

*Lineamenti storici sulle politiche dell'assistenza psichiatria dall'unità d'Italia alla chiusura dei manicomi*¹

Antonino Iaria

Presidente Ass. Onlus S. Maria della Pietà

Pompeo Martelli

U.O.C. Centro Studi e Ricerche ASL Roma E

Dalla seconda metà dell'800 si evidenziano più marcatamente i rapporti tra gli avvenimenti che portarono alla fondazione e costituzione delle strutture del nuovo stato unitario e le tensioni sociali e politiche ad essi sottese

La psichiatria in quell'epoca, come dice F. Giacanelli: "si costituiva come sapere scientifico e come organizzazione e si formava partendo essenzialmente dall'esperienza manicomiale, poiché in quel luogo e quel momento sono rappresentati i bisogni dello Stato nascente e le esigenze delle classi dominanti, e nella fattispecie della borghesia, che sente il compito di affermare il proprio potere rispetto alle forze cattoliche"(1).

D'altra parte la società italiana era, al momento dell'unità, basata essenzialmente sulla agricoltura, con una scarsissima presenza industriale, e pressoché dominata politicamente e culturalmente dalla aristocrazia fondiaria e latifondista (4), legata comunque al clero da comunanza di interessi e di valori.

Ricordiamo peraltro che il manicomio non è un'istituzione "separata" dalle altre e dalla società, né particolarmente responsabile in sé, ma integrata con complessi rapporti sia alle istituzioni della vita pubblica, (carceri, caserme e ospedali), che a quelle della vita privata (centri culturali e scientifici, università, comunità parrocchiali, scuola e famiglia).(2)

Non può quindi sorprendere una linea di continuità anche dell'ideologia caritatevole più tradizionale, legata alla chiesa cattolica e ai suoi valori paternalistici, che sempre si è riaffacciata in un tentativo di razionalizzazione e integrazione dei caratteri preesistenti della società.

Come infatti vedremo, a una tensione sempre più forte della cultura laica, specie in occasione dell'avvento al potere della sinistra, corrispose il rinnovamento delle legislazioni carceraria, sanitaria e scolastica, che pure portavano ancora i segni delle tendenze autoritarie e conservatrici della legislazione piemontese e della arretratezza italiana.

Dal momento del suo costituirsi lo Stato italiano procedette alla unificazione e alla riorganizzazione di tutte le istituzioni. Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica, si trattava di trasformare il paradigma paternalistico correttivo-morale sulla base delle diverse condizioni inaugurate dalla prospettiva unitaria.

Questo compito procedette con enorme difficoltà, data la complessità e varietà delle legislazioni e regolamentazioni degli stati pre-unitari, che esprimevano situazioni sociali, ideologiche e livelli di sviluppo molto diversificati, pur nel ritardo e nella generale

¹* Questo contributo è una rielaborazione dell'articolo di A. Iaria e C.E. Simonetto, "Aspetti della storia del S. Maria della Pietà dall'unità al '900: leggi e regolamenti", in *L'Ospedale S. Maria della Pietà*, Vol.III pp.13-32, edizioni Dedalo 2003.

miseria della condizione italiana (3).

Si deve poi tener conto anche dell'accesa dialettica tra le diverse articolazioni istituzionali dello Stato nascente, sia nei termini di una legittima esigenza di definizione di competenze e gerarchie, sia nei termini di una lotta, all'interno di queste, per la conquista del maggior peso relativo possibile.

Questo processo si sviluppò all'interno delle dinamiche sociali e istituzionali risorgimentali di ridefinizione delle classi dirigenti, caratterizzate dal conflitto tra la nascente borghesia nazionale e le aristocrazie consolidate in ciascuno dei singoli stati pre-unitari, e in particolare col clero cattolico. A ciò si aggiungevano gli automatismi e le resistenze delle vecchie burocrazie e amministrazioni, le loro capacità e possibilità di condizionamento dei nuovi indirizzi, e la difficoltà di adattamento a essi.

Per quanto riguarda il percorso più che trentennale per arrivare alla prima legge manicomiale, sottolineiamo, pur non potendone qui trattare estesamente, l'importanza dei processi reali di trasformazione della società italiana e delle sue istituzioni nel secolo XIX°, dalle loro dinamiche e contraddizioni originarono i numerosi progetti discussi durante tutta la seconda metà del secolo.

Le vicende della lunga battaglia degli alienisti, si accompagnarono al progressivo e faticoso costituirsi e affermarsi della classe borghese italiana e della sua cultura come "intelletto generale" (4) dello Stato unitario, e si inserirono nella lunga contesa dei medici per ottenere, all'interno della società, il riconoscimento di una competenza esclusiva nella tutela della salute della popolazione.

Una dinamica di maturazione e affermazione delle caratteristiche della specialità e del proprio ruolo interna ad una categoria le cui origini sociali erano in gran parte legate alla proprietà fondiaria. Ed anche esterna ad essa, nel rapporto con la società e le sue istituzioni, in un paese frammentato, in cui la grande industria era un fenomeno ancora limitato, mentre le campagne, afflitte dalla pellagra e dalla malaria, erano dominate dalla grande proprietà agraria. Questa determinava le condizioni di vita della stragrande maggioranza della popolazione italiana, contadina e analfabeta, che neppure aveva accesso al voto.

Questo processo dialettico fu caratterizzato, dalla seconda metà del secolo, da slanci teorici entusiastici, all'insegna del positivismo e dal ruolo che questa corrente affidava alle scienze, in una visione idealistica del progresso. Tale visione era condivisa peraltro dalla generalità degli scienziati italiani dell'epoca, animati da un progetto utopistico che fu all'origine dei tentativi di riformare la società, disciplinandola attraverso procedure tecniche scientifiche.

D'altra parte, i medici alienisti italiani, che pure si mostravano assai moderati nelle rivendicazioni, si trovavano a operare in realtà molto differenziate e, in generale molto arretrate. Dalla metà del secolo, inoltre, ci si confrontava con la crescente evidenza della crisi del progetto manicomiale asilare della tradizione francese, da Pinel in poi, a cui le idee di riforma del Griesinger (di cui pure ricordiamo la concezione riduzionistica e organicistica) e la scienza "positiva" sembravano dare, nel dibattito tra gli psichiatri europei, risposte più moderne e soddisfacenti, che si rivelarono poi altrettanto deludenti.

Le proposte dei medici e degli alienisti dovevano affrontare sia le difficoltà derivanti dal contenuto specifico dei loro singoli progetti, sia quelle che derivavano dalle resistenze al riconoscimento al ruolo del medico, nel significato che essi auspicavano e volevano conquistare. Le resistenze erano tanto più forti in Italia, per il peso di figure non scientifiche legate alla tradizione dei secoli precedenti, come i magistrati e il clero.

I progetti di una legge manicomiale italiana avevano avuto dei precedenti. Già alla metà del secolo XIX° , il primo direttore-medico del manicomio romano, Giovanni Gualandi, nel 1848, aveva presentato delle proposte per una legge sugli alienati. Il Gualandi, nel suo progetto, non prevedeva un controllo dell'autorità giudiziaria sui ricoveri, che il medico avrebbe dovuto soltanto notificare, né d'altra parte però, una completa autonomia dell'alienista all'interno del manicomio, per il quale anzi stabiliva una commissione di controllo, oltre alla vigilanza dell'autorità ecclesiastica. Il progetto non era mai stato discusso ed il Gualandi era stato poi licenziato, essendo entrato in conflitto col Visitatore. Egli lo ripropose nel 1864 all'amico psichiatra torinese Bonacossa (5), coautore della successiva proposta Bertini.

Il suo progetto, riproposto a quasi vent'anni di distanza, mostrava al contempo sia una idea del ruolo del medico oramai superata, rispetto alla situazione degli anni '50 e alle attese maturate tra gli alienisti, sia i limiti e l'arretratezza della situazione romana.

Le prime disposizioni legislative sui manicomi, promulgate dallo Stato unitario, furono inserite nella legge Comunale e Provinciale n° 2248 del 20 marzo del 1865. Si attribuivano alle Province le spese per la costruzione e l'ammodernamento degli istituti, e il mantenimento obbligatorio dei mentecatti poveri. Molti dei manicomi italiani appartenevano peraltro al settore privato e erano regolati dalla apposita legge del 3 marzo 1862 sulle Opere Pie e di beneficenza. Questa non disegnava una chiara distribuzione delle competenze tra beneficenza pubblica e privata, attribuendo a quest'ultima quanti più compiti e spese possibili.

Sulla questione di una legge manicomiale, le richieste dei medici alienisti che tendevano a costituirsi come categoria specialistica, si manifestarono nel Congresso di Imola del 1864. All'ordine dei lavori c'era la richiesta alle autorità politiche di provvedere sollecitamente a una legge sugli alienati, tenendo in considerazione la legge francese del 1838, quella inglese del 1841, quella belga e quella Toscana.

