliere altre classi di individui e che non troveranno che in ospizi specializzati (Ministero degli Interni e dei Culti, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, cit., I, p. 10-11, citato in Castel, 1977, p. 140).

Bisognò attendere il 1833 prima che proposte come la suddetta si sostanziassero in atti concreti. Nel frattempo si vide una proliferazione di azioni volte a stabilire, in sinergia con gli alienisti²⁹, un bilancio preciso della situazione degli alienati. Tra queste la circolare del 25 giugno 1835, nella quale il ministro degli interni esprime la necessità di una legislazione nuova. Questa identificò gli insensati in libertà come un problema per la sicurezza pubblica, paragonandoli ad omicidi e piromani e reclamando il concorso dell’autorità amministrativa, le cui difficoltà d’intervento sarebbero state assolte solo attraverso l’intervento

²¹ Il Ritiro era situato in campagna.

²² Secondo Foucault il ritiro “vuol essere una grande comunità fraterna dei malati e dei sorveglianti, sotto l’autorità dei direttori e dell’amministrazione” (Foucault, 1961, p. 660)

²³ Nel paragrafo successivo si entrerà nel merito dell’impianto terapeutico che distinse il Ritiro dai nosocomi francesi.

²⁴ La figura di Philippe Pinel, come si vedrà nel sotto-paragrafo successivo, rappresenta una congiuntura storica di fondamentale importanza, in quanto Pinel definì il primo costruito squisitamente psicologico, svincolato dall’aderenza ad una piattaforma organica, dunque denotabile in quanto sensorialmente percepibile (Turchi & Romanelli, 2012): le passioni morali come causa dell’alienazione mentale.

²⁵ Nel 1973, in Francia, la legge è ancora vigente seppur con alcune modifiche, come ricorda Foucault al pubblico presente durante uno dei suoi corsi al *Collège de France* (cfr. Foucault, 2004).

²⁶ Si veda paragrafo successivo.

²⁷ L’Ispettorato speciale del servizio degli alienati venne istituito nel 1836 e fu consegnato nelle mani dell’alienista Ferrus, il quale, in collaborazione con i prefetti, dovette stendere un bilancio preciso sulla situazione degli alienati (Castel, 1977).

²⁸ I più celebri, ampiamente consultati dalle commissioni parlamentari e rappresentati nelle Camere da Dufaure e Calemad-Lafayette, furono Esquirol (allievo di Philippe Pinel), J.-P. Falret, Scipion Pinel, Ferrus, Londe, Adéodat Faivre (Castel, 1977).

²⁹ Si veda paragrafo successivo.

della legge (Castel, 1977). Tali esortazioni confluirono nella legge sulle finanze del 18 luglio del 1836, la quale assimilò provvisoriamente le spese per gli alienati indigenti alle spese variabili dei dipartimenti. Lo stesso anno Gasparin preparò un progetto di legge che fu presentato alla Camera dei deputati nel 1837, e che l'anno seguente venne promulgato come legge numero 7443 il 30 giugno 1838.

Cosa comportò questo dispositivo giuridico? Quale fu l'impatto sulla comunità (scientifica e non)? Nel momento storico in cui si sancì la necessità di un istituto pubblico per l'alienato e l'obbligo di questi istituti a sottostare alla direzione e sorveglianza dell'autorità pubblica oltreché medica (L.7443/1838), Jean-Étienne Dominique Esquirol³⁰ (allievo, dicevamo, di Pinel) aveva coniato il termine "malattia mentale"³¹, tant'è che la legge parla chiaramente di una "mente" che si ammala (alla stregua del corpo) quando afferma la necessità di un "certificato medico che constata lo stato mentale della persona da collocare, e indicante i dettagli della sua malattia e la necessità di far curare la persona designata in un istituto di alienati, e di mantenerla rinchiusa" (L.7443/1838, art. 12, traduzione propria). Ciò trova ulteriore conferma se si presta attenzione alla sezione della legge in cui si parla del "trattamento volontario", nella quale si legittima l'obbligo di certificare lo stato mentale e i dettagli della malattia dell'alienato, specificando la necessità di far curare e mantenere rinchiusa la persona designata in un istituto di alienati (L.7443/1838).

L'amministrazione definì il legame politica-follia, delegando un sapere che si poggia su di un piano prettamente organico (quello dell'unità anatomo-funzionale) alla cura di un fenomeno che nulla ha da spartire con l'organico, permettendo così la costruzione della medicina mentale (psichiatria) e di una psicologia clinica, come vedremo nel prossimo sotto-paragrafo (Turchi & Della Torre, 2007). In questo modo, la retorica della "malattia mentale" diventa a tutti gli effetti una questione prettamente medica, col diritto all'assistenza ed alla cura per l'alienato, ora soggetto ("malato") per Diritto, appunto.

Iatros e logos nella clinica del corpo e della "mente": Un discorso gnoseologico

Abbiamo osservato come i discorsi degli "alienisti", menzionati precedentemente, abbiano generato una trasposizione della categoria "malattia", appartenente al *logos* dello *iatros* (ossia al "discorso" del "medico"), all'ambito del "mentale", costruendo precarie fondamenta per la genesi di una psicologia clinica (Turchi & Della Torre, 2007). Nello specifico, qui si intende gettare le basi storiche per un più ampio e dettagliato discorso epistemologico rispetto ai costrutti di "normalità-devianza" e di "salute-sanità" che verrà tratteggiato più avanti.

Quando fu promulgata la legge del 1838 - che sancisce la legittimazione della branca della medicina che sarebbe poi divenuta la psichiatria all'interno dell'apparato statale (Goldstein, 2001) per rispondere ad una richiesta amministrativa - le gesta di Tuke al Ritiro e di Pinel al Bicêtre erano ormai iscritte nella storia ed in essa radicate le retoriche (piano del *logos*) filosofico-morali-religiosi; le quali diedero sostanza a tipologie di trattamento medico (piano dello *iatros*) radicalmente antinomiche, e i cui contributi (specialmente quelli degli "alienisti" francesi) corroborarono la stesura della succitata legge.

Quando poco sopra abbiamo parlato della nascita del Ritiro, si è parlato di una dialettica della natura intersecata col mito della famiglia primitiva come peculiarità di un assetto "terapeutico" vigente nell'asilo dei quaccheri. In quei luoghi la Follia si imparentò (attraverso un'operazione puramente retorica) alla malattia in quanto vigeva la concezione di essa come prodotto di una società industrializzata, che depreda la ragione dell'uomo seppur non totalmente (Foucault, 1961). Per l'appunto vi era l'idea che la malattia-follia³² non fosse pervasiva nell'individuo, ma che in essa albergasse una "natura-verità-ragione del mondo" che rendesse possibile la guarigione del folle (Foucault, 1961) se si fosse riusciti a farla riemergere. Ecco giustificata, su presupposti strettamente retorici come dicevamo prima, la necessità di una segregazione morale e religiosa³³ ad esempio in una casa di campagna, a contatto con una natura che, per riflesso, rievocasse nel folle la natura in esso addormentata, come delineato da Foucault (1961) riprendendo gli scritti del figlio di Tuke:

Situata su una collina, domina un incantevole paesaggio che verso sud si stende, fin dove può giungere lo sguardo, una pianura fertile e boschiva [...] produce in abbondanza frutta e legumi, e offre nello stesso tempo a molti malati un luogo piacevole per la ricreazione e il lavoro (citato in Foucault, 1961, p. 657).

³⁰ Ricordiamo che Esquirol contribuì in modo massimamente presente alla stesura della legge.

³¹ L'espressione "malattia mentale" appare per la prima volta nell'opera dell'alienista *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, pubblicata nello stesso anno in cui fu promulgata la legge del 1838.

³² Tuke non associò mai la follia all'assenza di ragione (Foucault, 1961), una definizione condivisa in tutta Europa di ciò che fosse la follia non era (è) disponibile.

³³ Ricordiamo che si tratta di un asilo istituito dai quaccheri, aggregazione religiosa.

Così facendo si sarebbe scongiurato il “male” che la società aveva immesso nell’uomo. Si pensava che rievocando la “natura-verità-ragione del mondo” ponendo il folle a contatto con un “paesaggio naturale” si avrebbe avuto accesso ad una “natura-ragione” assopita, condizione necessaria alla guarigione del malato. Tale assetto si declinò inoltre in una terapeutica della paura, dove discorsi di promesse e minacce rivolte al malato avrebbero innescato un senso di colpevolezza, conducente prima alla responsabilità (morale e sociale) e, infine, alla ragione. Tutto ciò attraverso il lavoro, considerato regola morale pura (Foucault, 1961). Oltre il canal della Manica, in Francia, quando Pinel liberò i folli dalle catene e dalla retorica dell’animalità³⁴, si generò nel senso comune - in termini di ricaduta pragmatica - la possibilità di discernere e denotare il folle in quanto tale, giacché vi erano luoghi istituiti appositamente per la presa in carico e la cura degli alienati. Purtroppo, è bene precisare che non si trattò di una cura nel senso medico del termine, ossia ripristino dell’unità anatomico-funzionale *ante* l’intervento di una *noxa* causale, bensì il ripristino di una passione morale³⁵ che fosse in conformità con i valori dell’epoca, la cui inottemperanza aveva valore di causa dell’alienazione, come ci suggeriscono le parole di Pinel: “Non si potrebbe capire il concetto stesso di alienazione se non si risalisse alla causa che più spesso la provoca, intendo dire le passioni violente o esasperate delle contraddizioni” (Pinel, 1985, p. 28). “Irascibilità”, “furore”, “agitazione”, “passioni ardenti”, “educazione corrotta”, “sregolatezze nel modo di vivere”, “passioni che indeboliscono o opprimono”, “passioni gaie ed allegre”, “indole malinconica” sono tutti termini presenti nel *Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale* di Pinel, assieme ad una concezione di religione però del tutto diversa da quella di Tuke, in quanto il fanatismo religioso è considerato alla stregua di un eccesso, un’aberrazione della mente, da rettificare in sé e non in riferimento all’oggetto della religione (Pinel, 1985). Inoltre, se da una parte Pinel identifica delle cause morali dell’alienazione, dall’altra suggerisce come le lesioni organiche possano condurre anch’esse alla deviazione, sottolineandone però l’impossibilità in molti casi di una cura, in quanto:

[...] difficile risalire all’origine delle diverse lesioni isolate o diffuse, ricercarne una prova nelle funzioni percettive, quali la memoria, l’immaginazione, il giudizio, la consapevolezza di sé; e si può forse osservare la struttura dell’organo che ne dovrebbe essere la sede? (Pinel, 1985, pp. 55-56).

L’alienazione dunque come deviazione causata sì da “fattori” fisici ed ereditari “[...] ma più spesso da affetti morali molto profondi e contrastanti” (Pinel, 1985, p.65), benché l’alienista stesso sottolinei la difficoltà di individuare una relazione tra l’organico e lo psichico, reputando necessaria un’osservazione del decorso della malattia e seguendo i principi metodologici delle scienze naturali, degli empiristi: “Com’è possibile intendersi se, sull’esempio dei naturalisti, non si designa ogni oggetto con segni chiari e distintivi per i sensi?” (Pinel, 1985, p. 28). Ciò esemplifica una “percettologia” dell’alienato³⁶ che si adagia su di una semiologia della morale, scivolamento conoscitivo di un modello medico che denota (inadeguatamente) come segni dell’alienazione non tanto l’anatomia o le funzioni dell’organismo, bensì un comportamento non conforme alle condotte morali imperanti nel XVIII secolo.

