

## **Il manicomio provinciale di Roma dall'unità d'Italia alla chiusura. Il dibattito scientifico e politico sulle leggi e regolamenti.**

Antonino. Iaria , C. E. Simonetto

In continuità con la precedente ricerca (1), che riguardava l'Ospedale dei pazzi di Roma, dai Papi al 'novecento, abbiamo nuovamente rivolto la nostra attenzione alle leggi e ai regolamenti che hanno caratterizzato, come linee fondamentali, la storia di questa istituzione, dalla fine dell'ottocento a tutto il novecento.

La conferma della metodologia, descritta nella presentazione e introduzione al secondo volume, è motivata dalla convinzione che le leggi e i regolamenti siano fedeli, se pur non imparziali, rivelatori della vicenda storica specifica dell'istituzione manicomiale, che in quegli anni si è andata dapprima consolidando per poi entrare in una crisi irreversibile.

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. Quello attorno agli anni settanta dell'ottocento, e i decenni che seguirono, fu un periodo veramente singolare per la città di Roma, cuore della chiesa cattolica, "grande centro internazionale del feudalesimo"(2), con il passaggio dal dominio dei papi al ruolo di capitale dello Stato italiano.

Riteniamo sia utile studiare questi cambiamenti attraverso il modificarsi delle disposizioni legislative e amministrative che hanno regolato il manicomio e, attraverso di esso, regolato e prodotto la vita reale di coloro che lo hanno retto o subito.

La psichiatria in quell'epoca, come dice F. Giacanelli: "si costitui[va] come sapere scientifico e come organizzazione e si forma[va] 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"(3).

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).

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, attraverso la prassi diffusa e i singoli protagonisti, le regolamentazioni o tra le righe dei progetti di riforma proposti, 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 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 miseria della condizione italiana (5).

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 infine, di condizionamento dei nuovi indirizzi, e di adattamento a essi.

La situazione al "Santa Maria della Pietà" era condizionata in modo precipuo dalla sua collocazione nello Stato Pontificio, l'unico stato con un sovrano che, come ricordava Stendhal, potesse decidere della vita eterna dei propri sudditi (6), e dal fatto che, sin dalla sua fondazione nel 1548, era stato amministrato e diretto dalle varie Commissioni ospedaliere di nomina pontificia.

Poco tempo dopo la breccia di Porta Pia, e la conquista di Roma da parte delle truppe dello Stato italiano, e ad un mese dal plebiscito che ne sancì l'annessione al Regno d'Italia (7), il Luogotenente Generale per Roma, Alfonso La Marmora, emanò un decreto in data 6 novembre 1870. Questo aboliva la Commissione Ospedaliera di nomina pontificia e, contestualmente, la ricostituiva con nuovi membri, alcuni dei quali ancora provenienti dall'amministrazione vaticana.

Il RD n° 6070 del primo dicembre dello stesso '70 estendeva la legge sulle Opere Pie del 1862 al territorio romano, e conferiva tale status per il manicomio.

Dal 1872 poi, la Commissione degli Ospedali affidò il governo dell'istituto al medico (di formazione rasoriana), Senatore Vincenzo Tommasini, che lo tenne fino al 1890. Sotto la sua autorità fu promulgato un nuovo regolamento, nel 1875, che ne sostituiva uno pontificio risalente al 1870. Pubblichò inoltre, nel 1884, "un esteso resoconto" (8) sulla sua opera. Egli si avvale dapprima del consiglio del prof. Girolami, direttore sanitario, e poi del suo successore dr. Fiordispini, e dell'opera dell'architetto Francesco Azzurri (9).

Questi era una figura di spicco della progettazione ospedaliera, aperto alle idee moderne in tema di edilizia manicomiale, e anche in stretti rapporti con la Società Freniatria, alle cui riunioni partecipava, ed in particolare collaborava con lo psichiatra Biffi. L'Azzurri aveva brillantemente trasformato una vecchia infermeria, nell'ospedale di S. Giovanni Calabita, in una moderna sala ospedaliera modello con 20 letti (la cosiddetta Sala Amici). Egli preparò, su incarico della Commissione Ospedaliera, un progetto di riforma dell'ospedale di Santo Spirito, che prevedeva la costruzione di nuove sale e delle cliniche medica e chirurgica, e progettò il nuovo ospedale psichiatrico alla Lungara secondo quel modello "a villaggio", ispirato all'esperienza di Gehel, che fu poi ripreso a S. Onofrio.