Ci si riferiva, per quest'ultima, al "motu proprio" del granduca Leopoldo II° del 1838, riconosciuto per molto tempo quale fonte d'ispirazione, tanto che, ancora nel 1881, Tamburini ricordava come gli alienisti ne avessero da tempo e ripetutamente chiesto la generalizzazione, in quanto "possiedeva delle ottime disposizioni". Infatti secondo questa legge nessuno può [poteva] essere ammesso in Manicomio senza un decreto del Tribunale civile e correzionale, che ne autorizzasse *la provvisoria custodia* (in corsivo nel testo)...La legge toscana è indubbiamente quella che meglio tutela la libertà individuale e i diritti "dei disgraziati che rimangono privi della ragione, che toglie ogni pericolo d'indebita reclusione, che tutela la Dignità e la sicurezza dei direttori degli Asili..."(6).

Più dettagliato e organico era il progetto presentato dal deputato Bertini al parlamento subalpino nel 1849. Questo prevedeva l'internamento di tutti i "mentecatti" che "compromettevano la quiete e la sicurezza pubblica", affidando il controllo delle procedure di ricovero alle autorità amministrative, sotto controllo del magistrato (7).

Cio' parve eccessivo alla Commissione parlamentare subalpina che lo prese in esame, e che affidò detto controllo ai giudici mandamentali, in coerenza con l'attribuzione delle responsabilità sulla vita sociale, nel suo complesso, al campo della giustizia e degli affari interni.

Questo ruolo fu ribadito ancora dalle leggi sanitarie del 20 novembre 1859 e del 20 marzo 1865, che affidavano la tutela della salute pubblica alle varie articolazioni del ministero dell'Interno, riconoscendo un ruolo puramente consultivo ai medici negli organismi deputati al controllo della salute della popolazione (Consiglio superiore,

Consigli provinciali, circondariali d'igiene).

La stessa commissione peraltro non rendeva obbligatorio il ricovero dei folli "pericolosi" e consentiva alle famiglie di custodire a domicilio i parenti malati.

Il progetto Gualandi venne rapidamente criticato, per le citate ragioni, sulla rivista "Archivio italiano per le malattie Nervose e le Alienazioni mentali", da C. Castiglioni, per aver egli troppo limitato l'autorità del medico e per aver previsto un'autorità religiosa all'interno del manicomio, fatto che "più che disordinare è uno sconvolgere il carattere del manicomio. Esso deve essere interamente affidato ai medici"(8).

Le idee del Castiglioni prevedevano, come punti qualificanti, che i certificati di ammissione e dimissioni fossero firmati dal medico e da lui soltanto, e che al medico-direttore del manicomio fosse data completa autorità sia sulle questioni sanitarie che su quelle amministrative all'interno degli istituti. La centralità della figura del medico nel manicomio aveva come corollario la centralità della funzione terapeutica dello stesso.

Nel dicembre del 1869 il ministero dell'Interno e quello della Giustizia formarono una commissione incaricata di studiare la legge francese del 1838; ne fecero parte soltanto dei giuristi, a testimonianza del fatto che i medici ancora non avevano raggiunto l'auspicato riconoscimento della loro specifica competenza sulla salute della popolazione.

Ne scaturì un "Progetto di regolamento per il servizio dei manicomi e dei mentecatti", presentato dal ministro Cantelli nel 1874, che fu vivamente osteggiato dagli alienisti, proprio per il modo in cui era stato elaborato, senza alcun parere dei medici. Il governo Minghetti, del quale Cantelli era ministro, pensava di applicare il regolamento per decreto.

Successe al governo del paese la sinistra (costituzionalista, non ostile alla monarchia), con A. Depretis, che preferì affidare la legge ad un cammino parlamentare. Un progetto di legge manicomiale fu presentato nel novembre del '77 dal ministro Nicotera, assieme ad altre riforme, ma non arrivò mai alla discussione. Analoga sorte ebbero i progetti presentati dai suoi due successori, Crispi e lo stesso Depretis.

Le richieste degli psichiatri non erano prese in alcuna considerazione. Nella proposta di legge Depretis (1881), si definiva una funzione puramente custodialistica del manicomio. L'obbligo del ricovero infatti doveva "limitarsi a quei soli casi di alienazione mentale che rend[evano] l'individuo pericoloso a sé o agli altri, o di pubblico scandalo" (9), lasciando il resto dell'assistenza agli istituti di beneficenza. L'ordine pubblico come criterio per il ricovero era giustificato dalla necessità di risparmiare spese alle Amministrazioni provinciali.

Con le elezioni del 1880 il paese si avviò a un periodo di aspri scontri sociali, cui i governi non sapevano dare risposte adeguate.

Mentre il Depretis e i suoi ministri non erano stati in grado di superare le forti resistenze parlamentari nei confronti di una qualsiasi legge manicomiale, i parlamentari conservatori, che di quelle resistenze erano spesso i protagonisti, non avevano alcuna fretta di dare seguito a un progetto che avrebbe comunque inciso sull'assetto privatistico dell'assistenza e sugli interessi delle Opere Pie, che gestivano la maggior parte dei manicomi italiani.

Le Commissioni Parlamentari, in cui si svolgeva la discussione, tendevano costantemente a ridurre il carico finanziario per le Amministrazioni provinciali, sia limitando le ammissioni, sia scaricandone i costi ora sullo stato, ora sui comuni.

Nel 1880, il deputato Agostino Bertani, intervenendo sul quadro generale della sanità pubblica su incarico di Depretis, approntava uno schema di codice per la

pubblica igiene. Vi si riconosceva che "l'azione che ha per fine la tutela dell'integrità fisiologica del lavoratore è la sola che lo Stato possa esercitare, ed è anche la sola che nello stesso tempo si concili con la piena libertà dei cittadini"(10). Un intervento sanitario efficace, continuava il Bertani, richiedeva disposizioni normative per tutto il territorio nazionale, nuove modalità operative, e che tutta la materia attinente alla salute pubblica fosse affidata: al centro a un magistrato superiore, e alla periferia ai medici provinciali e circondariali. Il medico condotto avrebbe curato gratuitamente i poveri e rivestito responsabilità ispettive su tutte le questioni sanitarie del suo territorio.

Tali compiti, sottratti ai comuni, si sarebbero giovati della sicura competenza dei medici, che avrebbero potuto attuare loro stessi gli interventi necessari alla salute della popolazione.

Lo schema di riforma Bertani era costruito sulla teorizzazione del sapere medico come condizione essenziale per la gestione di una politica sanitaria, ispirata non solo da considerazioni umanitarie, ma anche dalla consapevolezza che lo Stato dovesse custodire e promuovere le forze produttive dei lavoratori, perché le spese sociali fossero compensate e non tramutate in passività .

Il contrasto tra quanto riconosciuto ai medici nella politica sanitaria nazionale dal documento Bertani dell'80, e quanto negato ai freniatri dal progetto Depretis dell'81, mette in evidenza sia le resistenze al riconoscimento delle competenze specifiche della psichiatria, sia la rete di interessi e poteri soggiacente alla gestione dei manicomi e della salute mentale.

Fu l'istituzione della "Direzione generale della Sanità pubblica" del 3 luglio 1887, presso il ministero dell'Interno, ma affidata al medico Luigi Pagliani, a dare autonomia all'amministrazione sanitaria.

La legge sanitaria Crispi del 22 dicembre 1888, redatta in gran parte sullo schema Bertani, ordino' infine organicamente queste nuove disposizioni. La professione medica si articolò in nuove forme e definì i suoi contenuti in relazione alla sua funzione nello Stato.

Veniva istituita la figura dello "ufficiale sanitario", attento soprattutto al controllo della situazione sanitaria nelle campagne. L'esercizio della medicina, integrandosi alla funzione generale di governo della popolazione, poteva così assumere una funzione "positiva", non più dedicarsi soltanto alla cura delle malattie, ma alla promozione della salute e del benessere.

La medicina, divenuta pubblica, avrebbe visto un utopico progresso senza fine che la avrebbe proiettata verso la vittoria definitiva sulle malattie e la scomparsa degli ospedali, a una dimensione preventiva e quasi edonistica, piuttosto che curativa.

Il campo d'intervento che si apriva comprendeva la tutela delle condizioni ambientali nell'agricoltura e nell'industria, la salubrità degli orari, delle lavorazioni e delle coltivazioni.

Alla competenza sui processi patologici, l'intellettuale medico aggiunse la ricerca del sapere necessario per capire l'uomo. La fisiologia, più legata agli aspetti materialistici del positivismo, acquistò, all'interno della medicina, il ruolo che avevano avuto l'anatomia nel cinquecento e la patologia nel seicento. Non si trattava, nella grande maggioranza dei casi, di un materialismo coerente, ma della pura e semplice riduzione della condizione umana al dato biologico. Questo, lungi dall'essere considerato un limite, diventava, attraverso tale riduzione, la sua unica realtà fattuale, con un'operazione di semplificazione e astrazione speculativa. Tale filosofia non tardò a mostrare il suo carattere idealistico e reazionario (11).

Lo studioso russo A.I. Herzen, che era, assieme a Schiff, Moleschott e molti altri, uno degli scienziati di fama chiamati per rinnovare la scienza italiana, nel tentativo di liberarla dall'egemonia del clero, a sua volta, intendeva determinare le leggi fisiologiche dei comportamenti psichici (12), contro ogni separazione tra le facoltà dell'anima e la struttura cerebrale. Vita, costumi, carattere, intelligenza dei singoli e delle diverse razze si definivano così in relazione a un modello "positivo", all'interno di uno spazio determinato dalla dicotomia "normalità -anormalità" .