In sintesi, se da una parte la causa della follia venne identificata con la società e si rese necessaria una terapeutica del lavoro legata ad un contesto naturale (Tuke nel Ritiro), dall’altra si iniziò a descrivere l’alienato come un malato, in quanto le condotte percepite non erano in linea con il pensiero morale del contesto entro cui si venne a trovare Pinel (Francia post-rivoluzione). Questi, nel lasciare aperta la possibilità di una ricerca di una *noxa* causale dell’alienazione che esuli dall’organicità, offrirà una lacuna che verrà, nei pochi anni a venire, colmata dal costruito di *psiche*, supporto dato dalla nascente psicologia clinica, che nasce in seguito al sapere psichiatrico per coadiuvarne la prassi fornendo teorie non organicistiche (Perno & Turchi, 2002).

Genesi e filogenesi normativa di ASO e TSO nel territorio italiano

³⁴ Concezione della follia vigente all’epoca (Foucault, 1961).

³⁵ Nel testo consultato *Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale* (Pinel, 1985), la curatrice Kantzà specifica il motivo dell’uso del termine “morale” nella versione italiana: “[...] l’accezione del termine è fondante nella nosografia pineliana: è infatti l’immoralità intesa come esagerazione ed eccesso a causare la malattia mentale che deve essere quindi curata adottando le misure del trattamento morale” (Pinel, 1985, p. 95).

³⁶ La validità che caratterizza il metodo morale di Pinel si può riassumere nelle sue seguenti parole: “[...] esamina quindi il rapporto fra la totalità dei malati e il numero delle guarigioni; se questo rapporto dà risultati positivi è più sicuro del suo procedere [...]” (Pinel, 1985, p. 30), le quali indicano la sperimentabilità, il procedere per tentativi ed errori, del trattamento.

Nel precedente paragrafo abbiamo avuto modo di osservare come la pratica dell'internamento ed isolamento dei cosiddetti "malati mentali" non sia recente, ma abbia radici ampie e profonde nella storia della nostra cultura. Tra il XVII e il XIX secolo molte furono le disposizioni legislative aventi lo scopo di limitare i comportamenti non ritenuti accettabili o consoni alla società, comportamenti di individui considerati devianti, ma è possibile stabilire un inizio preciso dell'istituzione manicomiale e delle pratiche che ne conseguono nella già citata legge francese del 1838, che diede legittimazione giuridica all'idea della devianza come vera e propria malattia, sancendo definitivamente la messa a disposizione del gergo medico (e non), della dizione "malattia mentale". È a partire da tale legge che avverrà l'argomentazione della filogenesi delle leggi italiane che regolamentano l'internamento e trattamento dei "malati mentali": in questa parte del contributo ne esploreremo le fondamenta e le disposizioni.

Un percorso legislativo: Dal 1838 al 1978, passando per il 1904

Per quale ragione cominciare questo nostro percorso di disamina della normativa partendo dal 1838? Mentre prima di tale data l'obiettivo era quello di escludere dalla società individui ritenuti in qualche modo scabrosi³⁷, con questa legge per la prima volta si fa riferimento ad un trattamento per gli "alienati", ad una dimensione medica dell'internamento e quindi alla volontà di conoscere e poter guarire quella che venne definita "malattia mentale". Foucault interpreta questa legge come "rottura ed esautorazione dei diritti della famiglia nei confronti del folle" (2004, p. 94) ed è possibile argomentare questa asserzione a più livelli. Il primo è un livello giuridico: prima del 1838 lo strumento che permetteva di riconoscere ad una persona lo stato di "folle" era l'interdizione, una procedura attraverso cui l'individuo veniva privato dei suoi diritti civili, i quali passavano ad un concilio familiare. L'interdizione era inoltre richiedibile ad un giudice unicamente dalla famiglia. Il secondo livello è pratico: l'interdizione cominciò ad essere sostituita - o quanto meno accompagnata - dall'internamento; quindi dalla presa di possesso non solo dei diritti, ma anche del corpo fisico della persona. Questo veniva effettuato in virtù della presunta possibilità di offrire in tal modo al "malato" un trattamento più efficace. Un ulteriore livello argomentativo difatti è di carattere fondativo e guida l'esclusione della famiglia dalla cura del "malato": il principio per cui "l'ambiente familiare è assolutamente incompatibile con la gestione di qualunque azione terapeutica" era estremamente diffuso nel XIX secolo (Foucault, 2004, p. 98). L'ultimo livello in esame rispetto all'esclusione della famiglia dalle decisioni riguardo un suo membro "malato" è infine procedurale: mentre, come suddetto, prima del 1838 era la famiglia a richiedere l'interdizione, con l'introduzione di tale legge è prevista questa possibilità, ma d'altra parte l'internamento potrà essere deciso anche solamente dall'autorità prefettizia (Foucault, 2004). Per l'appunto, l'articolo 19 riporta che, in caso di pericolo imminente attestato dalla certificazione di un medico, i commissari di polizia a Parigi e i sindaci negli altri comuni, "ordineranno, nel rispetto delle persone affette da alienazione mentale, tutte le misure provvisorie necessarie, in cambio di una consultazione nelle ventiquattr'ore al pretto, che delibererà senza proroga" (L. 7443/1838, art. 19, traduzione propria). Vengono così poste le basi giuridiche del moderno TSO. L'internamento tuttavia non è richiesto in tutti i casi di follia, ma solamente per coloro che possono compromettere l'ordine e la sicurezza pubblica, introducendo quindi la concezione di "pericolosità" che verrà poi ripresa anche nella legislazione italiana del 1904.

Il 1838 assume quindi carattere fondativo per le successive leggi varate in Europa riguardo l'istituzione manicomiale e la "malattia mentale" e fu d'ispirazione anche per i legislatori italiani (Civita, 1996). È il 14 febbraio 1904 quando, a distanza di quasi 70 anni rispetto alla Francia, in Italia viene promulgata una legge dal titolo *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*, seguita nel 1909 da un regolamento applicativo estremamente dettagliato³⁸. Era una legge figlia del suo tempo, redatta in pieno periodo positivista e considerava la "malattia mentale" in modo puramente organico, così come le sue cause, configurandola quale vera e propria malattia del corpo, pur senza conoscerne localizzazione ed eziopatogenesi e quindi senza poter disporre di alcun tipo di trattamento efficace: motivo per cui i suoi articoli mirano più alla custodia che alla cura di coloro che erano considerati "alienati mentali" (Donini, 2000). Come si è detto questa legge italiana prende avvio da quella francese del 1838, ad esempio nella necessità dell'allontanamento dell'alienato dalla sua residenza e famiglia, come disposto dall'art. 2 del regolamento applicativo, ma focale risulta essere la concezione di pericolosità dell'alienato ed emblematico a tal proposito è l'art. 1 della legge medesima:

³⁷ Si consideri a tal proposito, a titolo esemplificativo, un'altra legge francese del 1790 che rende l'internamento una pratica della polizia, con il compito di vigilare e rimediare ad avvenimenti "incresciosi" che possono presentarsi a causa della libertà dei "folli" (citata in Foucault, 2004, p.327).

³⁸ La legge n. 36 del 1904 conteneva 11 articoli, mentre il regolamento esecutivo del 1909 ben 93.

Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi (L. 36/1904, art. 1).

Inoltre, per quanto rispetto al ricovero degli “alienati” all’interno di case di cura private o manicomi fosse prevista la possibilità che la richiesta provenisse dalla famiglia o dai tutori dell’interessato, all’art. 2 si può leggere “[...]l’autorità locale di pubblica sicurezza può, in caso di urgenza, ordinare il ricovero, in via provvisoria, in base a certificato medico [...]”, ed ancora all’articolo 42 del regolamento:

L’autorità locale di pubblica sicurezza, appena viene a conoscenza in seguito a denuncia od altrimenti di un caso di alienazione mentale, se scorge in esso l’assoluta urgenza di provvedere immediatamente senza attendere l’autorizzazione del ricovero provvisorio dal pretore, dispone, con ordinanza motivata, il ricovero provvisorio stesso in base al certificato medico [...] (Regio Decreto 615/1909, art. 42).

Ecco quindi che emerge lampante la necessità di proteggere la “pubblica sicurezza” innanzitutto attraverso un “ricovero provvisorio” che pone quindi le basi, ancora una volta giuridiche, di quella che nel 1978 diverrà la pratica del TSO. Altro punto che vale la pena sottolineare è la necessità di un certificato medico per il ricovero, provvisorio o meno che fosse, certificato all’interno del quale dovevano essere attestati i fatti specifici che avrebbero portato a dedurre la “[...]manifesta tendenza dell’individuo a commettere violenza contro sé stesso o contro gli altri od a riuscire di pubblico scandalo [...]” (Regio Decreto 615/1909, art. 39): il medico si trova quindi a doversi esprimere sulla pericolosità o meno di un individuo, sulla base di una conoscenza le cui fondamenta sono in ambito puramente organico, alla continua ricerca di una causa e di un *locus* che ancora non riesce ad identificare nel “mentale”.

Tale visione della “malattia mentale” è rimasta invariata, giuridicamente parlando, per oltre 70 anni nel panorama italiano: bisognerà attendere il 1978 perché venga promulgata una legge differente (fatto salvo un aggiornamento con la legge 431 del 1968, in cui all’articolo 4 veniva inserita la possibilità di un ricovero volontario su richiesta del “malato”)³⁹. “Giuridicamente parlando” poiché in realtà la psichiatria classica degli inizi del ‘900 fu messa in discussione anni prima rispetto alla promulgazione della legge 180, a partire dagli scritti di Freud, che contribuirono a prendere in considerazione una natura sociale della “malattia mentale”, passando poi attraverso correnti diverse, sia politiche, sia scientifiche. Ma possiamo identificare l’espressione antipsichiatrica di più notevole impatto nel panorama italiano nella psichiatria fenomenologica, alla luce del fatto che Franco Basaglia stesso ne fu esponente⁴⁰. Tale orientamento, per quanto variegato nelle sue declinazioni, presenta alcuni aspetti comuni, su tutti un suo profondo legame con il pensiero filosofico (Civita, 1996). Altri punti di incontro possono essere riassunti in quattro principi fondamentali: la volontà di abbandonare ogni presupposto teorico ed interpretativo, con lo scopo di avvicinarsi al “malato” solamente per ascoltarlo e scoprire la sua esperienza del mondo lasciandolo libero di esprimersi; il rifiuto della necessità di catalogare e classificare tramite etichette diagnostiche e nosografiche create attraverso teorie precostituite, trasportando quindi l’individuo da una dimensione in cui è oggetto di conoscenza ad una in cui è solamente soggetto; l’idea della “malattia mentale” non come difettualità e anormalità, ma come modalità espressiva dotata di senso e logica (Civita, 1996). A partire da questi presupposti teorici si svilupparono diverse strategie terapeutiche alternative rispetto alla prassi manicomiale standard dell’epoca, ed in Italia l’espressione storicamente più importante di queste fu, naturalmente, l’esperienza di Franco Basaglia. Egli nel 1961 diventò direttore dell’ospedale psichiatrico di Gorizia dove attuò un tentativo di “comunità terapeutica”, ideata inizialmente da Maxwell Jones: tale sistema prevedeva un’istituzione dove fosse abbattuta la distanza tra operatori psichiatrici e pazienti, in cui l’organizzazione della vita all’interno dell’ospedale fosse gestita collettivamente attraverso assemblee e dove la responsabilità di ciò che succedeva fosse condivisa allo stesso modo da tutti, personale e pazienti (Civita, 1996).