L'amministrazione del manicomio passò, nel 1891, al deputato professor M. Panizza (10), che dopo lo scioglimento della Commissione, in qualità di R. Commissario, provvide alla cessione del manicomio alla Provincia, dal primo luglio del 1893. Non si trattò comunque di una chiara attribuzione di competenze istituzionali; il 16 dicembre del '94 infatti, un ulteriore RD specifico che il manicomio manteneva comunque la propria personalità giuridica, con rendite, bilanci, statuto e ordinamenti propri: rimaneva quindi Opera Pia. La sua amministrazione fu affidata a una Commissione composta da cinque consiglieri e da due deputati provinciali, il cui Deputato Delegato era l'on. conte Cencelli. Si dovette a lui, e al suo Segretario Capo, P. Ruspanti, se "Il Manicomio poté in passato superare felicemente gravi difficoltà" (11)

A circa due anni di distanza, ancora un RD, in data 7 agosto 1896, attribuiva la gestione a una nuova Commissione amministrativa, che durò in carica fino al 1906.

La Commissione, incaricò proprio il segretario P. Ruspanti, di elaborare, con la consulenza del conte Cencelli, un nuovo regolamento che fu, in linea di massima approvato con deliberazione del 5 febbraio 1897. Si trattava di un regolamento "per vero dire piuttosto diffuso riproducendo esso quasi tutte le disposizioni applicate nel corso di un trentennio (sic)" (12). Si manteneva così una forte continuità con la tradizione.

Nel frattempo, nel 1899 era stato promulgato un nuovo statuto che confermava l'incerto regime di attribuzione delle competenze tra medico-direttore e amministrazione dell'istituto.

Questa mancanza di definizione, nella distribuzione dell'esercizio del potere all'interno del manicomio, è testimone della citata dinamica tra le diverse istituzioni pubbliche dello Stato unitario in formazione,

In questo contesto si inseriva, nel quadro più generale della lotta della borghesia per affermarsi e laicizzare la società italiana, quella dei medici alienisti per ottenere il riconoscimento del ruolo di intellettuali laici e scientifici, titolari di una competenza specifica e interlocutori privilegiati del potere politico. Lotta comune ai medici, e più in generale agli scienziati di tutta l'Europa, ma in condizioni assai difficili in Italia, per l'arretratezza sociale del nostro paese, per la frammentazione delle tradizioni e del quadro istituzionale, e ancor più difficile, per le ragioni accennate, in quello che era stato il dominio pontificio.

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" (13) 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 interna alla categoria, le cui origini sociali erano in gran parte legate alla proprietà fondiaria, di maturazione e affermazione delle caratteristiche della specialità e del proprio ruolo. 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 (14), 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 attri-

buivano alle Provincie 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 sulle Opere Pie e di beneficenza, del 3 marzo 1862. 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 "possiede[va] delle ottime disposizioni. Infatti secondo questa legge nessuno può [poteva] essere ammesso in Manicomio senza un decreto del Tribunale civile e correzionale, che ne autorizz[asse] *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..."(15).

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 "compromett[evano] la quiete e la sicurezza pubblica", affidando il controllo delle procedure di ricovero alle autorità amministrative, sotto controllo del magistrato (16).

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 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"(17).

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" (18), 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 concilia con la piena libertà dei cittadini"(19). 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, ordinò 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 (lo stesso Comte, del resto si era espresso chiaramente contro il materialismo), ma della pura e semplice riduzione della condizione umana al dato biologico. Questo, lungi dall'essere considerato un limite, un punto di partenza del processo di omologazione, che si svolge nella dimensione sociale e storica, 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 (20).

Si diffusero gli studi divulgativi di P. Mantegazza, sui sentimenti umani, sull'amore, sull'odio, sul piacere e sul dolore (21).

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 (22), 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 (23). Un filantropismo scientifico "positivo" che entro' 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" (24). 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 contro l'internamento, da parte del ricoverato stesso, 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)(25).