Nascevano in questo contesto, riduzionistico e neo-lamarckiano, le ricerche di C. Lombroso, sull'uomo delinquente, la donna normale e prostituta, e la scienza antropologica (13). Un filantropismo scientifico "positivo" che entrò in crisi quando la borghesia italiana, ormai affermata, volgendosi alle avventure coloniali, smise l'indirizzo "progressista" per la svolta decadentista e neoidealista. Questa si palesò nella generazione degli scienziati a cavallo dei due secoli. Lo stesso Tamburini nel 1910, isolato dagli alienisti più giovani e nel pieno del clima riduzionistico e autoritario di quegli anni, ancora scriveva che lo scopo della psichiatria, diventata "scienza sociale" e "funzione dello stato", era "cambiare l'indirizzo individuale, seguito fino a ora, nella cura dei malati di mente, in un indirizzo più sociale" (14). La richiesta rivolta allo stato era di farsi carico della salute mentale dei cittadini nel suo complesso. L'istituzione psichiatrica diventava, nel programma di Tamburini, una complessa rete di strutture, capace di organizzare prevenzione e contenimento.

Nel 1890 e 1891, il governo Crispi presentò due progetti di legge che sancirono finalmente il riconoscimento del ruolo degli psichiatri come titolari di una competenza specifica e interlocutori, a pieno titolo, dei politici. A conferma della vittoria nella lunga lotta per tale riconoscimento, alcuni psichiatri furono eletti in Parlamento: si trattava di Verga, Bonfigli, Bianchi e Venturi. Tamburini fu poi nominato, nel 1892, membro del Consiglio Superiore di Sanità .

Il conseguimento degli obiettivi di una lunga stagione di lotte, fece sì che i medici e gli psichiatri raccolti nella Società Freniatria, assumessero un atteggiamento più "responsabile" e moderato nelle loro rivendicazioni.

Nel '91 Nicotera presentò un nuovo progetto, che teneva conto delle novità della situazione rispetto al suo primo del '77. Poiché l'enorme aumento del numero dei pazzi ricoverati minacciava "l'economia e la sicurezza" dello Stato, erano questi i problemi che si dovevano privilegiare. Dando corpo alle resistenze manifestatesi negli anni precedenti nelle Commissioni Parlamentari, si aboliva anche il controllo del magistrato sulle procedure di ricovero; si stabiliva così il principio del ricovero per motivi di ordine pubblico.

La Società Freniatria non si oppose a un progetto che tutelava il ruolo del medico-direttore, istituiva lo "Ispettorato Centrale sui manicomi", che era un suo vecchio obiettivo, e dava vita a una commissione, alla quale erano chiamati Tamburini e Lombroso, per ispezionare tutti i manicomi del Regno. Il progetto fu modificato dalla Commissione Centrale del Senato, assai sensibile agli interessi delle Amministrazioni Provinciali, e approvato dal Senato, con un testo più arretrato, il 19 febbraio 1892.

Alle proteste degli psichiatri della Società Freniatria per la legge che si andava delineando, Verga e Bonfigli obiettarono che fosse meglio far di tutto perché una legge fosse comunque approvata, riservandosi poi di intervenire sul regolamento d'attuazione.

Ma neppure il testo approvato dal Senato soddisfaceva gli ambienti più conservatori, che introdussero ulteriori cambiamenti alla Camera, volti essenzialmente a ridurre le spese a carico delle Amministrazioni Provinciali, attribuendole ai Comuni.

Se si esclude la breve parentesi del governo Giolitti, e di un suo progetto che anticipava le linee di quella che sarebbe stata la legge di 1904, tutto il decennio di fine secolo fu caratterizzato da governi autoritari che proposero dei disegni di legge conservatori, quando non apertamente reazionari, come quello Di Rudini' del '93 e quello Pelloux del 1899.

Entrambi i progetti costituivano una minaccia nei confronti del ruolo che gli psichiatri, e più in generale i medici, si erano visti riconoscere dalla legge sanitaria Crispi, del 1888.

La Società Freniatria tenne un atteggiamento sostanzialmente non ostile nei confronti del disegno Di Rudini, che pure prevedeva la possibilità di ricorso del ricoverato contro l'internamento, con richiesta di ulteriore perizia, norma considerata un attentato all'autorità del medico.

Il relatore aveva infatti promesso agli psichiatri che avrebbe promulgato la legge come decreto, prima della fine dell'iter parlamentare. Tamburini osservava, a tale proposito, che la situazione politica non permetteva di più, e che il governo non avrebbe tenuto conto di eventuali proposte della Società.

La legge passò velocemente al Senato, ma non fu possibile evitare la discussione alla Camera, dove fu modificata, secondo le pressioni delle Amministrazioni Provinciali, in senso restrittivo.

La Società Freniatria decise di concentrare i suoi sforzi nella difesa del ruolo del medico-direttore, ma ogni spazio di dialogo si chiuse col successivo progetto Pelloux, che prevedeva addirittura il ritorno al dualismo tra direzione sanitaria e amministrativa.

La psichiatria romana non ebbe mai una grande presenza nel dibattito scientifico e politico che abbiamo descritto. La Società Freniatria contava, ad esempio, nel 1878, un totale di 97 membri, di cui 81 nel centro-nord, (27 in Lombardia, 10 in Piemonte, 1 in Liguria, 12 in Emilia-Romagna, 6 in Veneto, 15 in Toscana), 15 al sud e isole (11 in Campania e 4 in Sicilia), 5 nelle Marche, 2 in Umbria e appena 4 a Roma (G. Gualandi, P. Solfanelli, G. Bastianelli e P. Fiordispini)(15).

Al momento della presentazione del progetto Cantelli, nel 1874, la popolazione manicomiale italiana era di poco superiore ai 10000 internati, mentre all'inizio del nuovo secolo erano più di 40.000.

L'aumento esponenziale del numero dei ricoverati fu l'elemento concreto che vinse le resistenze che avevano bloccato ogni progetto di legge in materia manicomiale presentato in Parlamento.

Altrettanto determinante fu, sul piano dell'opportunità politica, la vasta impressione nell'opinione pubblica degli scandali manicomiali esplosi a cavallo del secolo. Questi scandali, che comportarono anche dei clamorosi fatti di sangue, avevano avuto grande eco sulla stampa e erano stati presi a ispirazione da una diffusa e popolare letteratura romanzesca (16)

Oramai le istanze per giungere a una regolamentazione dell'assistenza psichiatrica si erano fatte sempre più forti, mentre si procedeva attraverso faticosi tentativi di compromesso tra il nuovo e il vecchio, rimanendo sempre delle tracce di quest'ultimo, sia nel pensiero degli alienisti che nella loro prassi, che anzi appariva spesso assai distante dalle teorizzazioni, anche assai ardite e utopistiche, degli stessi protagonisti.

Lo stesso Giolitti, nel presentare al Senato il suo progetto, usò delle parole impensabili solo pochi anni prima, che accennavano agli "arbitri enormi" in balia dei quali erano stati lasciati i cittadini. Sullo stesso tono, alla Camera, il deputato Ferrero di

Cambiano diceva che "abusi vi sono stati, e le ispezioni fatte in alcuni manicomi li hanno rivelati...".

In Senato, nel 1903 si ripropose la solita opposizione delle Amministrazioni Provinciali. Giolitti riuscì a aggirare l'ostacolo con un espediente: la legge mantenne volutamente un testo molto ridotto, rinviando molte disposizioni al relativo regolamento, snellendo molto la discussione.

Questa scelta permise al governo di limitare lo scontro a poche questioni essenziali. Giolitti fu altresì molto abile nel condurre le mediazioni, rimanendo inflessibile sulle questioni essenziali e concedendo qualcosa sugli argomenti meno importanti.

In effetti la principale contropartita che fu offerta alle Amministrazioni Provinciali fu l'assicurazione, formalmente data dallo stesso Giolitti, che in nessun caso gli alienati innocui sarebbero stati internati nei pubblici manicomi, o comunque collocati a carico delle Province.

Il Consiglio di Stato si era però già espresso a favore dell'assegnazione dell'assistenza dei malati di mente alle Province, prescindendo da qualsiasi distinzione, presente più nei dibattiti parlamentari che nella prassi. Questa "concessione", praticamente priva di effetti, fu determinante per vincere le resistenze delle Amministrazioni Provinciali e approvare la legge.

La discussione alla Camera si svolse durante il 1904 e vide l'intervento dell'opposizione conservatrice, ed anche degli esponenti della sinistra che si erano interessati degli scandali manicomiali.

Il socialista De Felice Giuffrida denunciò con forza la gravità delle condizioni di alcuni manicomi, dove si praticava "non la cura dei poveri malati, ma quel che si potrebbe dire davvero la tortura fisica e morale degli individui... peggio che le galere, peggio che le condanne a morte... le cosiddette Ville di Salute non riescono che allo sfruttamento delle casse pubbliche..."(17).