La critica antipsichiatrica di cui si sta argomentando non è stata d’altro canto meramente di carattere teorico, anzi, ebbe grande risonanza sociale, tanto da spingere la popolazione italiana alla raccolta delle 500.000⁴¹

³⁹ Degno di nota è il fatto che al momento della promulgazione della legge n.36, essa apparisse già vecchia: era stata redatta in un momento in cui negli altri stati europei veniva criticata l’impostazione manicomiale e si cercava di andare oltre il modello francese inaugurato nel 1838 (Sbordoni, 1998).

⁴⁰ Viene tralasciata in questo scritto una parte della critica mossa verso la psichiatria classica, che veniva vista come strumento repressivo e poliziesco, specialmente in Italia data l’obsolescenza della legislazione e il suo carattere custodialistico (Civita, 1996); questa scelta è dettata dalla poca pertinenza della questione rispetto all’analisi più teorico-epistemologica che vuole essere offerta da questo elaborato.

⁴¹ Le firme raccolte furono circa 700,000 (Sbordoni, 1998), ben oltre quindi il minimo stabilito dalla legge.

firme necessarie alla richiesta di un referendum abrogativo rispetto alla legge n. 36 del 1904. Tale referendum tuttavia, per quanto dichiarato ammissibile dalla Corte Costituzionale nel febbraio del 1978, non vide mai la luce. Infatti, al fine di evitarlo, venne promulgata la legge 180 (Sbordoni, 1998), il 13 maggio 1978. Legge che, come già accennato, venne poi assorbita dalla 833/1978, in data 23 dicembre del medesimo anno⁴². Fu così che l'aspra critica portata avanti su più fronti dall'antipsichiatria vide finalmente legittimazione legislativa e nel prossimo sotto-paragrafo avremo modo di approfondire proprio cosa prevede la legislazione italiana.

Cosa prevede l'attuale legislazione italiana?

Abbiamo osservato come nei secoli, la questione amministrativa, sociale, pubblica abbia sempre tirato il carro della legislazione, mentre la riflessione scientifica arrancava alle sue spalle a piedi, nel tentativo di raggiungerla, ma senza mai riuscire a stare davvero al passo e cambiarne direzione. Con l'entrata in vigore della legge n. 833/1978 è prevista la chiusura dei manicomi e la loro sostituzione con i Servizi Psichiatrici Territoriali e il Dipartimento di Salute Mentale, una struttura di coordinamento che non si occupa di solo trattamento, ma anche di pratiche preventive, andando quindi oltre il principio custodialistico della precedente legislazione, giacché l'intervento socio-sanitario non si colloca più solamente al momento in cui l'individuo diventa "di pubblico scandalo", ma viene esteso a tutti i livelli, curativo, riabilitativo e preventivo (Sbordoni, 1998). Inoltre, mentre da sempre l'assistenza psichiatrica era assegnata alle Province, con la nuova legge viene demandata alle Regioni, le quali si trovarono in non poca difficoltà dal momento che le istituzioni territoriali previste non erano attive al momento dell'entrata in vigore della legge e il personale che avrebbe dovuto occuparsi di un nuovo sistema di trattamento, non più meramente medico ed infermieristico, aveva una preparazione d'altro canto puramente medica ed infermieristica (Sbordoni, 1996). La legge n. 833/1978 ad oggi in vigore in Italia, per quanto estremamente innovativa sotto alcuni aspetti, mantiene la possibilità del ricovero di un individuo contro la sua volontà, introducendo l'ASO, per stabilire la presenza di patologia, e il TSO. Agli artt. 33, 34 e 35 della legge viene infatti normata questa pratica che già dai titoli degli articoli si prevede possa essere anche volontaria e per "malattia mentale".

Ben lungi dal poter essere assimilabile al ricovero coatto della precedente legge, le differenze risultano lampanti, prima fra tutte il *focus* diverso: non più centrato sulla pubblica sicurezza, ma sul trattamento del malato. Difatti mentre precedentemente a disporre il ricovero era l'autorità prefettizia (responsabile per l'appunto della pubblica sicurezza), dopo il 1978 deve essere il sindaco, autorità sanitaria locale che, su proposta motivata di un medico, dispone o meno il TSO. (Legge 833/1978, art. 33, comma 3): l'attenzione è posta sull'aiuto da rivolgere ad un individuo e non più solamente sulla protezione della società, tant'è che manca qualunque accenno a possibili situazioni di pericolo per sé o per gli altri. È inoltre meritevole d'attenzione il riguardo con cui il legislatore si è occupato di salvaguardare il ricoverato: laddove venissero effettuati ASO e TSO questi devono avvenire "nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici" (art. 33, comma 2); ASO e TSO devono essere accompagnati da iniziative volte a favorire il consenso di chi vi è obbligato (art.33, comma 5); il ricoverato deve avere il diritto di poter comunicare con chi ritiene (art.33, comma 6); chiunque può fare richiesta al sindaco perché il TSO venga interrotto (art.33, comma 7).

Quindi, affinché ASO e TSO vengano messi in atto, è necessario che un medico rediga una proposta da portare al sindaco e che questi decida se procedere o meno. Entrambi possono essere disposti anche per "malattia mentale" (art. 34, comma 2), e in caso di trattamento sanitario obbligatorio si aprono due possibilità: TSO extra-ospedaliero, oppure in condizione di degenza ospedaliera. La legge norma solamente quest'ultimo, con la seguente modalità: deve essere attuato "[...]solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere." (L. 833/1978, art. 34, comma 4), e l'iniziale proposta di un medico deve essere convalidata da un secondo medico, appartenente all'unità sanitaria territoriale dell'individuo interessato. Una volta avvenuto il ricovero inoltre ne va data notifica al giudice tutelare (della circoscrizione del Comune del "malato"), il quale entro 48 ore si esprime sulla convalida o meno dell'avvenuto TSO, e nel caso di responso

⁴² La legge 180 era costituita da undici articoli: i primi nove erano già considerati temporanei dal legislatore che in coda alla legge scrive "Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale" (legge n. 180/1978), mentre gli ultimi due, relativi ad alcune modifiche al codice penale, all'abrogazione di articoli dello stesso oltre che della legge del 1904, sono tutt'ora in vigore.

negativo il sindaco è tenuto a disporre la cessazione del trattamento con degenza ospedaliera (art. 35, comma 2). Il trattamento sanitario obbligatorio inoltre ha durata massima di sette giorni, a meno che non venga richiesto un prolungamento da parte del responsabile dell'assistenza psichiatrica dell'unità sanitaria locale di riferimento (art. 35, comma 4). Come si può notare, le misure adottate per evitare un uso improprio di TSO e ASO, sono molteplici a partire da un sistema di consensi e convalide che in qualunque momento può permettere l'interruzione o l'invalidazione del trattamento, per arrivare a una durata molto breve (salvo proroghe). Inoltre il ricovero in una situazione di degenza ospedaliera è concepito come *extrema ratio* da parte del legislatore (Donini, 2000), per quanto i criteri lascino campo aperto all'interpretazione e all'incertezza.

Molto spazio all'incertezza viene lasciato inoltre dal fatto che non viene fissata una prassi operativa unitaria rispetto a queste pratiche, delegando alle regioni stesse quest' onere: "[...] [la legge 180] dopo aver fissato dei principi non aveva individuato modalità precise con cui tali principi avrebbero potuto essere realizzati." (Ariatti & Melega, 1991, p.26).

Tale incertezza ha aperto le porte allo svilupparsi di regolamenti e prassi operative differenti da Regione a Regione, da Provincia a Provincia ed addirittura da Comune a Comune: è comunque bene specificare che tale genericità della legislazione è dovuta al fatto che la legge 833/1978 è una legge quadro, e proprio in virtù di ciò necessita di disposizioni regionali. Tuttavia il legislatore, non specificando nemmeno modi e tempi nei quali tali disposizioni dovessero essere emanate, ha permesso lo svilupparsi in Italia di un ampio panorama operativo, rimettendo importanti decisioni agli amministratori locali (Sbordoni, 1998).

Gli attori nello scenario del TSO

Terreno fertile per le interpretazioni e la varietà delle modalità viene lasciato anche dai ruoli coinvolti nelle procedure di ASO e TSO: fatte salve le personalità espressamente citate per ciò che riguarda la fase più "burocratica", chi sono coloro che debbono poi metterlo in atto? Anche questo, per le ragioni citate in precedenza, può potenzialmente variare da Comune a Comune, ma due sono le figure che per quanto non indicate, possono essere indiziariamente dedotte: la polizia municipale e il personale sanitario. TSO e ASO possono essere messi in atto solamente in virtù di un'ordinanza del sindaco, e quindi l'intervento della polizia è giustificato dal fatto che essa è responsabile dell'esecuzione dell'ordinanza stessa (Donini, 2000). La presenza del personale sanitario invece trova fondamento nella questione dell'assistenza a un malato: essendo il "malato di mente" sottoposto a TSO ritenuto in tutto e per tutto affetto da malattia, al pari di una organica, gli deve essere assicurata ogni cura, anche nel momento dell'esecuzione dell'ordinanza, pena la passabilità di "omissione di soccorso" durante la procedura (Ariatti & Melega, 1991).

La legge comunque non specifica chi debbano essere le persone coinvolte e come esse debbano operare e questo ha messo le regioni nella situazione per cui siano loro stesse a dover redigere dei regolamenti applicativi per le procedure di TSO e ASO, con la criticità che ciò può o meno essere avvenuto.

Poliziotti e personale sanitario quindi. I primi che innegabilmente non possono venire meno al mantenimento della pubblica sicurezza; i secondi chiamati ad operare nel campo del mentale. Ecco che l'internamento "moderno", per quanto sulla carta abbia abbandonato gli ideali custodialistici di inizio secolo, nella pratica continua a rispondere all'esigenza della società di mantenere la tranquillità. Ed inoltre, nonostante la concezione della "malattia mentale" sia cambiata nel corso degli anni, abbandonando una sua visione organica, lo strumento di cui ci si dota per gestirla è sempre e comunque quello della medicina.

"Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale."