*La legge manicomiale del 1904: "Disposizioni sui manicomi e gli alienati. Custodia e cura".*

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 40000.

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 (26)

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, al presentare al Senato il suo progetto, uso' 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 Provincie.

Il Consiglio di Stato si era però già espresso a favore dell'assegnazione dell'assistenza dei malati di mente alle Provincie, 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..."(27).

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"(28).

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 esprime 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" (29).

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. Proprio 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" (30).

Purtuttavia, 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 a 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" (31).

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 Freniatria e le sue istanze non furono raccolte dal regolamento del 1905, alla cui estensione collaborarono Tamburini e Bianchi.

Alla promulgazione della legge, dopo la soddisfazione per il risultato ottenuto, subito 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" (32).

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, e questo accadeva proprio 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.

Nell'archivio del manicomio romano, si trova a tale proposito una ricca documentazione. Tra le lettere del direttore C. Bonfigli, (1905-1908) (33) e di E. Mingazzini (1913) (34), sulle ammissioni e dimissioni dei pazienti, appare il contrasto del direttore coi magistrati e ben traspare la delega ricevuta dagli psichiatri, alla difesa della società in tutte le questioni riguardanti i folli.

A proposito del ruolo del direttore, la legge del 1904 accoglieva 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 e questa 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 (35) 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'analogha 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) (36), 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.

A tale proposito a Roma, dopo il passaggio all'Amministrazione provinciale, avvenuto nel 1893, si ripropose con forza il problema di una radicale trasformazione dell'assistenza psichiatrica, incentivando la costruzione di un nuovo istituto in una diversa sede, dove avrebbe potuto espandersi convenientemente. Tali suggerimenti venivano anche da numerosi studiosi stranieri che avevano visitato il manicomio della Lungara, come Esquirol, nel 1835, e De Gerando nel 1839, che li espresse in un libro su "*La Bienfaisance publique*" stampato a Bruxelles (37).

Vi furono diversi provvedimenti a tale scopo, da parte dell'Amministrazione provinciale, come l'acquisto di 40 ettari nella suggestiva zona dei "Cessati Spiriti" (38), lungo la via Appia nuova, ma il progetto fu poi abbandonato per problemi tecnici. Nel 1904 l'attenzione fu rivolta alla località di Sant'Onofrio in campagna, a Monte Mario, e precisa-

mente alla tenuta della Lucchina, col proposito di costruire un nuovo ospedale, degno della capitale. L'ospedale della Lungara continuo' comunque a funzionare fino al 1924.

[foto: avviso di Concorso; didascalia: *L'avviso di Concorso per la costruzione del nuovo Ospedale Psichiatrico in località Sant'Onofrio, a Monte Mario*]

Il 28/6/1909 avvenne la cerimonia ufficiale, alla presenza del re, della posa della prima pietra del nuovo Ospedale psichiatrico, e, dopo una lunga fase di progettazione, i lavori furono eseguiti abbastanza velocemente e conclusi il 31/5/1911, quando fu inaugurato il nuovo "Manicomio Provinciale". Questo assunse nel 1926, essendo ormai chiuso quello della Lungara, la denominazione di "Ospedale Provinciale Santa Maria della Pietà".

La nuova istituzione fu costruita secondo il modello del "manicomio villaggio", sulla base dei presupposti teorici che avevano caratterizzato questa struttura edilizia. L'ospedale si estendeva su una superficie complessiva di ben 130 ettari, con 43 edifici, 29 padiglioni di degenza e le altre costruzioni per i vari servizi. Esso occupava un'area di 20 ettari con i padiglioni disposti secondo un asse a simmetria raggiata. Sul lato destro erano disposti i reparti maschili, a sinistra i femminili. La direzione si trovava al centro del piazzale d'ingresso. Vicino alla chiesa, i vari servizi, le cucine, la lavanderia, il laboratorio diagnostico e quello anatomopatologico.

I padiglioni erano circondati da un grande parco con molti alberi, anche pregevoli, che oggi sono alti e maestosi (39).