Un'interpretazione idealistica della razionalizzazione dell'economia e del ruolo della scienza nel governo dello Stato, erano punti di forza della visione "progressiva" della scienza, come organizzatrice e promotrice del progresso, del benessere e della felicità della popolazione. Questi temi percorrevano allora tutta l'opinione pubblica, classe dominante e classi subordinate e costituivano, sia pure da uno specifico punto di vista, un elemento importante della propaganda socialista.

Il deputato G. Gatti osservava come "il Governo, erogando gran parte delle entrate nelle spese improduttive, non può soccorrere ai singoli problemi sociali"(18).

La sinistra decise comunque di votare la legge manicomiale, anche se, come disse Gatti "questa è una legge, ma non è, in senso vero, politico, una riforma".

Le modifiche apportate dal Parlamento al testo originale raffreddarono l'entusiasmo della Società Freniatria e fu necessario un referendum interno per confermare l'appoggio a Giolitti. Dopo il passaggio al Senato, la Società espresse la viva raccomandazione che nel futuro regolamento "sia [fosse] ben tutelata l'autorità del medico direttore su tutti i rami del servizio manicomiale".

La legge, sanciva il rapporto tra società e istituzione psichiatrica in termini di separazione e esclusione. Le priorità al cui soddisfacimento mirava erano già chiaramente annunciate dal suo titolo: "Disposizioni sui manicomi e gli alienati. Custodia e cura degli alienati". L'obiettivo principale era chiaramente quello della custodia, Si disponeva che: "devono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente

custodite e curate fuorché nei manicomi" (19).

I giuristi la considerarono a lungo una legge valida per la tutela della società e della stessa personalità giuridica degli alienati. Tutt'altro era il punto di vista dei medici psichiatri, che coglievano nella legge quattro ordini di orientamenti, ribaditi poi dal regolamento successivo.

In primo luogo la protezione della società dalla pericolosità dei malati mentali (artt. 1, 2, 3 della legge; 37, 42, 64, 66 del successivo regolamento definitivo del 1909), obiettivo che pervadeva molte delle disposizioni, e che gli alienisti consideravano eccessivamente enfatizzato, dato che solo una piccola parte dei malati mentali era effettivamente pericolosa.

Secondariamente il timore che si perpetrassero dei veri e propri abusi, se non sequestri di persona, facendo internare delle persone sane, con la complicità degli psichiatri, considerati come degli incompetenti, o addirittura dei complici (artt. 2 della legge; 38, 40, 53, 64 del regolamento). Questo era un punto particolarmente avvertito e considerato umiliante per la categoria. Le disposizioni a tale proposito erano effettivamente discriminatorie nei confronti degli psichiatri, a cui non erano riconosciuti gli stessi diritti degli altri medici specialisti.

Un alienista non poteva, per esempio, redigere un semplice certificato di ricovero in manicomio, né per un suo parente (fino al quarto grado), né per chiunque dovesse ricoverarsi nell'ospedale dove egli faceva servizio. Anche in tutti gli altri casi, del resto, l'ordinanza di ricovero veniva riservata al Pretore o all'autorità di Pubblica Sicurezza.

Alla diffidenza nei confronti degli alienisti contribuivano certamente, oltre al timore oscuro dei cosiddetti folli e del manicomio, il continuo tentativo di prevalere dei giuristi e la risonanza degli scandali manicomiali.

I primi, categoria dalla grande tradizione, da sempre forte socialmente e numericamente in Italia, cedevano malvolentieri delle competenze in un campo all'incrocio tra tutela dell'ordine pubblico, a cui la legge dava peraltro priorità, e medicina.

Gli scandali, d'altra parte, erano stati numerosi e clamorosi. A Roma un internato, nel 1903 era morto per soffocamento da camicia di forza, avvenuto nel carcere, e il fatto era giunto a interessare il Parlamento. Il tribunale assolse comunque sia il direttore che il medico del carcere, accogliendo la tesi della difesa, secondo cui la morte non era da imputarsi alla camicia di forza, ma a un "delirio acuto". Questo e altri fatti avevano avuto una notevole risonanza nel paese.

In terzo luogo, l'opinione diffusa che la malattia mentale fosse difficilmente curabile e guaribile, si esprimeva attraverso gli articoli 2 e 3 della legge e 49 e 64 del regolamento. Negli art. 2 della legge e 49 del regolamento, si stabiliva infatti un periodo di soli quindici giorni, prorogabili a trenta, entro il quale decidere tra dimissione e ricovero "definitivo", attuato a mezzo di un decreto del Tribunale. Nel 1926 poi, si aggiunse la comunicazione al Casellario Giudiziario. Anche il "licenziamento", dopo la proposta di dimissione per guarigione, era decretata dal Tribunale, riunito in Consiglio. Queste disposizioni così restrittive furono poi, nella pratica, applicate dagli psichiatri, d'intesa con i magistrati, con una relativa umanità.

Infine, ma non ultimo, se non altro per le sue conseguenze, il criterio della massima economia nelle spese da parte delle Amministrazioni Provinciali, legate agli interessi della grande proprietà fondiaria (artt. 1 della legge e 72 del regolamento). Queste erano obbligate a provvedere alla custodia e cura degli ammalati pericolosi o di pubblico scandalo, e non di tutti i malati mentali. Non era disposto alcun obbligo di provvedere a

servizi di igiene e profilassi mentale, o a assistenza extra-ospedaliera, né, d'altra parte, c'era alcun obbligo di possedere o gestire in proprio alcun Ospedale Psichiatrico (art.72 del regolamento). Si lasciava così aperta la possibilità di servirsi di manicomi privati, anche fuori del territorio della Provincia. La legge lasciava ai Consigli Provinciali ogni possibilità di scelta, e questi scelsero molto spesso gli istituti, a cui mandare i malati poveri, col solo criterio della massima economia delle spese.

Questa facoltà, garantita particolarmente dall'articolo 72 del regolamento del 1909, ha poi forse contribuito a impedire l'organizzazione di un'assistenza psichiatrica pre e post-ospedaliera dispensariale, peraltro piuttosto distante dall'ideologia dominante, nei decenni seguenti.

La sorveglianza sui manicomi, pubblici e privati, veniva affidata al Ministero dell'Interno, e cioè ai Prefetti, e in particolare, in ogni Provincia, a una Commissione composta dal Prefetto, Presidente, dal Medico Provinciale e da un alienista, estraneo all'Ospedale ispezionato. Le Commissioni avrebbero dovuto riunirsi una volta ogni due anni, salvo fatti eccezionali, con compiti piuttosto vaghi, generici e incompleti. L'esperienza dei decenni seguenti ha poi mostrato la loro inefficacia.

Momento fondamentale nella riforma nazionale degli istituti per alienati e cardine dello statuto sociale della psichiatria, la legge si rivelò, per l'intera classe medica e psichiatrica, un insuccesso. Bene esprimeva lo stato d'animo degli alienisti E. Tanzi, di fronte a una legge "tutta reticenze e ambiguità", volta unicamente a "soddisfare le diffidenze e le avarizie dei Consigli Provinciali" (20).

Pur tuttavia, incalzata dal fatto compiuto, la Società Freniatria fu costretta a far voto di un'immediata approvazione del testo presentato.

Leonardo Bianchi, direttore della clinica psichiatrica napoletana, uno dei presentatori del progetto, si era spinto fino al punto di dichiarare che l'assunzione della pericolosità sociale come parametro classificatore poteva rappresentare un passo verso quel "manicomio moderno, nel quale si vorrebbe raccogliere i folli veramente pericolosi e quelli acuti" (21).

Nel dibattito sul regolamento, si rifletterono le divisioni che in quegli anni si erano aperte anche nel seno della stessa Società Freniatria. I medici più aperti premevano per una qualche liberalizzazione dello stretto regime gerarchico e autoritario nella conduzione dei manicomi e nei rapporti tra le strutture sanitarie. Questa corrente era peraltro del tutto minoritaria nella stessa Società --- e le sue istanze non furono raccolte dal regolamento del 1905, alla cui estensione collaborarono Tamburini e Bianchi. Dopo la soddisfazione per il risultato ottenuto per la promulgazione della legge, subentrò presto, presso gli psichiatri, un atteggiamento di delusione che, diretto contro i modi d'applicazione, coinvolgeva in fin dei conti la stessa legge e le sue incapacità a far fronte alle speranze ripostevi.

Il passaggio alla delusione fu rapidissimo. Già nel 1907, al congresso di Venezia, Tamburini lamentava che le speranze che il regolamento emendasse i limiti della legge erano andate completamente deluse, soprattutto "per i successivi rimaneggiamenti nei vari ingranaggi burocratici dello stato... l'esperienza della sua applicazione in questi tre anni ha dimostrato di già l'evidente necessità di procedere ad una revisione di esso" (22).

Tra i problemi che Tamburini giustamente sollevava, c'era il controllo giudiziario sulle procedure di licenziamento dal manicomio. Si trattava non solo di un passo indietro, ma di un'interferenza riguardo a delle pratiche che i direttori erano abituati a esercitare in assoluta autonomia, e che coinvolgeva il piano sanitario, ostacolando le dimissioni

sperimentali e la cura familiare, che si cominciavano a praticare.