Il titolo di questo sottoparagrafo cita il secondo comma dell'articolo 34 della legge 833/1978, ed esprime la possibilità di mettere in atto ASO e TSO anche nei casi di "malattia mentale". Questa affermazione è emblematica di una criticità che ci ha accompagnato in questo *excursus* legislativo, ovvero sia proprio la questione della "malattia mentale", che risulta fondativa della legge. L'attuale legislazione italiana abbiamo visto che ci mette nella condizione di dedurre la presenza dei medici nelle pratiche finora descritte, figure volte a conservare la sanità di una persona, la normalità dello stato del corpo. Tuttavia in questo modo la malattia mentale viene equiparata in tutto e per tutto ad una malattia organica (tant'è che nel testo di legge non vengono citati né psichiatri, né psicologi), su cui si presuppone la possibilità quindi di fare diagnosi e avere un'eziopatogenesi certa. Questa concezione della "malattia mentale" fu propria di Esquirol come abbiamo avuto modo di vedere, e si è trascinata fino ai giorni nostri, con un approccio che contraddistingue la psichiatria di ogni tempo, definibile "dell'attesa": la ricerca di un *locus* ed una *noxa* causale della "malattia

mentale”, ricerca che ad oggi ancora non ho prodotto frutti, “ma che un giorno...”⁴³. O meglio, ha prodotto una varietà di frutti e fiori molto ampia, spesso derivando da alberi differenti, impedendo così di avere un metodo di raccolta unitario: svariati modelli e approcci, derivanti da teorie diverse, tali da non poter avere una metodologia di accostamento agli individui da sottoporre a TSO che fosse valida e rigorosa. Da qui anche la difficoltà di stabilire quando una persona sia “affetta da malattia mentale”⁴⁴. La medicina, nella branca della psichiatria, è chiamata ad occuparsi di un campo che non è il suo, a cui il modello medico di cui si dota, tramite prassi portate nell’ambito dello psicologico, fatica a dare le spiegazioni che vorrebbe.

Essendo giunti quindi al termine del nostro percorso storico prima e legislativo poi, ci preme far notare ai nostri lettori come la pratica del TSO derivi sostanzialmente da una pratica, che ha legittimato se stessa nel corso dei secoli, anche grazie alla legislazione, che cambiando forma e modalità ne ha comunque tenuta aperta la possibilità, in virtù di una “malattia mentale” che come abbiamo accennato e avremo modo di approfondire, di “malattia” ha ben poco. Non una legge precipitata di un sapere scientifico, ma una richiesta amministrativa a cui si è tentato di rispondere, solo dopo, attraverso un sapere; sapere che risulta però improprio nell’utilizzo di prassi (come il ricovero obbligatorio) che non fondano su una conoscenza ma su un’esigenza della società.

Attraverso gli occhi della riflessione epistemologica

Sulla scorta di quanto trattato fino a questo momento, possiamo asserire che la “malattia mentale” e la gestione dell’incertezza ad essa connessa (come vedremo più avanti, per questioni di ordine puramente interattivo), abbiano trovato risposta nell’applicazione di due strumenti: quello legislativo e quello psichiatrico. Il primo attraverso l’emanazione di leggi che regolamentassero procedure da applicare alla gestione dei “malati mentali”, il secondo adottando le prassi mediche per la cura degli stessi. La grande assente è stata la fondazione scientifica, quindi la riflessione epistemologica alla quale, invece, daremo spazio in questo paragrafo, per la costruzione di un discorso di senso scientifico.

Epistemologia dei presupposti che sorreggono la procedura del TSO: Per una diversa collocazione della salute e della sanità

L’incipit della legge n. 833/1978 è “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana” (Legge 833/1978, art. 1, comma 1). Dunque il focus, potremmo dire l’obiettivo della repubblica italiana, espresso nella legge citata, è la tutela della “salute” e il mezzo attraverso cui attuare tale tutela è l’istituzione del Sistema Sanitario Nazionale. Vedremo più avanti come questi due termini, sanità e salute, portano con loro presupposti e implicazioni differenti. La salute viene, inoltre, connessa tanto alla dimensione fisica, quanto a quella psichica creando uno spaccato tra due realtà che, necessariamente, dicono qualcosa di diverso; la sanità resta comunque lo strumento che risponde ad entrambe.

La domanda che ci poniamo, approcciandoci alla legge n. 833/1978, riguarda l’uso e il significato del termine salute. Ciò che ci consente di porre tale domanda è la collocazione dell’oggetto salute in termini epistemologici, dunque l’adozione di “occhi della scienza” con i quali osservare i discorsi scientifici ed i loro fondamenti.

L’epistemologia (dal greco *epistème*, conoscenza, a sua volta composto da *epi*, su e *histamai*, stabilire, e *logos*, discorso, studio) è quella “parte della gnoseologia che studia i fondamenti, la validità, i limiti della conoscenza scientifica” (enciclopedia Treccani); è lo strumento che ci consente di differenziare la conoscenza scientifica da ciò che non lo è e di conferire rigore a quanto viene prodotto dalle scienze, garantendo coerenza tra assunti di riferimento, oggetto di studio e prassi operative utilizzate.

⁴³ Esemplificativo in tal senso è il fatto che si limiti ad una descrizione che definisce “a-teorica” nel suo manuale per eccellenza, il *Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali* (DSM), che per altro dal 1952 (anno della prima edizione) al 2013 (anno della V edizione) ha costantemente “creato” ed “eliminato” diversi disturbi, cambiando al contempo i criteri per diagnosticarli.

⁴⁴ È questo il motivo che ha portato ad un massiccio uso di virgolette per le parole malato e malattia ogni qualvolta queste fossero riferite al “mentale”, poiché questo accostamento è figlio di quello che come vedremo più avanti è uno “scivolamento epistemologico”.

Oggi, la riflessione epistemologica ci mette nelle condizioni di poter individuare tre livelli di realismo⁴⁵ (Salvini, 1998), ovvero tre modalità di genesi della conoscenza emanata dalla *gnosis* del senso scientifico, all'interno delle quali si collocano le scienze. Queste ultime si differenziano a seconda del suffisso, il quale ci dice qualcosa rispetto all'osservatore dell'oggetto della scienza (indicato, invece, dal prefisso), ovvero da quale modalità di conoscenza è generato ciò che la scienza studia e indaga. I tre suffissi (-ica, -nomos e -logos) dispongono di differenti criteri che consentono di demarcare la conoscenza da quella prodotta dal senso comune. Di seguito una prima tabella in cui sono esposte le due *gnosis* (senso comune e senso scientifico), distinte dalla regola di cui fanno uso e dal linguaggio di cui dispongono e le scienze, suddivise in base al suffisso con i rispettivi criteri di demarcazione.

Tabella 1. Senso scientifico e senso comune

	<i>Senso comune</i>	<i>Senso scientifico</i>	
<i>Applicazione della regola</i>	Affermazione (proposizione non fondata e non argomentata)	Asserzione (proposizione di cui vengono resi espliciti i criteri che la fondano)	
<i>Linguaggio</i>	Linguaggio ordinario	Linguaggio ordinario	Linguaggio formale (mette nelle condizioni di contare, calcolare e misurare)
<i>Gestione dell'incertezza</i>	Il valore del linguaggio varia ogni volta che lo si usa (ostensione) → l'incertezza è minimamente gestita	Il valore del linguaggio varia ogni volta che lo si usa (ostensione) → l'incertezza è minimamente gestita	Regole e valore del linguaggio sono stabiliti a priori, sono certi → si dispone della conoscenza per poter gestire l'incertezza
<i>Scienze</i>		Scienze a suffisso -logos	Scienze a suffisso -nomos Scienze a suffisso -ica
<i>Criteri di demarcazione</i>		- Rigore dell'argomentazione - Adeguatezza del piano epistemologico	- Individuazione dell'ente - Precisione della misura

Nella seconda tabella sono riportati i tre livelli di realismo e rispetto ad ognuno sono indicati l'oggetto di indagine, la distribuzione delle scienze (-ica, -nomos e -logos) nello spazio dei realismi e il tipo di rigore di cui dispongono in virtù dell'oggetto di studio, dell'osservatore e del linguaggio di cui fanno uso (Turchi & Della Torre, 2007).

Tabella 2. Livelli di realismo

<i>Livello di realismo</i>	<i>Assunti epistemologici</i>	<i>Forma dell'asserto</i>	<i>Oggetto di indagine</i>	<i>Collocazione delle scienze (rispetto ai tre suffissi)</i>	<i>Rigore</i>
<i>Monista</i>	- <u>Realtà</u> : indipendente da chi la osserva e dalle categorie conoscitive utilizzate per conoscerla. - <u>Focus</u> : oggetto della conoscenza, l'osservato. - <u>Operazione conoscitiva</u> : scoperta,	Legge	Ente empirico-fattuale	-logos (es. biologia)	Esterno

⁴⁵ Nell'ambito della riflessione epistemologica, si fa uso del termine realismo, piuttosto che di realtà, in quanto sono a disposizione diversi modi di concepire il reale, a seconda del livello di realismo in cui una scienza si colloca e dunque diverse modalità di conoscenza dello stesso.

	spiegazione <u>Corrispondenza</u> : piano percettivo - ente designato, appartenente al mondo fisico.				
				- <i>nomos</i> (es. astronomia)	Interno
				- <i>ica</i> (es. fisica classica)	Interno
<i>Ipotetico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Realtà</u>: indipendente dall'osservatore e mai "raggiungibile" dalla conoscenza prodotta; - <u>Focus</u>: teoria prodotta. - <u>Operazione conoscitiva</u>: interpretazioni e descrizioni per approssimazioni, offrendo diversi spaccati dell'oggetto di conoscenza. - <u>Corrispondenza</u>: l'osservatore attraverso la formulazione di una teoria tratteggia un modo di conoscere la realtà. 	Teoria	Costrutto	- <i>logos</i> (es. psicologia, sociologia, antropologia)	Esterno
<i>Concettuale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Realtà</u>: generata dalle modalità conoscitive adottate per definire e descriverla come tale; - <u>Focus</u>: osservatore. - <u>Operazione conoscitiva</u>: descrizione, anticipazione; - <u>Corrispondenza</u>: l'osservato coincide con l'osservatore. 	Principio	Ente teorico	- <i>ica</i> (es. matematica, chimica, fisica quantistica)	Interno

Ora, in virtù dei presupposti epistemologici rappresentati nelle tabelle sopra, possiamo guardare con occhio scientifico quanto la legge sancisce. Siamo cioè nelle condizioni di offrire un contributo rispetto al costrutto di salute e al concetto di sanità e di collocarli pertinentemente entro presupposti epistemologici. Pertanto, riprendendo l'incipit della legge oggetto di analisi n. 833/1978: (1) è posto l'obiettivo di tutela della salute, tanto quella fisica quanto quella mentale e (2) la tutela di tale obiettivo è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero sono messe a disposizione le competenze di tipo medico all'interno dei servizi psichiatrici territoriali. Ciò implica che ai fini della tutela della salute - lo osserviamo immediatamente - vengono applicate e messe in campo le prassi operative proprie del modello medico. Proseguendo con l'applicazione di quanto la riflessione epistemologica ci consente di utilizzare, scegliere un modello operativo anziché un altro dipende dall'oggetto di intervento e dalla sua fondazione epistemologica. Riallacciandoci a quanto detto rispetto ai livelli di realismo, il modello medico che ha come oggetto di indagine l'unità anatomo-funzionale (il corpo) si colloca entro il livello monista e, rispetto ad esso, applica le prassi operative che hanno per sfondo un paradigma⁴⁶ di tipo meccanicistico. Ovvero è nelle condizioni di guardare all'oggetto corpo nei termini di un meccanismo, di cui è possibile individuare, interrompere, riprendere i nessi di causa-effetto che lo tengono in moto. In tale applicazione il modello medico resta coerente con l'assunto teorico di riferimento, il livello di realismo entro cui si colloca, l'oggetto di intervento e le prassi utilizzate. Ponendo, quindi, come oggetto di studio il corpo e come assunto teorico la sua esistenza, trova rigore nell'aderenza della conoscenza prodotta dalle scienze da cui attinge i saperi⁴⁷ al piano percettivo. In altre parole, per la disponibilità ad individuare un preciso oggetto di indagine nell'unità anatomo-funzionale