Il numero dei ricoverati aumentava rapidamente, si dovettero costruire presto nuovi padiglioni (il XXII) e l'ospedale si espanse sui terreni vicini per dare spazio a nuovi laboratori e officine per l'ergoterapia (40).

Nel 1947 poi, U. Cerletti e F. Bonfiglio fondarono la rivista "Il Lavoro Neuropsichiatrico" che ospitò la ricca produzione scientifica dei medici dell'ospedale, e che fu pubblicata fino agli anni ottanta (41).

Molte altre e più dettagliate notizie si potranno trovare in altri capitoli di questo volume, ad opera degli stessi che hanno lavorato nell'ospedale e vissuto da protagonisti quelle esperienze.

Accenniamo qui soltanto a quell'importante patrimonio dell'istituzione che è la Biblioteca Scientifica (42), iniziata con una donazione particolare di Pio IX, che è arrivata a raccogliere circa 20000 volumi, alcuni dei quali, rarissimi e preziosi, risalenti al 1600, oltre a 200 riviste, italiane e straniere. Attualmente se ne sta curando la riorganizzazione e modernizzazione.

Rguardo 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." (43).

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 Freniatrica, 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" (44).

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" (45).

Le critiche più dure vennero dal vicedirettore del manicomio di Reggio Emilia, P. Pezzani, 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" (46).

A prendere le difese del "no restraint" fu il Tamburini che noto' 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



rafforzo' l'immagine scientifica e ospedaliera che la neuropsichiatria assegnava ai manicomio. 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 manicomio, 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 soltire 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 manicomio 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" (47).

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 "impernata 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." (48). 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 fa[cevano] parte, danneggiando "il valore di una razza... strettamente collegato con la salute fisica e mentale e soprattutto con la vigoria del carattere" (49). 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" (50).

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. Petragliani (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 Neuripsichiatrico" 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 (51). Anche questo progetto non fu nemmeno discusso nelle sedi legislative.

Nei seguenti dieci anni, l'industrializzazione del paese giunse a compimento, si diffusero consumi nuovi e un livello di vita più confortevole. L'alfabetizzazione divenne un fenomeno di massa, grazie anche alla televisione, e anche l'istruzione secondaria e quella universitaria furono alla portata di una gran parte della popolazione; per la prima volta in Italia, alla metà degli anni '60 ci fu un grande aumento della vendita di libri. 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 (52), le prime critiche veramente "antipsichiatriche", nella cultura europea, nacquero fuori dagli ambienti psichiatrici e furono quelle di A. Breton e del movimento surrealista (53), riprese

nelle lotte dei situazionisti, che ebbero un seguito anche in Italia (54) e poi dagli studenti del maggio francese. 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, e molte altre iniziative hanno contribuito a scuotere la psichiatria dalle fondamenta (55).

La critica al concetto tradizionale di malattia mentale da parte degli psichiatri si era sviluppata dagli anni trenta. Gli studi di Sullivan sul disturbo mentale come problema interpersonale, la psicologia dei guppi (56), 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 (57), Bateson, la scuola di Palo Alto, ecc.

Tra la fine degli anni cinquanta e i primi '60 Ronald Laing e altri proponevano in GB nuove interpretazioni, 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" (58) 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 (59), e i tentativi di L. Sève di fondare sul marxismo una teoria della personalità (60). In Italia *L'istituzione negata* di Basaglia (61). Teorizzazioni e testimonianze che mettevano in discussione i diritti tradizionali della "scienza" psichiatrica e del potere psichiatrico, pur da punti di vista non tutti "contro il sistema".

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 e negli USA, 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.

Non si trattò, in realtà, di esperienze politicamente uniformi, né tutte "contro il sistema", né tutti i protagonisti accettavano l'etichetta di "antipsichiatra".

In Italia, gli sforzi di rinnovamento della psichiatria, ebbero origine dalle esperienze positive di Perugia e Gorizia, e poi Trieste, particolarmente per opera di F. 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. Questi tentativi si sono diffusi particolarmente dopo il 1968, concretizzandosi in numerose iniziative, per lo più non collegate tra di loro.