Gli psichiatri ritenevano infatti che la legge rendesse effettivamente più complicate le ammissioni in un momento in cui sia a Roma che nel resto del paese stavano aumentando le richieste di ricovero. L'iter burocratico da cui dipendevano le ammissioni (certificato medico, decreto dell'autorità giudiziaria, estratto dell'atto notorio con quattro testimoni sotto giuramento che attestasse lo stato di alienazione del soggetto) era divenuto effettivamente macchinoso e si erano moltiplicate le possibilità d'ingerenza della burocrazia.

Peraltro ai medici, e in particolar modo al direttore, era affidata la facoltà di dire l'ultima parola riguardo alle ammissioni. Aumentava così anche lo spazio d'azione per collaborare coi familiari, dato che il ruolo di garanzia della libertà individuale, affidato ai magistrati, finiva per essere formale e secondario, in considerazione del fatto che interveniva successivamente.

La lunga battaglia intrapresa dai vari direttori e dalle associazioni dei medici e psichiatri, sorte a cavallo dei due secoli, ottenne il riconoscimento di un ruolo preminente per la figura del direttore, a garanzia della difesa della società, svolgendo una funzione di sussidio alla Polizia nella tutela dell'ordine pubblico. Il ruolo del direttore secondo la legge del 1904 riproponeva le concezioni che Pinel e Esquirol avevano manifestato ormai quasi un secolo prima. Questi richiedevano al direttore medico del manicomio una forte attitudine al comando. A. Verga precisava che il direttore "tutto vede e provvede". Si perdeva in tal modo la motivazione caritatevole-morale che aveva inizialmente promosso l'istituzione che si avviava a diventare un centro medico di ricerca e un luogo di un internamento ispirato al binomio "custodia e cura", in cui prevaleva il momento della custodia.

Il manicomio e i suoi medici divenivano i depositari e creatori di un nuovo sapere scientifico, ricco di rapporti con le scienze giuridiche e sociali e con la medicina forense, sottraendo definitivamente il problema della follia alle tradizionali pratiche popolari, agli studi umanistici. Al ruolo sociale di intermediario del parroco si sostituiva quello del medico.

Il nuovo e definitivo regolamento del 1909 (23) accolse, solo in piccola parte le richieste della Società Freniatria. Esso incentivava il ricovero dei folli cronici in asili speciali, le dimissioni sperimentali, la cura familiare. Si accettava così il principio della diversificazione del modello dell'assistenza psichiatrica, come ormai chiesto da molti alienisti.

La Società Freniatria rinunciò a condurre nuove battaglie negli anni successivi.

Durante la prima guerra mondiale, fu pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 12 giugno 1917, il decreto luogotenenziale n° 707 del 25 maggio 1916, che modificava gli artt.2 della legge e 49 del regolamento relativo, approvato con RD n° 615 del 16 agosto 1909. Con questo si stabiliva che "per assicurare la maggiore esattezza del giudizio psichiatrico dei militari presunti alienati", per la durata della guerra, il periodo massimo di osservazione previsto era protratto a tre mesi.

Il dibattito sul modello manicomiale degli ultimi decenni dell'ottocento, e sul "no restraint", svoltosi nei primi dieci anni del '900, costituisce una spia significativa del mutamento dell'ideologia psichiatrica in senso riduzionistico e della crescente difficoltà a focalizzare la condizione generale dei malati e dell'istituzione manicomiale. Un'analoga tendenza riduzionistica spingeva verso una prospettiva che restringeva la vita manicomiale ai problemi più specifici di terapia e trattamento.

Gli assunti teorici di W. Griesinger, risalenti al decennio del 1860, prendendo atto del

fallimento dei grandi progetti manicomiali francesi basati sulla segregazione, identificavano la follia come una malattia analoga alle altre, una malattia del cervello (come dalla tradizione settecentesca del resto) (24), che poteva quindi essere studiata attraverso l'anatomia, la fisiologia e la patologia del sistema nervoso. Queste idee si fecero strada in tutta l'Europa a partire dagli anni settanta e furono riprese in Italia da alcuni celebri alienisti, quali il Verga, il Morselli, il Bianchi, il Mingazzini, divenendo presto l'ideologia corrente degli psichiatri italiani. Essi raccolsero anche le critiche al modello manicomiale espresse dal Griesinger, che prevedeva strutture più semplici, istituti dotati di 60, 80, 150 letti, che recuperassero anche categorie spaziali e temporali della vita quotidiana, e anche la possibilità di cure a casa del malato. Peraltro nessuno mise mai in discussione il ruolo dell'istituzione, dei medici direttori e degli psichiatri, nella tutela paternalistica della sicurezza sociale e dell'ordine pubblico. Il dibattito si focalizzava prevalentemente sulla scelta tra due "modelli" manicomiali giudicati alternativi: quello a grande edificio unico e quello a "villaggio", con piccoli edifici separati.

Riguardo al dibattito sul modello manicomiale, che è collegato a quello sull'elaborazione della legge, l'eco delle esperienze inglesi di abolizione dei mezzi di contenzione era stata in realtà molto limitata in tutta la seconda metà del secolo XIX. L'interesse si riaccese quando, verso la fine del secolo, si era ricominciato a parlarne in Inghilterra e in Francia. La questione fu inizialmente rilanciata dalle iniziative individuali, peraltro assai prudenti, di R. Baroncini a Imola, di R. Pellegrini a Girifalco e altri.

La Società Freniatria affrontò la questione al congresso di Ancona del 1901, con una relazione di R. Tambroni, successore del Bonfigli al manicomio di Ferrara. La sua fu una netta opposizione sia alla riduzione dei mezzi di contenzione che a un regime di libertà di movimenti, per i ricoverati, all'interno dei manicomi ("open door"). Dopo aver negato che questi fossero "fabbriche d'incurabili", Tambroni difese la validità "quale mezzo validissimo di cura" di "un isolamento bene inteso e convenientemente applicato", aggiunse tra l'altro che "la libertà sulla parola... provoca la nostra ilarità". Bisogna davvero avere un concetto molto strano, per non dire semplicemente errato degli alienati e dei loro sentimenti e delle loro tendenze per poter parlare di libertà sulla parola, di punto d'onore, ecc." (25).

Negli anni successivi prevalse un atteggiamento trasformistico che indusse settori consistenti della psichiatria italiana a auspicare l'introduzione nei manicomi di forme "moderate e controllate" di "no restraint". Bisognava, peraltro, dare una risposta all'indignazione popolare suscitata dagli scandali manicomiali.

Anche per lo stato d'animo della popolazione di fronte a fatti di questo tipo, la Società Freniatria, in vista del Congresso del 1904, affidò una relazione di tecnica manicomiale a E. Belmondo, noto per la sua convinta adesione al "no restraint", da lui stesso applicato, assieme allo "open door" a Padova e da G. Antonini, che aveva fatto costruire a Udine un manicomio fatto di padiglioni staccati e privo di muro di cinta.

Belmondo, nella sua relazione, tacciava di arretratezza le vecchie tesi del Tambroni, ma il suo elogio del "no restraint", rivelava più il desiderio di aggiornare le tecniche di controllo che la volontà di metterle in discussione. Ai mezzi di contenzione voleva infatti sostituire, oltre alla "sorveglianza continuata di un personale idoneo, ed in numero sufficiente", l'uso sistematico di bagni e farmaci calmanti, per i quali rifiutava sdegnosamente l'appellativo di "camicia di forza chimica" (26).

La maggioranza dei congressisti scelse alla fine una posizione intermedia: l'odg finale condannava la contenzione meccanica indiscriminata, auspicava l'introduzione di

un "no restraint" "relativo" e "moderato", ma lasciava ai direttori la facoltà di scegliere in ogni caso le misure concrete da attuare. Il regolamento del 1909, sui manicomi e gli alienati, accolse questa posizione.

Le numerose polemiche condotte contro Belmondo dopo il citato congresso consentono di misurare l'effettivo risvolto pratico del dibattito.

I critici, sia i sostenitori di un "no restraint" più spinto e avanzato, sia i conservatori, concordavano sul fatto che le innovazioni a Padova e Udine fossero più vantate che reali: a Padova per esempio, le finestre erano chiuse da robuste inferriate, esistevano ancora delle celle e il manicomio era circondato da un muro; a Udine questo mancava, ma era sostituito da una robusta rete metallica.

Tra gli avversari del "no restraint", Esposito affermava che si richiedeva una maggiore disponibilità di personale e quindi portava "allo sperpero... delle energie di persone sane in olocausto all'incondizionato beneficio del malato" (27).

Le critiche più dure vennero dal vicedirettore del manicomio di Reggio Emilia, P. Petrazzani, che condannò la distinzione tra "no restraint" assoluto e relativo e, affermando che a Padova questo non era affatto applicato, denunciò che "li avvenivano vere e proprie intossicazioni da abuso di sedativi" (28).

A prendere le difese del "no restraint" fu il Tamburini che notò come oramai "in Italia si sia tutti concordi nel considerare l'abolizione di ogni mezzo di contenzione come l'ideale che si deve anche tra noi il più presto raggiungere".