⁴⁶«Un paradigma fornisce gli elementi di cornice per mezzo dei quali si può produrre conoscenza: gli elementi, le categorie e i punti di riferimento entro i quali si conosce» (Kuhn, 1969, p. 39)

⁴⁷ La medicina si configura come un insieme di prassi operative e non come una scienza, in quanto non produce conoscenza. Quest'ultima 'deriva' da scienze quali la fisica, la chimica, la biologia. Le prime due rispondono ai criteri di demarcazione delle scienze -ica, l'ultima in quanto scienza -logos dispone di altri criteri di demarcazione, ma a differenza di psicologia o sociologia, ad esempio, trova rigore esterno non nella teoria di riferimento ma nell'aderenza al percolato (Turchi & Della Torre, 2007).

e a misurarlo adeguatamente, il modello medico è nella condizione di intervenire in termini di sanità (Turchi & Della Torre, 2007). Vale a dire sul funzionamento del corpo, definendo quando esso è sano o malato.

A questo punto la domanda è: spostandoci dalla sanità alla salute il modello medico resta comunque adeguato? La salute è un oggetto che non è collocabile entro un livello di realismo monista, in quanto non ha un riferimento percettivo che consente di operare e muoversi entro i fondamenti e le prassi coerenti con tale livello di realismo. Essa risulta definibile come un costrutto teorico (realismo ipotetico), originato dal e nel linguaggio ordinario, il quale, per esser condiviso entro un dato ambito disciplinare necessita di una definizione che metta nelle condizioni di individuare uno stesso oggetto di indagine tra coloro che ne fanno uso e che “se ne occupano”. Dunque, trattare il costrutto di salute attraverso il modello operativo medico comporta uno scivolamento epistemologico tra livelli di realismo e una conseguente perdita di rigore e validità scientifica, in quanto le prassi utilizzate per operare e trattare sull’oggetto non si collocano nello stesso livello epistemologico dell’oggetto stesso. Si attua un tentativo di costrizione di un costrutto ad assumere fattezze che in termini di fondamento non gli sono proprie. Se l’oggetto al quale facciamo riferimento non è più il corpo, l’unità anatomico-funzionale, la salute non può rientrare nelle prassi del modello medico. Non definendo la salute e assumendo (per senso comune) che la salute è a prescindere da un osservatore, ci affidiamo alle differenti teorie e ai differenti usi che di essa ne vengono fatti. Pertanto, se non esiste l’ente fattuale a cui riferire lo stato di salute o ci muoviamo su un piano di realismo ipotetico o su un piano di realismo concettuale. Nel primo caso, è quanto fa la psicologia, che ha elaborato tante definizioni del termine salute, quante sono le teorie alle quali si fa riferimento; dunque una certa definizione di salute, risulta valida entro quella particolare cornice teorica, ovvero fintanto che vengono delimitati i confini di validità dell’oggetto a partire dai riferimenti teorici entro cui è stata generata. Collocando la salute su un livello di realismo concettuale, essa è intesa quale costruzione di realtà generata a partire dalle modalità conoscitive utilizzate per definirla, ovvero quale processo dialogico, intendendo con ciò “ 'un movimento verso', 'un cammino in direzione di', che - pur nell'uso del linguaggio che rende disponibile una configurazione discorsiva certa - genera incertezza nel valore attribuito agli interagenti della configurazione discorsiva stessa (vedi assetti interattivi)” (Turchi & Gherardini, 2014, p.13). Ergo è questo il livello di realismo in cui collocare adeguatamente il costrutto di salute. Infatti, anche ponendo la salute entro un livello ipotetico, le definizioni che di essa ne vengono date continuano a rispondere alla domanda “che cos’è la salute?” trattando la salute come ente fattuale, ovvero reificando il costrutto. Ciò non consente, invece, di soddisfare i criteri di demarcazione delle scienze -ica, in quanto l’ente resta comunque inconoscibile e dunque non misurabile. Muoversi su un livello di realismo concettuale, ci consente di rispondere adeguatamente ai criteri di demarcazione delle scienze -logos, le quali hanno come oggetto di indagine non enti fattuali, ma costrutti generati dal linguaggio (Turchi & Della Torre, 2007). La domanda che ci poniamo non è quindi “che cos’è la salute?”, ma “come viene generata tale configurazione di realtà?”.

Nella Legge n. 833/1978 non viene collocata la salute entro una specifica cornice teorica, per cui il costrutto non risulta definito, non consentendo a differenti operatori di guardare e intervenire sulla stessa “realtà”. Il linguaggio, nel suo valore d’uso⁴⁸, ha la capacità di generare realtà, anche in assenza di percetti; parliamo di una delle tre valenze del linguaggio, ovvero quella ostensiva, legata all’uso del linguaggio. “L’uso diventa una regola, l’uso è la regola del linguaggio. Ciò che il linguaggio crea è legato alla regola d’uso, quindi ogni qualvolta si usa il linguaggio si crea una realtà differente” (Turchi & Celleghin, 2010, p. 23). Per cui ogni volta che diciamo “salute”, in assenza di una definizione che ne blindi l’uso, possiamo generare una realtà differente.

Ecco allora un punto di non ritorno che, grazie alla riflessione epistemologica, possiamo porre in termini di asserzione: quanto prodotto rispetto alla “malattia mentale” è stato un mero tentativo di farlo rientrare (in modo illegittimo) nell’alveo della sanità. Ciò a cui siamo invece giunti, intanto, è che l’alveo entro cui ripristinare le narrazioni sulla “malattia mentale” diventa quello della salute (facendone decadere conseguentemente anche la terminologia e la retorica che si porta dietro la narrazione sulla “malattia mentale”). Ergo, dobbiamo e possiamo farne una questione di salute così come è stata configurata: in termini di realismo concettuale, ovvero di processo dialogico, sussumendo la sanità nella salute e non più assorbendo quest’ultima nella prima.

Diritto e Scienza

⁴⁸ Il riferimento è all’opera *Ricerche filosofiche* di Ludwig Wittgenstein, entro la quale il filosofo austriaco sottolinea come il significato di un termine vari in base all’uso che ne si fa nel linguaggio, dunque nell’interazione tra i “parlanti”: il valore del linguaggio si modifica a seconda dell’uso che se ne fa (Wittgenstein, 1967).

Accanto e insieme alla psichiatria, la norma codificata (quindi il Diritto) offre un contributo per la gestione della “malattia mentale”, formalizzando le regole atte a stabilire il trattamento dei “malati di mente”. Ciò ha portato a leggi differenti, ovvero varie nei contenuti, senza che queste fossero radicate in una riflessione sui fondamenti scientifici che consentisse di mutare l’ordine della normazione: ovvero, i fondamenti della conoscenza di cui si è servito il Diritto per procedere con l’emanazione delle leggi. Farne un discorso scientifico, piuttosto che amministrativo comporta invece operare su presupposti e con obiettivi differenti ed anche in questo caso la riflessione epistemologica può fare da discriminante. Di seguito, allora, una serie di considerazioni e ragionamenti in merito.

Il Diritto è lo strumento attualmente più efficace di cui ci si è dotati per gestire e regolare le interazioni tra i membri della specie umana. “Il Diritto fonda da sé la propria efficacia, cioè stabilisce il modo attraverso cui valutare la propria efficacia: e lo fa con un criterio del tutto formale, consistente nella constatazione del rispetto della norma da parte dei consociati” (Turchi & Romanelli, 2013, p. 53). Ciò in quanto il Diritto regolarizza e formalizza delle regole in virtù di qualcosa che è già accaduto, sancendo cosa è possibile agire e cosa non lo è. Il Diritto viene dopo. E viene dopo anche rispetto all’azione che opera, all’intervento che pone alla e nella società, “ossia una volta che la norma è stata violata” (Turchi, 2014, p. 12). Per cui l’efficacia della giustizia contiene in sé la possibilità della violazione di quanto le norme del Diritto sanciscono, in quanto è sulla base del rispetto (dunque della non violazione) che si conferma l’efficacia del Diritto ed è sulla violazione che si manifesta l’intervento dello stesso, per garantire la regolazione delle interazioni e la non ripetibilità dell’infrazione. Ciò che devia, ciò che dunque viola le norme del Diritto, frattura la società, frattura il patto che i consociati hanno sancito per regolarsi. Il Diritto, infatti, attiene al livello della società. Ciò che dobbiamo considerare, è che - sempre in virtù della riflessione epistemologica - prima di essa, ovvero prima della dimensione dell’accordo, del “patto sociale”, abbiamo la comunità⁴⁹, le interazioni tra i membri della specie. Per cui lo strumento del Diritto agisce formalizzando le regole che costantemente le interazioni tra i membri della comunità generano, dandone un assetto stabile; raccoglie dunque una porzione di queste regole e conferisce una forma, lasciando necessariamente fuori tutto il resto: la massa dell’interazione che continua, nell’incertezza, a generare altre regole.

La Legge 180, accorpata poi come abbiamo precedentemente visto nella legge 833/78, con la chiusura dei manicomi e le altre prescrizioni avrebbe mutato il modo di guardare e trattare il “malato mentale”, ovvero lo scopo del trattamento della malattia stessa: da un’attenzione prevalentemente dedicata alla pericolosità sociale e dunque alla difesa dei cittadini, alla riabilitazione e del singolo, oltre che alla tutela della salute di quest’ultimo e dell’intera comunità. Sebbene la visione della malattia si possa dire in qualche modo mutata, la presenza e la dominanza del modello medico sul e per il trattamento della malattia mentale è rimasta invariata: la sua gestione resta di pertinenza sanitaria.