Furono anni in cui si accavallavano le riunioni, i Congressi, i progetti delle varie Società, nelle diverse sedi scientifiche e politiche, finché il 18 marzo del 1968, il Ministro della Sanità, L. Mariotti, essendo la legislatura prossima alla scadenza, riuscì a far approvare la legge 431, detta legge-stralcio, perché parte di un progetto più vasto. La legge era intitolata "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" e tendeva alla equiparazione degli ospedali psichiatrici a quelli generali in tema di organizzazione. Erano previste, nell'ospedale, 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, si confermavano inoltre i Centri di Igiene Mentale, sia autonomi che dipendenti dal direttore dell'ospedale psichiatrico, con personale proprio, medici, infermieri e assistenti sociali.

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, ma si faceva eccezione per i casi di ricovero volontario, o divenuto secondariamente tale.

La posizione dei pazienti poteva così essere cambiata radicalmente.

La legge stabiliva il concorso dello Stato nelle spese per il personale, con quote da aumentare progressivamente fino al 1971, e che si mantenevano per gli anni successivi. Vi erano menzionati anche contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie e le costruzioni ospedaliere psichiatriche.

Nel 1968 un intervento della Corte Costituzionale stabilì che la Polizia dovesse denunciare il ricovero di urgenza entro e non oltre le 48 ore, secondo l'articolo 13 della Costituzione italiana.

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, nelle nuove condizioni sociali, maturate dalla metà degli anni '60, il movimento degli studenti e gli operai, con le loro organizzazioni, rivendicavano protagonismo e soggettività nel raggiungimento del benessere, il diritto alla salute, alla gestione sociale della scuola, della sanità e dei servizi (62).

La attuazione della legge 431 fu assai parziale e limitata; si arrivò così senza reali cambiamenti normativi, nell'atmosfera di lotte e forti contrasti degli anni settanta, al 1978. 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" (63).

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 del dicembre dello stesso anno, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

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

Decreta il superamento degli ospedali psichiatrici;

Abroga la legge del 1904 e il regolamento del 1909;

Inserisce il malato di mente e l'operatore psichiatrico nel pieno contesto della medicina generale, in unità intra ed extra-ospedaliere;

Fissa le regole per il ricovero obbligatorio, con la possibilità che sia il paziente che i parenti possano chiedere la revoca del provvedimento

Prevede l'istituzione dei servizi di Diagnosi e Cura negli ospedali generali con un numero di letti non superiore a 15;

Il territorio viene riconosciuto come sede dell'intervento terapeutico e riabilitativo del malato mentale;

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, anche a Roma, 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 modificassero 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, a volte progetti più avanzati per superarla.

La legge 180 fu inizialmente poco applicata, le difficoltà erano effettivamente molte, e contro di essa agivano forti interessi consolidati. Bisogna però anche rilevare che alcune realtà manicomiali avevano già avviato, nel frattempo, una trasformazione della condizione manicomiale segregativa, con un lavoro lungo e difficile che ha poi permesso loro di superare le difficoltà incontrate.

Il Ministero della Sanità emanò nel 1984 un "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 del 23 dicembre 1994 disponeva la chiusura dei rimanenti ospedali psichiatrici entro il dicembre del 1996, termine poi prorogato al 31 gennaio del '97, e, successivamente al 31 dicembre del '98.

### *I regolamenti interni del Santa Maria della Pietà e le norme per l'internamento*

Prendiamo di seguito in considerazione i regolamenti interni dell'ospedale, perché questi ci informano con chiarezza sul concreto funzionamento della istituzione; sulla organizzazione della vita concreta del personale e degli internati.

La normativa interna esprime e riproduce, nel regolarli e disporli, i rapporti tra le varie figure che hanno esercitato funzioni e potere nell'ospedale: medici e amministratori, infermieri, religiosi e altri. Questi rapporti rispecchiano, attraverso le forme di un paternalismo autoritario e severo, le condizioni sociali, culturali e scientifiche, che si sono succedute nella società italiana, e romana in particolare, durante la lunga vita del manicomio.

I primi ordinamenti furono gli Statuti del Blado, del 1563 e le Regole Barberiniana del 1635, di cui si parla nel secondo volume .

Quest'ultime poi continuarono a lungo a organizzare la vita del manicomio, secondo un criterio decisamente rigido e correttivo, con netta prevalenza degli aspetti più francamente punitivi.