Fu quella del Belmondo, negli anni successivi, a rivelarsi la posizione vincente: la negazione della contenzione indiscriminata servì a cancellare il ricordo degli scandali e rafforzò l'immagine scientifica e ospedaliera che la neuropsichiatria assegnava ai manicomi. Scomparirà peraltro l'ideale della completa abolizione della contenzione, che Tamburini continuava a coltivare, sempre più isolato in una sua visione non condivisa dalle giovani generazioni di psichiatri.

La divaricazione si era manifestata già dal congresso della Società Freniatria di Ancona del 1901, nella discussione sul valore da assegnare a misure quali l'assistenza familiare e l'apertura di asili speciali per i cronici. Tamburini considerava queste, non solo misure per risolvere l'affollamento dei manicomi, ma anche per mettere in discussione la centralità stessa del manicomio nella cura dei folli.

Per la maggioranza dei congressisti si trattava invece solo di misure per sfrontare occasionalmente l'eccesso di popolazione manicomiale. A tale proposito F. Del Greco invitava alla prudenza nel definire "innocui" individui che erano pur sempre dei malati mentali. D. Ventra sosteneva che, a parer suo, la cura familiare fosse inapplicabile al sud, per l'arretratezza delle popolazioni contadine. La tesi del Tamburini, che con lo sfollamento dei manicomi si sarebbero realizzati dei notevoli risparmi, non convinse la maggioranza dei congressisti che preferirono auspicare un'estensione del lavoro degli alienati e la razionalizzazione del loro regime alimentare, con l'eliminazione dei "lussi".

Tamburini immaginava una grande dilatazione del campo della psichiatria, ma i fatti lo smentirono: nel 1906 si costituì la Società di Neurologia Italiana, e nel 1910 la Società Italiana di Psicologia.

Alla vigilia della guerra mondiale, Tamburini era costretto ad ammettere che alle ardite aspirazioni della psichiatria faceva riscontro una fase di incertezze e dubbi, sia nel campo delle ricerche che in quello della tecnica manicomiale. "Con la sua morte, nel 1919, venne meno l'ultimo testimone della fase "eroica" della psichiatria italiana" (29).

Agli inizi del '900 si viveva ormai una crisi generale del filantropismo ottimistico e progressista che aveva caratterizzato lo sviluppo della medicina e della psichiatria

italiane nella fase di affermazione della classe borghese”.

Gli scandali manicomiali dapprima, e poi il varo della legge Giolitti, avevano esaurito la battaglia politica trentennale della Società Freniatria e furono seguiti dal ripiegamento degli psichiatri su di una prassi consolidata. La realtà della reclusione manicomiale per motivi d'ordine pubblico era occultata e giustificata dalla ideologia asettica e astratta dell'organicismo dominante. Al riconoscimento del loro ruolo, gli psichiatri dovevano recedere dall'atteggiamento rivendicativo e sostituirlo con quello della responsabilità, mostrando tutta la loro efficacia nel controllo della società.

All'abbandono delle ambizioni sociali e filantropiche e scientificamente totalizzanti del "risorgimento psichiatrico", corrispose, con l'affermazione degli aspetti più riduzionistici dell'organicismo, e la riduzione immediata delle malattie mentali a malattie nervose, un appiattimento della psichiatria, a favore di una pratica professionale strettamente definita. La stessa ambiziosa fiducia riposta nella ricerca scientifica fu poi sostanzialmente delusa dai fatti, dimostrandosi i risultati assai inferiori alle aspettative indotte dalla svolta organicista. Durante tutto il quindicennio seguente non ci furono ulteriori richieste di riforme o cambiamenti. Attorno al 1920 avevano cominciato a funzionare in Francia, la cui legge del 1838 era stata presa a esempio da quella italiana, dei reparti "aperti", in cui i ricoverati potevano essere ammessi, curati e dimessi senza ordinanze e sentenze dell'autorità giudiziaria, e addirittura senza neppure segnalazioni alla stessa. Si realizzava così, almeno in parte, il concetto centrale della riforma proposta a suo tempo dal Griesinger, secondo cui non c'erano differenze tra i malati mentali e quelli somatici: tutti potevano essere curati, e spesso anche guariti.

Nel 1922 lo stesso relatore della legge, il senatore e psichiatra L. Bianchi, intervenendo al Senato, proponeva delle modifiche ai criteri d'ammissione al manicomio, perché quelli stabilite da una legge "imperniata sopra il criterio di pubblica sicurezza, quello della pericolosità del malato", contribuiva allo "aumento dei folli" e alla "degenerazione della razza, il cui indice [era] l'enorme aumento della follia nel nostro paese", e segnalava "il grandissimo numero di degenerati,... i 40 o 50000 epilettici nel nostro paese, di cui solo 4000 [erano] ricoverati negli ospedali... [il] grandissimo numero di nevrastenici, di psicastenici, di imbecilli ecc." (30). La gran parte di questi non trovava posto in manicomio proprio per il criterio restrittivo per il ricovero, per cui questa massa di "fiacchi" e "deboli nella vita della nazione", rimanendo liberi, davano "l'impronta, il carattere della fiacchezza ai gruppi sociali dei quali facevano parte, danneggiando "il valore di una razza... strettamente collegato con la salute fisica e mentale e soprattutto con la vigoria del carattere" (31). Scriveva poi, nel 1925, che "Tutto incute la convinzione che la legge debba essere modificata nel senso della libera ammissione dei malati di mente negli ospedali psichiatrici" (32).

Peraltro nulla accadde negli anni seguenti. Il regime fascista si limitò a iniziare a studiare il problema istituendo una Commissione Ministeriale a tale proposito, diretta dall'illustre prof. Petragiani (non uno psichiatra, ma un igienista). Non si trattava tanto di una "dimenticanza", quanto della funzionalità del manicomio, così com'era, alla politica sociale totalitaria del regime fascista, che si esprimeva coerentemente attraverso tutte le istituzioni della vita pubblica e di quella quotidiana e privata, famiglia, scuola, caserme, ospedali, associazioni, carceri ecc.

Le gravi conseguenze, in termini di stigma e emarginazione, delle disposizioni in tema di ricovero, vigenti per oltre mezzo secolo in Italia, sulla vita dei pazienti

derivarono anche dal fatto che il Codice di Procedura Penale prevede l'iscrizione al Casellario Giudiziale dei ricoveri, anche provvisori (art. 604), equiparando di fatto la condizione di ricoverato a quella di carcerato. Questo punto venne addirittura confermato, nel dopoguerra, dalla legge 14 marzo 1952, n° 158, che pure escludeva dall'iscrizione al Casellario Giudiziale numerosi reati di modesta entità .

Fu il direttore dell'Ospedale Psichiatrico romano, F. Bonfiglio, nella sua relazione al 23° Congresso della Società Italiana di Psichiatria, tenutosi a Roma nel 1946, pubblicata su "Il Lavoro Neuropsichiatrico" 1, 197, del 1947 ad affrontare il tema della necessità di una riforma. Egli chiese che fosse finalmente promulgata una legislazione "essenzialmente sanitaria" e non più "giudiziaria". Ne nacque una Commissione di psichiatri che elaborò un progetto di nuova legislazione, che fu poi bloccato dall'A.M.O.P.I (Associazione dei Medici Ospedalieri Psichiatrici Italiani), dopo un referendum, per questioni puramente corporative, che riguardavano concorsi e carriere.

Un secondo progetto, Bonfiglio-Battaglini-Ceravolo, elaborato in collaborazione con altre società , tra cui la Società Romana di Medicina Legale, fu presentato il 22 dicembre del 1951 alla Camera dei Deputati, dall'On.Ceravolo e da altri, ma la prima legislatura della Repubblica si chiuse nel 1953, senza che il Parlamento trovasse il tempo e la volontà per prenderlo in considerazione.

Il progetto Ceravolo fu ripresentato nella seconda legislatura, ma non soddisfaceva né gli psichiatri né i giuristi, e neppure gli amministratori.

Il processo di ricostruzione e di industrializzazione in Italia stava nel frattempo trasformando il tessuto sociale del paese: le migrazioni interne e l'urbanizzazione di grandi masse che erano rimaste contadine fino alla generazione precedente, poneva nuovi problemi e suscitava nuovi consumi e richieste di partecipazione e rinnovamento, anche nel campo della sanità.

Fu per iniziativa della Amministrazione Provinciale di Milano, e del Centro Nazionale di Prevenzione e Difesa sociale, che venne convocato un importante convegno per discutere della elaborazione di un nuovo progetto. Il convegno si tenne a Milano, nel 1955 e fu veramente importante dal punto di vista teorico. Esso vide per la prima volta allo stesso tavolo psichiatri, giuristi, amministratori, a dibattere i problemi relativi alla riforma della legge psichiatrica. Peraltro il Convegno non diede dei risultati pratici di rilievo, evidenziando la sempre notevole distanza tra le opinioni degli psichiatri e quelle dei giuristi, differenze tali da concernere l'interpretazione di alcuni articoli costituzionali. Si trattava di questioni teoriche di non poco conto (artt. 13,16 e 32 della legge manicomiale), che non vedevano posizioni unitarie neppure all'interno delle stesse categorie professionali, riflettendo piuttosto gli orientamenti politici e culturali dei singoli.