Il legame tra Diritto e Scienza, dunque, non è assente. Nel caso specifico della Legge 180, prima, e della Legge 833/1978, poi, furono anche⁵⁰ esigenze di ordine scientifico, ovvero sul modo di intendere la malattia mentale, a muovere verso modifiche sul piano legislativo. Difatti l’altra figura legata all’introduzione della Legge 180 è Bruno Orsini, estensore della Legge e psichiatra, in linea con le proposte di rinnovamento portate avanti dall’opera di Franco Basaglia. Per quanto il Diritto non sia sovrapponibile al procedere della Scienza, quantomeno in materia di internamento (e dunque anche di TSO) la Legge ha fatto uso delle spinte e delle proposte scientifiche, senza mai partire dalle questioni di fondamento: come la filogenesi delle pratiche di internamento e delle leggi ci ha messo a disposizione, i contenuti sono mutati, ma la certezza della “malattia mentale” e della sua pertinenza medica si è mantenuta stabile nel tempo, fino ad oggi. Continuando a lavorare solo sul Diritto, dunque sulla società, continuiamo a portarci a casa “solo” la possibilità di emanare delle leggi che sanciscano cosa si può fare e cosa no in virtù del patto sociale, mantenendo l’eventualità che la legge venga violata e, dunque, che l’incertezza si manifesti. Dotandoci di una conoscenza, forte della riflessione epistemologica su tratteggiata, possiamo occuparci della comunità, dunque diventare esperti delle regole dell’interazione e gestire l’incertezza, mantenendo la pertinenza rispetto a quanto si genera nella e dall’interazione tra i membri della comunità. Ciò consente di raccogliere non soltanto le richieste della società riferite a come gestire delle situazioni di “urgenza e gravità”, a cui il

⁴⁹ Con il termine comunità (*communitas*) intendiamo “La massa delle interazioni (costantemente mutevole) che innescano i membri della specie umana che abitano e vivono una certa dimensione (geografica/terreno e/o virtuale/internet), volta a conferire valore (nell’uso del linguaggio) alla ricerca incessante di un obiettivo comune e condiviso, la quale si differenzia dalla società (*societas*), con la quale ci si riferisce “all’insieme dei membri che abitano un certo territorio e che hanno stretto un patto, stipulato un accordo, volto alla regolazione del vivere all’interno del territorio stesso.” (Turchi, Tocci & Romanelli, 2014, p. 17).

⁵⁰ Le questioni scientifiche sono profondamente legate a questioni di ordine morale e politico; di queste ultime il presente contributo non si occuperà.

TSO attualmente offre risposta (è su tale livello della richiesta che opera e agisce il Diritto), ma di cogliere l'esigenza della comunità che veicola poi le singole richieste. Con il termine esigenza facciamo riferimento a "l'insieme dei criteri che il cittadino (o l'impresa, l'aggregazione di cittadini, l'associazione...) usa per dichiarare ciò che serve e ciò che manca in un particolare ambito del proprio territorio" (Turchi & Gherardini, 2014, p. 65). Ovvero ciò che, al di là delle singole richieste che da essa si generano, serve alla comunità per mantenere la coesione sociale, obiettivo costante della comunità. È il senso scientifico che consente di andare all'esigenza; fintanto che ci si "ferma" al piano delle richieste, dato che esse costantemente si generano nuove e diverse, il Diritto offre delle risposte parziali: le richieste mutano e il Diritto resta fermo alla richiesta precedente o comunque ad una o parte delle molteplici richieste che vengono generate.

Rigore e regola: Qualche considerazione "di approdo"

Proseguendo sulla scia tracciata con l'inizio di tale paragrafo, quando utilizziamo il termine regola facciamo riferimento alla caratteristica intrinseca dell'incertezza che nel suo manifestarsi trova un proprio assetto che tende a stabilizzarsi e divenire distinguibile e denominabile in un linguaggio (salvo poi interagire con il tutto e divenire ulteriore elemento che genera incertezza). Alcuni assetti nella loro apparente stabilità costante, possono essere considerati (nella promozione di conoscenza) delle cause che consentono di esprimere una regola in forma di legge che può caratterizzarsi in forma di legge (Turchi & Orrù, 2014). Abbiamo precedentemente osservato come il Diritto formalizzi in norme parte di queste regole che si generano nella comunità, sancendo cosa può esser agito e cosa no entro una società. In tale sede aggiungiamo che, a fronte di ciò, il rigore del Diritto non può che fondarsi e ancorarsi sulla precisione con cui definisce le norme che emana, ovvero sul contemplare tutti i possibili casi in cui è ammesso o non ammesso un certo comportamento limitando l'accadere dell'infrazione. Ciò mantiene, comunque, la possibilità che la stessa norma venga violata, per cui la gestione delle interazioni e dell'incertezza che da esse si genera è governata fintanto che gli assetti interattivi che si mostrano sono quelli contemplati dalla legge. In caso contrario non si dispone di strumenti che consentano di "saper cosa fare", in quanto non si ha una conoscenza dell'interazione, ma "solo" direttive sulla base delle quali sancire quando una norma è stata rispettata o violata.

Il Diritto quindi è una regola che i membri della specie si sono dati per gestire l'incertezza delle interazioni, costituendo un patto, ovvero la società: dunque, come già anticipato, prima di quest'ultima, prima dello (ma meglio ancora, oltre⁵¹ allo) strumento del Diritto, vi sono le interazioni tra gli individui, la comunità. L'interazione per statuto presenta due elementi: (1) genera incertezza, ovvero gli assetti che le interazioni assumono non sono prevedibili e (2) da quest'incertezza si generano costantemente delle stabilità, delle regole che vengono mantenute per un *quantum* di tempo. Il Diritto rientra in una di tali regole, dunque una tra quelle che si è resa possibile, non l'unica. Riprendendo la definizione di regola, osserviamo come questa sia garante di una certa stabilità, ma nella misura in cui continua ad interagire con il tutto, ovvero diviene elemento delle e tra le interazioni della comunità, genera altra incertezza. Inoltre, il Diritto sancendo la norma non si occupa di quanto quella norma sia condivisa, ma ne impone il rispetto poiché è su tale assunto che fonda se stesso. Per cui, rispetto alla procedura del TSO, il Diritto fornisce un sapere rispetto al "cosa" fare quando un certo assetto interattivo si manifesta; ovvero, se un individuo mostra un certo comportamento che rientra nella descrizione che ne dà la legge, si sa che è richiesto l'intervento degli operatori sanitari e/o delle forze dell'ordine per attuare la procedura. In tale modo l'incertezza è stata governata, la richiesta è stata affrontata ma l'esigenza, nei termini di come continuare a promuovere la salute della persona e di come mantenere quella persona in coesione con il resto della comunità, non trova risposta. La regola, come abbiamo detto, interagendo con "il tutto" genera incertezza; per cui, una volta intercettata la persona e sapendo di avere a disposizione lo strumento del TSO, l'incertezza rispetto a dove condurre l'accertamento sanitario, come gestire l'interazione con i familiari e con gli operatori sanitari, quali figure professionali coinvolgere, rimane libera (in quanto non governata dal Diritto⁵²). La gestione di questi ed altri assetti interattivi è affidata al caso, con la possibilità che possa, dunque, accadere qualunque tipo di ricaduta. In altre

⁵¹ Nel dire "oltre" non si intende l'atto dello scavalcare/sorpassare/eliminare il Diritto quale strumento di regolazione delle interazioni ma affiancare ad esso, mettere a disposizione, altri strumenti che possano gestire quanto il Diritto non riesce (l'uso del verbo non esprime un giudizio, ma una descrizione) a contemplare e regolare.

⁵² Per quanto possa essere precisa e dettagliata una legge, prendendo in considerazione il numero più alto possibile di casi, essa sarà sempre soggetta all'incertezza: il Diritto, mettendo a disposizione un sapere e non una conoscenza, avrà validità per le possibilità che tiene in conto, ma non sarà nelle condizioni di gestirne altre non potendosi dotare dello strumento dell'anticipazione.

parole, il Diritto lavora sul piano della società, dunque del patto che regola i comportamenti e le interazioni tra i consociati. Tutto il resto, ovvero tutto ciò che il Diritto non contempla, non sancisce, non formalizza in norme, resta patrimonio della comunità e dunque dell'incertezza. Occorre allora disporre di una regola (oltre il Diritto) che non lasci le interazioni e i loro prodotti al caso, occorre una conoscenza che metta nella condizione di contemplare non più e non solo i casi possibili (dopo che si sono già verificati), ma l'incertezza, ovvero assumere nella conoscenza stessa l'incertezza come principio e insieme come fondamento e dotarsi di strumenti conoscitivi e operativi che gestiscano le regole che costantemente si generano dalle interazioni, le quali per statuto sono incerte. A ciò può rispondere il rigore della scienza, forte della riflessione epistemologica offerta in precedenza. Quest'ultima ha, infatti, fornito dei criteri di rigore rispetto ai quali una scienza può generare prodotti di conoscenza coerenti con i propri assunti di riferimento e con lo statuto epistemologico, il che vuol dire generare risultati (leggasi anche "configurazioni di realtà") sulla scorta di un metodo che ne misuri costantemente l'efficacia e l'efficienza. Pertanto, dotarsi di una conoscenza del come si generano le regole dall'interazione tra i membri della comunità, assumendo come oggetto di studio l'interazione stessa.

Se la risposta del Diritto è adeguata rispetto al governo degli assetti interattivi tra i membri della specie umana, nella misura in cui è una regola che contribuisce a mantenere il patto tra essi entro la società, la scienza può offrire una conoscenza che metta nelle condizioni di generare una risposta che sia pertinente rispetto all'interazione, dunque alla comunità (Turchi, 2014). Ovvero può offrire un metodo e uno strumento che non sancisca una regola, ma che entri nel processo interattivo di costruzione e consenta di generare una regola pertinente con quel particolare assetto interattivo e non a prescindere da esso. In tal modo, ritorniamo sul piano della comunità quando la risposta del Diritto non esaurisce tutto lo spazio dell'esigenza: se un dato assetto interattivo (che in tal sede possiamo chiamare comportamento o azione ma che è comunque "esito" di un'interazione) nasce dalla comunità, è in esso che può e deve essere gestito. Fintanto che la salute è stata sovrapposta alla sanità la regola applicata è stata quella della causalità: per cui, in linea con le prassi del modello medico il focus resta sull'attestazione della causa della malattia (mentale) e sull'isolamento della persona, attuato attraverso il ricovero così da creare uno spazio in cui il medico potesse isolare la causa, individuarla ed eliminarla. Differenziando, invece, il costrutto di salute dal concetto di sanità, necessitiamo di un'altra regola che ci consenta di intervenire nel processo discorsivo che generi e promuova la salute. Tale regola, sulla scorta di quanto l'argomentazione ci ha messo a disposizione, non può che essere costruita sulla base di quanto l'interazione genera, seguendo il valore che quell'assetto interattivo assume per coloro che vi contribuiscono a generarlo. Per cui la salute può essere generata e promossa, in ogni caso, ritornando sul piano della comunità, ovvero stando sul piano delle interazioni dialogiche.

Considerazioni conclusive e ricadute pragmatiche

Condurre un'analisi critica dell'ASO e del TSO ci ha dato la possibilità di inquadrare i ragionamenti entro una struttura argomentativa che riepiloghiamo brevemente. A partire dall'inquadramento storico (che ha messo in luce come sia nata e si sia sviluppata tutta la narrazione relativa alla "malattia mentale") abbiamo descritto la filogenesi delle pratiche di internamento e "malattia mentale". Questo ci ha consentito di cogliere e condividere come siano figli di una contingenza storica particolare e di una richiesta generatasi in essa. Abbiamo poi osservato le leggi che sono derivate da questa storia, mettendo in luce come esse non si siano dotate di una rigorosa riflessione sui fondamenti della conoscenza in merito a quanto sono andate normando, tanto nel XVIII secolo, quanto ancora oggi. Come ultimo passaggio ci siamo dotati degli strumenti di riflessione epistemologica che ci consentono di problematizzare la legge da un punto di vista di senso scientifico, metterne in luce le criticità, fare ordine e chiarezza rispetto agli elementi a cui la legge in materia di TSO fa riferimento. In tale spazio la riflessione epistemologica e i nodi che con essa abbiamo sciolto, ci mettono nella condizione di guardare alle ricadute pragmatiche, ovvero a tutti quei casi in cui la prassi del TSO ha portato a conseguenze non previste dalla normativa (come il decesso del ricoverato e l'uso della contenzione)⁵³ e che configuriamo come errori nella gestione del processo delle interazioni.