Si ha notizia di un nuovo regolamento nel 1826, a seguito di un "motu proprio" di Leone XIII. A tale proposito notiamo come le raccomandazioni del Visitatore affinché si restituisse ai folli "la quiete e serenità" si accompagnassero alla indicazione di rimedi per riportarli al senno quali: "la solitudine", "l'angustia del sito", "la nudità", "la diminuzione del cibo e corporali castighi". Si insisteva ancora, nel 1826, sull'importanza della punizione come motivo fondamentale e strumento essenziale di recupero.

Durante il periodo dell'occupazione francese peraltro, la Consulta straordinaria per gli Stati Romani, con decreto del 6 gennaio 1810, aveva deliberato una serie di provvedimenti che regolavano le ammissioni e le dimissioni. Nel 1812 era stato nominato medico-primario del manicomio il dottor Alessandro Flaiani, figlio del celeberrimo chirurgo, e questi aveva cominciato a introdurre dei criteri scientifici e medici di cura degli internati. Aveva introdotto un registro che conteneva i dati anagrafici e l'evoluzione della malattia. Con la restaurazione, allontanato il Flaiani, una nuova Commissione Ospedaliera non si oppose chiaramente alle sue iniziative innovative, ma fu la stessa prassi secolare del funzionamento dell'istituto, assieme a un periodo di disinteresse e conseguente degrado, a rendere indispensabile il citato intervento del 1826. Le mutate condizioni culturali e gli echi della lotta che gli alienisti conducevano, indussero le autorità pontificie a promulgare, il 5 aprile del 1827, il "Regolamento sulle attribuzioni ed obblighi del medico primario e dell'assistente dell'ospedale dei pazzi". Questo stabiliva la loro residenza nell'istituto e fissava i loro compiti nel visitare quotidianamente tutti i dementi, in quanto tali (e non come fino a allora, escluso il periodo di Flaiani, in quanto affetti da altre patologie), e nel redigere un registro su cui segnare l'evoluzione della malattia. I successivi interventi delle nuove Commissioni cercarono di regolare e migliorare le condizioni igieniche, sempre estremamente precarie, e introdussero una sempre più larga presenza e attività dei medici.

Il lavoro svolto dal Presidente della Commissione, il cardinale Morichini, preparò il "motu proprio" di Pio X del 25 agosto del 1850, che rifondava l'assistenza a Roma. In questo si riconosceva l'autorità dei medici dell'ospedale dei pazzi e il significato di questo come luogo di cura; si chiamava alla sua direzione un medico, il dottor Giovanni Gualandi, che sarebbe stato aiutato da un gruppo di medici, da nove infermieri e nove infermiere. L'unificazione di tutti gli ospedali di Roma sotto un'unica direzione ebbe però l'effetto di far diminuire l'interesse dell'amministrazione nei confronti del manicomio, trascurandone la specificità e diminuendo gli interventi.

Il Gualandi, nel 1851, introdusse al Santa Maria della Pietà le prime cartelle cliniche e dei veri registri statistici e nosologici, i fogli dei movimenti giornalieri e alcuni strumenti medici. Piuttosto indipendente, egli entrò in conflitto con la amministrazione ecclesiastica, dimostrando "passività e opposizione" alle disposizioni del Visitatore, mons. Domenico Giraud, e rifiutando di mettere in atto la classificazione dei dementi nelle categorie stabilite, per questi motivi fu licenziato nello stesso anno.

Venne chiamato al suo posto il medico personale di Pio IX, il prof. Benedetto Viale Prelà, che non era un alienista, e i collaboratori di Gualandi furono allontanati, comprese le Suore di Carità, che furono sostituite dalle Suore di San Carlo di Nancy, con funzioni di sorveglianza nel guardaroba, lavanderia e cucina. Ad esse furono aggiunti i Fratelli della Congregazione di Nostra Signora della Misericordia di Moliney, per gli internati uomini.