L'articolo 13 della Costituzione garantisce infatti l'inviolabilità della libertà individuale, mentre il 16 prevede delle limitazioni alla libertà di circolazione e soggiorno per motivi "di sanità e sicurezza".

Nella seconda legislatura fu presentato anche un progetto dall'On. Tessitori, all'epoca Alto Commissario per l'Igiene e la Sanità Pubblica, che divenne poi base per un progetto governativo del 1960. Anche quella legislatura venne a termine senza che ci fosse alcuna discussione in aula.

Né accadde diversamente nella terza per il progetto del sen. Banfi, comunista, presentato nell'ottobre del 1958. Questo, in particolare, annunciava la differenza con la legge vigente, già nel titolo: "Sugli Ospedali Psichiatrici per la cura delle malattie mentali". Nel testo si parlava soltanto di cura e non di "custodia e cura", si affermava la fine del periodo "manicomiale" e l'inizio di quello "ospedaliero", per attuare, anche in

campo psichiatrico i principi dell'art.32 della Costituzione, conciliandolo con l'art.13 della stessa. Esso prevedeva inoltre l'assistenza extraospedaliera (33). Anche questo progetto non fu nemmeno discusso nelle sedi legislative.

Nei seguenti dieci anni, l'industrializzazione del paese ebbe grande sviluppo, si diffusero consumi nuovi e un livello di vita più confortevole: queste nuove condizioni, che per la prima volta elevavano la maggior parte della società italiana al disopra del livello di pura sopravvivenza, produssero una potente spinta al cambiamento e aprirono nuovi conflitti tra le crescenti richieste di protagonismo e democratizzazione, e un sistema sociale arretrato e chiuso. Si produssero tensioni crescenti, anche in campo scientifico e culturale, e queste investirono in pieno la psichiatria.

I movimenti di contestazione della psichiatria, così come essa si era configurata in tutta la sua storia, non erano certamente nuovi. Come ci ricorda G. Jervis (34), le prime critiche veramente "antipsichiatriche", nella cultura europea, nacquero fuori dagli ambienti psichiatrici e furono quelle di A. Breton e del movimento surrealista (35), riprese nelle lotte dei situazionisti, che ebbero un seguito anche in Italia (36) e poi dagli studenti del maggio francese. Molte altre iniziative hanno contribuito a scuotere la psichiatria dalle fondamenta (37). La sociologia tedesca degli anni trenta, fino agli studi di Goffman, Scheff, Lemert e Garfinkel sull'esclusione e la devianza, le idee di W. Reich,

La critica da parte degli psichiatri al concetto tradizionale di malattia mentale si era sviluppata dagli anni trenta con gli studi di Sullivan sul disturbo mentale come problema interpersonale, la psicologia dei guppi (38), poi il tentativo di G. Politzer di costruire una scienza della personalità sulla base del materialismo storico, interrotto dalla sua morte nella resistenza contro i nazisti (39), i contributi di Bateson e della scuola di Palo Alto, ecc.

Tra la fine degli anni cinquanta e i primi '60 Donald Laing e David Cooper proponevano in Gran Bretagna nuove interpretazioni e cure, decisamente anticonformiste, della condizione schizofrenica.

Con il nome generico di "antipsichiatria", venivano identificate nel decennio '60-70 tutta una serie di tendenze ed indirizzi assai diversificati, che ponevano in discussione i dogmi della "scienza" psichiatrica tradizionale. Negli USA le teorie di T. Szasz sul "mito della malattia mentale" (40) e le interpretazioni puramente sociologiche di alcuni ricercatori (Scheff soprattutto), in GB i libri di Laing, Cooper, Esterson e Berke, in Francia l'opera filosofica di G. Deleuze e F. Guattari (41), e i tentativi di L. Sève di fondare sul marxismo una teoria della personalità (42).

In Italia con *L'istituzione negata* a cura di Franco Basaglia per la prima volta veniva effettuata una critica serrata al sistema manicomiale (43). Teorizzazioni e testimonianze che mettevano in discussione i diritti tradizionali della "scienza" psichiatrica e del potere psichiatrico, pur da punti di vista non tutti ugualmente radicali

Nascevano, dalla messa in crisi dei manicomi e dall'esperienza britannica della "comunità terapeutica" una serie di tentativi di dare alla follia quei diritti che le istituzioni psichiatriche pubbliche negavano: a Londra con la libera "controistituzione" di Kingsey Hall, iniziata da Laing nel '65 ed altri centri "non professionali" e "alternativi"; in Germania col collettivo studenti-pazienti SPK; a Gorizia con la liberalizzazione del manicomio da parte del gruppo diretto da Basaglia. Non si trattò, in realtà, di esperienze uniformi né nella teoria né nella pratica, né tutti i protagonisti accettavano l'etichetta di "antipsichiatra".

In Italia, gli sforzi di rinnovamento della psichiatria, ebbero origine dalle esperienze

positive di Perugia con Manuali, Nocera Inferiore con Sergio Piro e Gorizia e Trieste per opera di Franco Basaglia, che divenne il maggior esponente ed il simbolo della lotta anti-istituzionale in Italia, nel pensiero e nell'azione, riscuotendo una notevolissima popolarità anche all'estero.

Furono anni in cui si accavallarono le riunioni, i congressi, i progetti delle varie Società, nelle diverse sedi scientifiche e politiche, che portarono il 18 marzo del 1968, all'approvazione della legge 431, detta legge-stralcio, perché parte di un progetto più vasto presentata dal Ministro della Sanità, L. Mariotti. La legge era intitolata "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" e tendeva alla equiparazione degli ospedali psichiatrici a quelli generali: erano previste da due a cinque divisioni, ciascuna con al massimo 125 letti. Il personale doveva essere costituito da un direttore psichiatra, un igienista, uno psicologo e, per ogni divisione, un primario, un aiuto e almeno un assistente. Il numero degli infermieri avrebbe dovuto mantenere un rapporto di uno ogni tre posti letto, e gli assistenti sociali e sanitari, di uno ogni cento. Per l'assistenza extra-ospedaliera, venivano istituiti i Centri di Igiene Mentale, sia autonomi che dipendenti dal direttore dell'ospedale psichiatrico, ma con medici, infermieri e assistenti sociali di un organico autonomo.

Il punto fondamentale era costituito dall'articolo 4, che contemplava l'ammissione volontaria su richiesta del malato e su autorizzazione del medico di guardia: la dimissione doveva essere comunicata alla autorità di Pubblica Sicurezza solo per i ricoveri obbligatori e non più per i ricoveri volontari, o per quelli trasformati in ricovero volontari.

La legge 431 diede luogo a molte contestazioni, da alcuni fu attaccata come insufficiente (era spregiativamente chiamata legge-straccio), da altri per essere eccessivamente avanzata (specialmente per l'articolo 4).

Nel biennio '68-69 il movimento degli studenti e gli operai, con le loro organizzazioni, rivendicavano protagonismo e soggettività nel raggiungimento del benessere, per il diritto alla salute, per la gestione sociale della scuola, della sanità e dei servizi (44).

I riformatori, sia psichiatri che politici, si erano ormai convinti che il manicomio non potesse essere migliorato e riformato, ma che si dovesse procedere al superamento definitivo di quella che Goffmann aveva definito "istituzione totale" (45).

Per prevenire le conseguenze di un referendum abrogativo della legge del 1904, il 13 maggio del 1978, fu approvata la legge 180, poi inclusa nella 833 dello stesso anno, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Questa legge, conosciuta anche come "legge Basaglia" per il ruolo che egli ha avuto nella denuncia del sistema manicomiale italiano ha introdotto nel nostro sistema politico, culturale e scientifico, degli elementi profondamente innovativi, che ci è parso di raccogliere sinteticamente in alcuni punti:

1. Decreta il superamento degli ospedali psichiatrici;
2. Abroga la legge del 1904 e il regolamento del 1909;
3. Inserisce il malato di mente e l'operatore psichiatrico nel pieno contesto della medicina generale, in unità intra ed extra-ospedaliera;
4. Fissa nuove regole per il ricovero obbligatorio (che non ha più alcun riferimento alla "pericolosità"), con la possibilità che sia il paziente che i parenti possano chiedere la revoca del provvedimento;
5. Prevede l'istituzione dei servizi di Diagnosi e Cura negli ospedali generali con un numero di letti non superiore a 15;
6. Il territorio viene riconosciuto come sede dell'intervento terapeutico e

riabilitativo del malato mentale;

7. I servizi psichiatrici devono essere ristrutturati su base dipartimentale (Centri di Igiene Mentale; strutture residenziali; comunità protette; case-famiglia; case-alloggio; ecc.)

Il processo di applicazione della nuova legge incontrò da subito delle grandissime difficoltà e fortissime resistenze, con accesissime dispute ideologiche, scientifiche e politiche, cui certo non erano estranei, almeno in parte, gli interessi economici delle numerose case di cura private, che si vedevano concretamente minacciate dalla diffusione territoriale dei servizi psichiatrici. Si formarono immediatamente due orientamenti opposti e contrapposti. Ci furono campagne di stampa, promozione di dibattiti, congressi, progetti di legge che tendevano a modificare la 180 (13, dei partiti o di associazioni di psichiatri), un movimento che cercava di ritardare e snaturare in tutti i modi, o almeno rendere inoperante la legge. Dall'altra parte ci fu una strenua difesa di ogni più piccolo disposto e qualche progetto più avanzato per migliorarla.