Perché non una questione morale?

⁵³ A titolo esemplificativo consigliamo di approfondire il caso di Francesco Mastrogiovanni, ricoverato con TSO nel 2009 e morto dopo circa 87 ore di contenzione (arco di tempo che ha dato il titolo anche al film documentario di Costanza Quatriglio, per l'appunto dal titolo "87 ore"). Oppure il caso di Mauro Guerra, morto in una cittadina vicino Padova durante una procedura di TSO nel 2015. O ancora il caso di Andrea Soldi, anch'egli deceduto durante la procedura a Torino, nel 2015.

Prendendo in considerazione gli accadimenti citati in nota, ed evocando le possibili narrazioni che potrebbero essere sollevate in veste di cittadini, appare immediato criticare la questione attraverso il giudizio morale. Ma cosa vuol dire farne una questione morale? Quali sono le modalità messe in campo quando si esprime un giudizio su un qualche evento? È necessario innanzitutto tratteggiare come sia possibile osservare il giudizio morale attraverso gli occhi epistemologici che il nostro viaggio ha permesso di plasmare.

Dunque, possiamo dire che guardare alle ricadute pragmatiche negative del TSO attraverso la lente morale comporti necessariamente il posizionarsi in relazione a criteri di giustizia/ingiustizia, in quanto il giudizio morale si colloca entro la modalità conoscitiva propria del senso comune: la regola dell'affermazione. Difatti, sancire la giustizia o ingiustizia di un certo evento (qualunque configurazione di realtà) implica il ricorso ad una modalità discorsiva che non esplicita i criteri/presupposti⁵⁴ utilizzati per affermare ciò che si dice (Turchi & Della Torre, 2007). Perciò, l'evento in questione risulterà essere giusto o sbagliato unicamente in quanto lo si afferma, senza cioè argomentare la proposizione. Non rendere espliciti e condivisibili i criteri attraverso cui un evento viene giudicato porta con sé la possibilità di collocarsi su uno dei poli della suddetta dicotomia, assumendo una posizione sulla base di teorie personali e/o discorsi già presenti nell'"immaginario collettivo". Per cui dal bagaglio della stessa possono essere attinti contemporaneamente sia discorsi in merito alla giustizia che all'ingiustizia, ricondotti a contenuti diversi, tutti ugualmente validi e inconfutabili. È la "lotta" dei contenuti a predominare, senza che si giunga ad una totale condivisione, se non nella misura in cui due o più interlocutori sono d'accordo rispetto a dei precisi contenuti. Assestarsi sul farne una questione morale significa, dunque, rimanere all'interno del senso comune, il quale consente di apportare un certo tipo di contributo, come ad esempio le azioni di sensibilizzazione⁵⁵. Facciamo qui riferimento ad esse in quanto uno degli esiti più manifesti (si veda la molteplicità dei discorsi disponibili in merito) verso cui può dirigersi la morale. Se si giudica una legge giusta, si andrà a problematizzare il fatto che gli attori coinvolti nell'applicazione della stessa (nel caso della procedura del TSO forze dell'ordine, medici, psichiatri, infermieri, ecc.) non svolgono (o svolgono male) quanto richiesto dal proprio ruolo. Se invece la si giudica ingiusta, si possono ad esempio adottare modalità di sensibilizzazione volte da una parte ad informare chi "subisce" la legge dei diritti che in virtù della legge stessa possiede, dall'altra ad incentivare uno spostamento dell'opinione pubblica verso il medesimo giudizio (negativo); in quest'ottica, il presupposto è che se l'opinione pubblica inizia a reputare e quindi valutare tale legge sbagliata, allora si potrà procedere con una proposta di modifica⁵⁶. Le opere di sensibilizzazione, nel caso in cui si consideri la legge giusta, possono essere configurate come interventi che operano per ridurre quella quota di incertezza "lasciata libera" dalla possibilità di violare la regola⁵⁷: si dirà che un intervento sia tanto efficace quanto più riesca a ridurre la possibilità della violazione. Nel caso in cui si consideri la legge sbagliata, invece, essendo l'obiettivo quello di dar vita ad un processo che sfoci in un cambiamento legislativo, si può asserire che tale intervento sia tanto efficace quanto più in grado di impattare effettivamente sul sistema giuridico. L'eventuale modifica dei contenuti normativi può portare con sé quelli che vengono definiti "miglioramenti" in direzione della salvaguardia dei Diritti dell'uomo (ai quali spesso ci si appella). Per quanto utile (nel risultato) possa essere un contributo che muova da spinte di ordine morale, esso è da intraprendere (eventualmente) in veste di cittadino (senso comune) e non di scienziato, in quanto quest'ultimo è chiamato a procedere in maniera adeguata e pertinente al senso scientifico. È per tale ragione che proseguiamo con l'incastonare la questione sui fondamenti della riflessione epistemologica.

Perché non una questione (meramente) giuridica?

Una critica che è possibile sollevare (e di fatto viene sollevata) da chi è chiamato a pronunciarsi sulla questione giuridica (esperti di Diritto) o da chi comunque si pronuncia (senso comune), consiste nel

⁵⁴ Viene considerato criterio una modalità non un contenuto: è il modo con cui si stabilisce di elaborare un contenuto. Il criterio risulta perciò condivisibile dal momento in cui gli interagenti lo adottano. Nel caso del giudizio morale, invece, il criterio non può che essere considerato alla stregua di "motivazioni" sottostanti il giudizio poiché esse risultano contenuti nel momento stesso in cui vengono espresse (o anche lasciate implicite). In questo caso la modalità messa in atto corrisponde al "giudicare qualcosa", ma nel momento in cui si giudica l'attenzione non è posta sul modo (processo) bensì sulla "fattualità" della configurazione di realtà che si sta proponendo, sul giudizio del fatto e sulle motivazioni (contenuto), che quindi possono generare conflittualità (di contenuti, per l'appunto).

⁵⁵ Si è deciso di nominare "sensibilizzazione" tutti quegli interventi/azioni volti ad attirare l'attenzione dell'opinione pubblica su un problema con l'obiettivo di innescare un processo che porti i membri della comunità a posizionarsi su uno dei poli della dicotomia giusto/sbagliato, di essere nelle condizioni di esprimere tutti la stessa opinione.

⁵⁶ Com'è avvenuto nel 1978 attraverso la raccolta firme per il referendum sull'abrogazione della legge n. 36 del 1904.

⁵⁷ Qui si fa riferimento alla definizione di regola esposta nel sotto-paragrafo *Rigore e Regola: qualche considerazione "di approdo"*.

sottolineare che la legge sotto esame sia in qualche modo imprecisa, troppo generica, lasciando così spazio a molteplici interpretazioni che possono portare, tra gli esiti, ad una scorretta applicazione della stessa⁵⁸. Ora, per quanto tale critica possa essere fondata e pertinente alla questione sulla quale in tale spazio ci stiamo interrogando (ricadute pragmatiche), è da riconoscere che, non essendo noi giuristi, la legittimazione nel pronunciarsi in questi termini risulta limitata, a meno che non si utilizzino gli strumenti epistemologici delineati nel precedente paragrafo: questi ci consentono di eseguire una lettura che metta in luce i fondamenti su cui poggia la legge, analizzando quindi non se essa sia buona/giusta o meno, ma se i presupposti possano essere considerati validi secondo il senso scientifico.

Abbiamo presentato il Diritto nei termini di strumento di cui la specie umana si è dotata per governare l'incertezza generata dalle interazioni e che agisce sul piano delle richieste della società. Come già offerto precedentemente, il Diritto si fonda su un episteme indipendente da quello proprio della *communitas*, ed è difatti rispondente al criterio di adeguatezza: una legge sarà tanto più adeguata quanto più sarà in grado di portare stabilità alla *communitas*, mantenendola nella *societas*. Dunque il Diritto lavora sul livello della formalizzazione delle regole che si generano dall'incertezza delle interazioni nella comunità, "selezionando" parte di queste regole e rendendole norma.

Detto ciò, se si seguisse la scia che apre la critica sull'imprecisione e vaghezza della legge, per far fronte ad essa si potrebbe aumentare l'adeguatezza della legge andando a definire in modo sempre più preciso quanto le norme vanno a sancire. Ciò potrebbe certamente garantire un più efficace governo dell'incertezza, limitando le possibilità che si verificano situazioni non contemplate dalla regolamentazione che offre la Legge. La stessa legge n. 833 /1978 - essendo di fatto una legge quadro - genera la necessità di utilizzare disposizioni regionali che prescrivano le modalità di applicazione della stessa, rendendo maggiormente adeguata la normativa.

Il movimento tracciato presenta due criticità che possiamo così descrivere: la prima fa riferimento alla constatazione che le situazioni che la Legge potrebbe contemplare per aumentare la sua adeguatezza di governo dell'incertezza sono potenzialmente infinite e, spesso, contemplabili solo dopo che si sono verificate. Per cui l'opera di precisione e di definizione di tutti i casi e di tutte le modalità da regolamentare è destinata a procedere senza che si raggiunga mai uno stato tale per cui tutto sia stato definito e l'incertezza venga ridotta al minimo. La seconda criticità riguarda il rapporto tra comunità e società. Il Diritto sorge laddove i membri della comunità sanciscono un patto costituito da regole formalizzate che divengono norme alle quali attenersi e su cui trova fondamento la società. La comunità si fonda invece sulle interazioni tra i membri della stessa, le quali generano incertezza; da essa costantemente si generano delle regole, assetti più o meno stabili che possono mutare e ri-organizzarsi in altro modo. Tali regole a loro volta interagiscono generando ulteriore incertezza, per cui la comunità è un costante movimento di incertezza e stabilità e, di tale movimento, il Diritto coglie alcune delle regolarità che si manifestano, dando ad esse una forma definita e durevole. La massa delle interazioni continua, però, a generare incertezza che rimane non governata.

In virtù delle due criticità esposte, emerge come lavorando sull'adeguatezza della Legge non riusciamo comunque a portarci a casa una pertinente gestione delle interazioni della comunità, lasciando aperta la possibilità che accadano quelle ricadute pragmatiche che possiamo configurare come errori. Tra esse, in riferimento alla legge n. 833/1978 è annoverabile la contenzione. Questa, pur non essendo prevista esplicitamente dalla normativa, è una pratica nota al modello medico che può trovare legittimazione giuridica all'art. 54 del codice penale, il quale afferma che non è punibile chi, trovandosi in uno stato di necessità, compie azioni che altrimenti potrebbero essere considerate reato (come, nel nostro caso, limitare la libertà di una persona)⁵⁹.