Nel 1858 un nuovo regolamento interno stabiliva con chiarezza le competenze del direttore. Queste comprendevano l'assistenza sanitaria, il buon andamento disciplinare dell'istituto, le dimissioni dei pazienti e la scelta dei metodi di cura. Lo stesso regolamento peraltro vietava al direttore qualsiasi rapporto diretto con le autorità governative, giudiziarie e amministrative, dovendo per tutto ciò dipendere direttamente dal deputato delegato, suo superiore immediato. A questi il direttore doveva inviare un rapporto quotidiano sull'andamento dell'istituto.

Il 20 aprile 1870, pochi mesi prima di porta Pia, venne emanato uno "Statuto e Regolamento per il manicomio SMP di Roma", che era stato preparato da mons. A.M. Ricci, Commendatore di S.Spirito. Questo confermava ancora la subordinazione del potere medico a quello amministrativo: una Commissione controllava il lavoro del medico direttore e dei suoi collaboratori.

Dopo il novembre del 1870, l'ospedale assunse lo statuto di Opera Pia, secondo la citata legge 3/8/1862, estesa al territorio romano con RD. 1/12/1870 n°6070.

Nell'aprile del 1875 fu deliberato un nuovo regolamento interno con la disciplina dei servizi.

IL 7/2/1891 il deputato delegato all'amministrazione del SMP, M. Panizza, stabiliva ancora un nuovo regolamento interno. Con questo il controllo del manicomio veniva assunto dal deputato delegato dall'Amministrazione provinciale, in aperta contrapposizione alle funzioni del direttore. Gli scontri tra le due figure in aperto conflitto si aggravarono. La Commissione venne sciolta poco dopo e, dal 1893, l'amministrazione del manicomio, che pure mantenne lo statuto di Opera Pia, e quella del befofotio, passarono direttamente alla Provincia; peraltro continuarono i contrasti, specialmente di natura finanziaria.

Il 7 agosto del 1896, la gestione del SMP fu affidata, tramite RD., a una Commissione amministratrice, composta da 7 membri, due dei quali della Deputazione e cinque del Consiglio permanente. Un ulteriore statuto del manicomio, del 1899 confermo' la composizione della Commissione e la diarchia tra direttore sanitario e amministrazione. Il direttore rimase a capo del servizio sanitario, responsabile della custodia e cura degli internati, ma rispondeva all'amministrazione per la conduzione dell'istituto.

Il conflitto, lungo ed a volte esasperato, tra amministrazione e direzione sanitaria non fu un fatto isolato della situazione romana, sebbene ne abbia assunto le particolarità, e fu per molti anni un aspetto costitutivo della vita dell'istituzione e dei suoi rapporti interni, fino a sfociare, nel 1899 nell'apertura di un'inchiesta prefettizia su tale "dualismo". Questa mise in evidenza che invece di un accordo, tra i due uffici esisteva "un'aperta discordanza"

Non abbiamo trovato ulteriori regolamenti o simili disposizioni fino a quelle relative alla applicazione dei disposti della legge del 1904, e del relativo regolamento d'attuazione, dapprima provvisorio, del 1907, e poi definitivo, del 1909.

Nello studio della storia dell'istituzione rimane ancora da considerare la storia delle regole preposte all'internamento.

Era quello il momento speciale e spesso cruciale della vita dei ricoverati, quello del passaggio, a volte definitivo, dalla vita comune agli spazi e ai tempi della segregazione, della custodia e della correzione, quando non della punizione, assai più spesso che



della cura. Alla pari dei regolamenti, le dinamiche d'internamento esprimevano i contenuti dei rapporti sociali, nella forma cruda e drammatica che le circostanze imponevano.

Le istituzioni manicomiali, costruite dal nuovo o riadattando precedenti strutture conventuali, si erano originariamente organizzate attorno a un paradigma morale-correttivo, improntato a un atteggiamento genericamente caritatevole. Con l'affermazione del processo di medicalizzazione della follia, l'affermarsi della borghesia come classe dirigente, e dei medici alienisti, suoi rappresentanti, come intellettuali scientifici, indirizzarono il manicomio verso un modello più scientifico e razionale. Si affermò, sia pure con lentezza, la concessione di una serie di "diritti universali" e, con essi, la necessità di volgersi agli alienati con intenti terapeutici.