La legge 180 fu nei primi anni poco e male applicata, le difficoltà erano effettivamente molte, contro di essa agivano forti interessi consolidati.

Fu necessario attendere sedici anni perché il Ministero della sanità emanasse nel 1984 il primo Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 94-96" che prescriveva la chiusura degli ospedali psichiatrici entro la fine del 1996, suggellando così, almeno in linea di principio, la fine dell'istituzione manicomiale.

La legge quadro n° 104 del 1992 prevedeva la costituzione delle comunità-alloggio, delle case-famiglia, ecc..

Infine, la legge n° 724 (allegato alla Legge finanziaria del 23 dicembre 1994) disponeva la chiusura definitiva del " residuo" degli ospedali psichiatrici entro il dicembre del 1996, termine poi prorogato al 31 gennaio del '97, e, successivamente al 31 dicembre del '98.

Bibliografia

1. Cfr. F. Giacanelli; G. Campoli, *"La costituzione positivistica della psichiatria italiana"*, in *Psicoterapia e scienze umane* n. 3
2. Vinzia Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Marsilio, 2002.
3. Le condizioni di vita nelle campagne erano veramente dure e rese precarie dalle malattie, dalle carestie e dal brigantaggio diffuso. Nel 1868, il ministro Cambray-Digny privatizzava la regia dei tabacchi e imponeva la famigerata tassa sul macinato, che permise negli anni successivi di coprire il deficit dello stato, facendone pagare il prezzo ai contadini e alla plebe, soprattutto meridionali, con migliaia di morti, sia per fame e malattie che per la repressione delle numerose rivolte. Già al momento della promulgazione della legge scoppiarono violenti disordini con 250 morti. da I. Montanelli, *Storia d'Italia*, vol.32, Fabbri, Milano 1994..
4. Cfr. il famoso *"frammento delle macchine"* di K. Marx, *Lineamenti fondamentali della critica della economia politica*. (post. 1939-41). tr. it. La nuova Italia, Firenze 1968-70.
5. G. Gualandi, *lettera a G.S. Bonacossa*. in "Archivio italiano per le malattie Nervose e le Alienazioni mentali". 1864, pag. 381.
6. Si tratta della *relazione* di A. Tamburini alla seduta pomeridiana del giorno 8 settembre 1881. sta in "Archivio italiano...", 1881, pag.186, vedi nota 14.
7. F. Stok, *La formazione della psichiatria*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1981, p. 107.

8. C. Castiglioni, *Su le riforme legislative desiderabili pei pazzi (lettera a Giovanni Gualandi)*. in "Archivio italiano..." II, 1865, vedi nota 14.
9. *Disegno di legge sui manicomi e sugli alienati* (presentato dal ministro dell'interno A. De Pretis alla Camera dei deputati, nella tornata del 15 marzo 1881), cfr. F. De Peri, "*Il medico e il folle*", sta in : *Storia d'Italia. Annali 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Einaudi, Torino 1984.
10. A. Bertani, *Sullo schema del Codice per la pubblica igiene. Relazione all'onorevole ministro dell'Interno De pretis*, Milano, 1880. cfr. G. Panseri: "Il medico: note su un intellettuale scientifico italiano nell'ottocento". sta in *Storia d'Italia. Annali*, vol. 4, a cura di A. Vivanti. Einaudi, Torino, 1981.
11. Sulle vicende filosofiche italiane a cavallo tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 cfr. S. Timpanaro jr., *Sul materialismo*, Nistri e Lischi, Pisa, 1971, 3a ed. Unicopli, Milano 1997
12. I. A. Herzen, *Fisiologia del sistema nervoso*, Firenze 1867.
13. Sulla complessa figura di C. Lombroso si veda R. Villa, "*Scienza medica e criminalità nell'Italia unita*" in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, op. cit. Si veda anche V. P. Babini, "*La responsabilità nelle malattie mentali*", in V. P. Babini, M. Cotti, F. Minuz, A. Tagliavini, *Tra sapere e potere. La psichiatria italiana nella seconda metà dell'ottocento*, Il Mulino, Bologna, 1982.
14. A. Tamburini, "*La psichiatria come scienza sociale e come funzione di stato*", in "Rivista Sperimentale di Freniatria", XXXVI, 1910.
15. Cfr. "*Elenco dei membri della società Freniatria*", in "Archivio italiano..." 1878, vedi noa 14.
16. Cfr. in particolare gli allora popolari drammi e romanzi d'appendice di X. A. Montepin, titoli quali *Sa majesté l'argent*, *La porteuse de pain*, *le médecin des folles*, ecc. per un totale di circa duecento volumi, dalle trame intricate e pieni di peripezie inverosimili. Romanzi interminabili e di cattiva qualità, che lo resero ricco e popolare.
17. Cfr. *Atti Parlamentari: Camera-Discussioni*, tornata del 10 febbraio 1904, cfr. F. Stok, *La formazione della psichiatria*, op. cit.
18. idem
19. Legge n° 36 del 14 febbraio 1904, "*Disposizioni sui manicomi e gli alienati. Custodia e cura degli alienati*" art.1
20. Cfr. E. Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, Milano 1905.
21. Cfr. Leonardo Bianchi, relazione parlamentare sul testo di legge *Disposizioni sui manicomi e gli alienati*, 1904, cfr F. De Peri "*il medico e il folle*" op. cit.
22. Cfr. "Rivista sperimentale di freniatria" XXXV, 1909, pag. 8 cfr. F. Stok, op. cit.
23. Cfr. RD n° 615 che approva l'annesso *Regolamento per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904 n° 36* (Gazzetta uff. 16 sett. 1909).
24. Cfr. a solo titolo di esempio della vasta tradizione settecentesca, la voce "*folie*" del *Dictionnaire philosophique* di Voltaire, sia pure in una concezione che vedeva la "follia" esclusivamente come "sragione".
25. A. Tambroni, in "Rivista sperimentale di freniatria" XXVI, 1902, cfr. F. Stok, op. cit. pag. 137
26. Cfr. F. Stok, op. cit. pag. 138
27. Cfr. "Rivista sperimentale di freniatria" XXXIV, 1908 cfr. F. Stok, op. cit. pag. 139
28. ivi
29. ivi, p. 143
30. Cfr. L. Bianchi, intervento al Senato nella tornata del 9 giugno 1922 (in *Atti parlamentari*, Senato, Discussioni, 1922, vol.3, p. 2404) cfr. F. De Peri, "*Il medico e il folle*", op. cit. p. 1133

31. ivi
32. Cfr. "Riv. Sper. Fren", 1908, p. 310
33. Disegno di legge d'iniziativa del Senatore Banfi, 10 ottobre 1958, *Sugli ospedali psichiatrici e per la cura delle malattie mentali.*, in P. G. Levi; A. Levi Tommasetti, "Contributo allo studio della legislazione italiana per la cura e la proflassi delle malattie mentali", in "Minerva medico-psicologica" 1960, vol.1° n. 2 pgg. 1-43
34. Cfr. G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975 p.58
35. Oltre naturalmente ai *Manifestes surréalistes*, in particolare cfr. A. Breton, *Nadja*, éditions de "La nouvelle Revue Française", 1927. A questo testo e alla polemica conseguente fu dedicata una discussione in seno alla Société Médico-psychologique, con la partecipazione di Janet e De Clérambault, pubblicata in "Annales Médico-psychologiques", 12° série, t. II, novembre 1929. Cfr anche G. De Narval, *Aurelia*, e cfr. A. Artaud, *Lettera ai primari dei manicomi* in "La révolution surréaliste" n. 3, aprile 1925
36. Sul movimento situazionista cfr. M. Bandini, *L'estetico e il politico. Da Cobra all'internazionale situazionista 1948/1957*, Officina Edizioni, Roma, 1977
37. Cfr. G. Jervis, op. cit. p. 58
38. ivi
39. Cfr. G. Politzer, *Critique des fondements de la psychologie*, tr. it. *Freud e Bergson*, La Nuova Italia, Firenze 1970.
40. Cfr. Th. Szasz, *Il mito della malattia mentale*, Feltrinelli, Milano 1972
41. Cfr. G. Deleuze, F. Guattari, *L'Anti-oedipe. Capitalisme et schizophrénie*, Les Éditions de Minuit, Paris 1972
42. Cfr. L. Sève, *Marxisme et théorie de la personnalité*, Éditions sociales, Paris 1969, tr. it. 2da, Einaudi, Torino 1973
43. Cfr. F. Basaglia, *l'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1967, cfr. anche F. Basaglia, *Scritti*, 2 voll. Einaudi, Torino 1981-82
44. Quello che poi un anglicismo edulcorato, ha raccolto sotto la voce "welfare", spacciandolo per una conquista "liberal".
45. Cfr. E. Goffmann, *Asylum*, tr. it. a cura di F. Basaglia, Einaudi, Torino, 1968