Perché una questione scientifica

Se consideriamo quanto emerso dall'archeologia sulle leggi in materia d'internamento (passate e attuali), e forti delle possibilità di visuale che la riflessione epistemologica ci ha messo a disposizione, osserviamo come tali leggi siano nate da una contingenza storica nella quale veniva espressa una richiesta⁶⁰ da parte della Comunità. Si può dire che tale richiesta scaturì dall'esigenza di dare un senso alla devianza (alienati, folli, pazzi, malati) e quindi gestirla, riconducendo l'ignoto al noto: fu quindi chiamata in causa la medicina,

⁵⁸ Qui il riferimento è alle possibili narrazioni (giudizi, considerazioni, opinioni) dell'"immaginario collettivo" intorno alla qualità del testo di legge.

⁵⁹ Riferimento alla contenzione nei casi di "malattia mentale" è ritrovabile solamente nel regolamento applicativo della legge n. 36 del 1904, ma già allora era concepita come una pratica da abolire o da ridurre "ai casi assolutamente eccezionali" (Regio Decreto 615/1909, art. 60). Tale regolamento, per quanto abrogato dalla legge 180, viene comunque usato come riferimento per le pratiche di contenzione (Donini, 2000).

⁶⁰ Per il valore che qui intendiamo dare a richiesta/esigenza si veda il sotto-paragrafo *Diritto e Scienza*.

che nel XVIII secolo rappresentava l'unico strumento legittimato ad una tale operazione. A sostegno di quanto si dice, citiamo le parole che Turchi e Perno riferiscono alla prassi della diagnosi: “nella prassi clinica dia-gnosticare significa *ri-conoscere* un modello di malattia già noto per costituire e fare luce su di uno spazio all'interno del quale sia possibile l'intervento: lo spazio prognostico” (2002, p. 7). Dunque, nella prassi operativa della diagnosi, colonna portante dell'operare medico, può essere rintracciato quel *modus operandi* generale e pervasivo all'intero modello medico, che implica la possibilità di attribuire senso al mondo attraverso il conoscere e il ri-conoscere, fornendo una risposta alle richieste sollevate dal senso comune. Perciò, l'incertezza generata dalla denotazione di una devianza, il “folle”, mise nelle condizioni di introdurre una regola in grado di garantire stabilità alla comunità: la regola fu appunto quella del modello medico. L'“operazione retorica” messa in atto dalla medicina nel trasporre il concetto di “malattia” nel dominio della devianza (scevra da specifiche e certe cause organiche) ha portato a non potersi avvalere in modo rigoroso dei saperi messi a disposizione dalle discipline sulle quali si basa la medicina. Ciò in quanto vi è l'impossibilità di adagiarsi su una base teorico-epistemologica adeguata (cfr. livelli di realismo) rispetto l'oggetto d'indagine (“malattia mentale”). Dunque non c'è da stupirsi se all'interno della prassi di ricovero obbligatorio, oggi, vengano adottate pratiche mediche (come la contenzione) che, pur non essendo previste dalla normativa, si rendono comunque possibili ed attuabili dal momento che “così si è sempre fatto”. Tali pratiche si configurano come modalità di gestire l'incertezza che, in assenza di una regola dell'interazione pertinente con gli assetti che si vengono a generare, vengono attuate “solamente” perché sono già a disposizione.

Quanto messo in luce da questo scritto, allora, ci deve mettere in guardia rispetto ad una questione topica: se non disponiamo di una *gnosis* che consenta di anticipare i possibili esiti dei processi interattivi e di gestirli prima che accadano, resta unicamente la possibilità di fare qualcosa solo dopo che l'incertezza si manifesta in una ricaduta: “accade che qualcuno muoia e che qualcun' altro venga legato”. A questo punto la possibilità di gestire in anticipazione, dipenderà dal grado di padronanza del processo interattivo e dunque dal rigore in termini di statuto epistemologico di cui si dotano le prassi e le azioni impiegate per la gestione delle interazioni. L'esigenza allora diventa quella di muoverci nella direzione di una modalità di gestione degli assetti interattivi a cui oggi risponde il TSO, ma che si attesti su di un piano conoscitivo, dunque di senso scientifico. In altri termini, dallo studio delle fonti e dalla scrittura di questo articolo, abbiamo capito - ossia conosciamo - che serve dotarsi di una conoscenza rivolta agli assetti interattivi che si generano tra i membri della comunità e, dunque, alla gestione dell'incertezza e degli esiti anticipabili dalle regole che costantemente si manifestano.

Bibliografia

Ariatti, R., & Melega V. (1991). *Le procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio in psichiatria: problemi e scelte dell'Emilia Romagna* [The assessment procedures and mandatory medical treatment in psychiatry: problems and Emilia Romagna choices]. In R. Ariatti, L. Lo Russo, V. Melega (Eds.), *I problemi giuridici dell'assistenza psichiatrica dopo la legge 180: Bologna - Aprile 1990 Atti del Convegno*. Bologna: Officina Grafica Bolognese.

Castel, R. (1977). *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo* [The psychiatric order. The golden age dell'alienismo]. (F. Procacci, Trans.) Milano: Feltrinelli.

Comitato Nazionale per la Bioetica. (23 aprile 2015). *La contenzione: problemi bioetici* [Restraint: bioethical issues]. Retrieved from <http://www.governo.it/articolo/comitato-bioetica-pubblicato-il-parere-la-contenzione-problemi-bioetici/2407>

Civita, A. (1996). *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria* [Introduction to the history and epistemology of psychiatry]. Milano: Guerini & Associati.

- Ministero degli Interni e dei Culti, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, Paris 1880, t. I; 1881, t. II; 1884 t. III. In R. Castel, (1977). *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*. (F. Procacci Trans.) Milano: Feltrinelli.
- Donini, G. (2000). *Trattamento Sanitario Obbligatorio [Compulsory Health Treatment]*. In L. Vella (Ed.), *Enciclopedia medica italiana: II Aggiornamento alla Seconda Edizione* (p. 4754-4760). Torino: UTET.
- Foucault, M. (1961). *Storia della follia nell'età classica [Madness and Civilization]*. (M. Galzigna, Ed, & F. Ferrucci, Trans.) Milano: Rizzoli.
- Foucault, M. (2000). *Gli anormali: Corso al Collège de France (1974-1975) [Abnormal: Lectures at the Collège de France (1974-1975)]*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (2004). *Potere Psichiatrico: Corso al Collège de France (1973-1974) [Psychiatric Power: Lectures at the Collège de France (1973-1974)]*. (M. Bertani, Trans.) Milano: Feltrinelli.
- Goldstein, J.E. (2001). *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuhn, T.S. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche [The Structure of Scientific Revolutions]*. Torino: Giulio Einaudi Editori.
- Mercier, L.-S., *Tableau de Paris*, cit., t. IX, p.120, citato in Foucault, M. (1961). *Storia della follia nell'età classica*. (M. Galzigna, Ed., & F. Ferrucci, Trans.) Milano: Rizzoli.
- Morini D., & Russo M.C. (1994). *Manuale di legislazione sanitaria [Handbook of health legislation]*. Firenze: Rosini Editrice. Retrieved from: <http://www.auge.it/trattamento-sanitario-obbligatorio/>
- Murphy, E. (2003). *L'Ottocento: scienze mediche. Psichiatria e istituzioni [The nineteenth century: Medical sciences. Psychiatry and institutions]*. Retrieved from [http://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_\(Storia-della-Scienza\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/l-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_(Storia-della-Scienza)/)
- Pinel, P. (1985). *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale [A medical-philosophical mental alienation]*. G. Kantzà, Ed., Pisa: ETS.
- Salvini, A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica [Clinical Psychology Topics]*. Padova: Upsel.
- Sbordoni, S. (1998). *Devianza primaria e devianza secondaria: Il caso del trattamento sanitario obbligatorio [primary and secondary deviance deviance: The case of mandatory medical treatment]*. Retrieved from <http://www.altrodiritto.unifi.it/>
- Turchi, G.P. (2014). *Ubi Ius, ibi Societas. Ultra Ius, ibi Communitas*. In G.P. Turchi, M. Tocci, & M.

Romanelli (Eds), *Libro bianco per la promozione dell'efficienza nell'amministrazione della giustizia*. Padova: Cleup.

Turchi, G.P., & Celleggin, E. (2010). *Logoi. Dialoghi di e su Psicologia delle differenze culturali e clinica della devianza come occasione peripatetica per un'agorà delle politiche sociali* [Logoi. Dialogues and Psychology of the cultural differences and clinical deviance as an opportunity for an agora peripatetic social policies]. Padova: Upsel Domeneghini Editore.

Turchi, G.P., & Della Torre, C. (Eds.). (2007). *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico* [Health Psychology. The bio-psycho-social model to model dialogical]. Roma: Armando Editore.

Turchi, G.P., & Gherardini, V. (2014). *Politiche pubbliche e governo delle interazioni della comunità. Il contributo della Metodologia Respons.In.City* [Public policies and governance of community interactions. The contribution of Respons.In.City Methodology]. Milano: FrancoAngeli.

Turchi, G.P., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali. Fondamenti di teoria della misura per la Scienza Dialogica* [Methodology for the analysis of textual computerized data]. Napoli: EdiSES.

Turchi, G.P., & Romanelli, M. (2012). Per una psicologia clinica emanazione del senso scientifico: dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo [For a clinical psychology enactment of scientific sense: finding from hybridisation with the medical model to the placement within a precise and strict definition of a business model]. *Rivista di psicologia clinica*, 2, 27-43. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>

Turchi, G.P., & Romanelli, M. (2013). *Flussi migratori, comunità e coesione sociale. Nuove sfide per la mediazione* [Migration, community and social cohesion. New challenges for mediation]. Milano: FrancoAngeli.

Wittgenstein, L. (1967). *Ricerche filosofiche* [Philosophical investigations]. (M. Trinchero Ed. & R. Piovesan Trans). Torino: Einaudi.

Riferimenti legislativi

Articolo 54 del Codice Penale Italiano in materia di *Stato di necessità*.

Legge 30 giugno 1838, n. 7443, *Sur l'internement psychiatrique abusif et illégal o Loi Esquirol*, Retrieved from <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/1838-06-30-leg-Loi-no-7443-sur-les-alienes-du-30-juin-1838-Recueil-Duvergier-page-490-o-Loi-Esquirol?lang=fr>

Legge 14 febbraio 1904, n. 36 in materia di “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”, Gazzetta Ufficiale, 22 febbraio 1904, n. 43.

Legge 13 maggio 1978, n. 180 in materia di “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”. Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133.

Legge del 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di “Istituzione del servizio sanitario nazionale” Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, 28 dicembre 1978, n. 360.

Regio Decreto del 16 agosto 1909, n. 615 in materia di “Regolamento sui manicomi e sugli alienati”.
Gazzetta ufficiale, 16 settembre 1909, n. 217.

Sitografia

<http://www.etimo.it>/<http://www.etimo.it>/<http://www.etimo.it>/
<http://www.treccani.it>/<http://www.treccani.it>/
<http://www.treccani.it/>