Un'interessante storia di queste pratiche si trova in una recente pubblicazione di V. Fiorino, che ha compiuto una gran parte di queste sue ricerche nello archivio del Santa Maria della Pietà (64). In accordo alle finalità dichiarate per l'asilo dei pazzi, si usavano inizialmente procedure analoghe a quelle per il ricovero in tutte le altre istituzioni assistenziali o correzionali. Il ricovero aveva una "prassi amministrativa e di governo molto più attente alla protezione dei sudditi che non alle ragioni della efficienza e funzionalità" (65) nella cura degli internati. secondo lo Statuto del SMP, per le ammissioni era necessario "un certificato della Direzione Generale di Polizia (o, dopo il 1870, della Questura) o di un'altra autorità di Pubblica Sicurezza (in genere il Sindaco), un certificato medico, infine un certificato di un medico fiscale, operante presso il Carcere Giudiziario, che rappresentava un filtro nei confronti dei ricoveri in manicomio.

Nella pratiche d'internamento erano spesso protagoniste le famiglie e le istituzioni che le consigliavano, sia laiche che ecclesiastiche (ospedali, conservatori, istituti religiosi, parroci), specie per i sacerdoti, con una procedura abbreviata e un accordo tra i diversi vertici e il clero.

Anche per le dimissioni, "nonostante il medico-direttore dovesse firmare il foglio delle dimissioni dei pazienti, la responsabilità rientrava tra le competenze ecclesiastiche" (66).

In queste pratiche si cominciarono a intravedere, attorno al 1870, le prime divergenze tra i medici, più disponibili alle richieste delle famiglie, e il responsabile ecclesiastico, che invece considerava il manicomio un luogo che poteva sostituire le famiglie, con funzioni essenzialmente di custodia. In questo periodo le motivazioni per il ricovero erano ancora vicine alla sfera del peccato, alla perversità, alla possessione (come risulterebbe dai certificati). Il manicomio era quindi concepito come il luogo per la custodia e la cura dei "malati di mente", e di conseguenza diretto da un medico, rimanendo però un "nodo delle istituzioni attraverso cui lo Stato [pontificio] realizzava il suo metodo di governo" (67). Nella seconda metà dell'ottocento, i medici alienisti, il cui peso e potere stavano crescendo, divennero, assieme ai medici generici e condotti, i maggiori responsabili della diffusione della pratica dell'internamento in manicomio. Si faceva largo in quegli anni un nuovo concetto della follia e della sua cura, che influì sulle dinamiche dell'ospedalizzazione. La legge Sanitaria del 22-12-1888 facilitò l'intervento pubblico attraverso i prefetti, i giudici e l'ufficiale sanitario, il medico provinciale e il medico condotto. C'erano allora anche numerosi attestati della possibile validità della cura domiciliare, nella cui prospettiva veniva poi chiesto il ricovero. Dopo gli anni ottanta queste possibilità non vennero più recepite e i certificati si avvicinarono sempre più a degli attestati burocratici. Gli psichiatri svolgevano la loro preparazione professionale all'in-

terno dei manicomi, divenuti sedi di insegnamento universitario e si rendeva ormai indispensabile una regolamentazione legislativa complessiva di una materia assai complessa e articolata. La battaglia, come detto, durò circa trent'anni e culminò con la legge manicomiale del 1904. Questa affidava ai direttori l'intera responsabilità dei manicomi e toglieva agli internati la responsabilità e libertà dei propri atti, avendo come finalità prioritaria, dichiarata fin dal titolo, quella della custodia, prima della cura. La gestione della malattia mentale rimaneva comunque nell'ambito dell'ordine pubblico. Era previsto un intervento della magistratura a tutela dei pazienti, ma questo si dimostrò poco efficace, perché attraverso la procedura d'urgenza, che peraltro tendeva a essere la norma, la presunta tutela si riduceva alla semplice notifica del ricovero già avvenuto senza autorizzazione del Pretore (come già denunciato da C. Bonfigli nel 1905 e da Mingazzini nel 1913) (68). addirittura l'atto di notorietà era spesso redatto dagli stessi infermieri degli ospedali generali. Il magistrato, che per legge doveva svolgere un ruolo di garanzia della libertà individuale, finiva per ratificare le scelte dei medici senza controllarle, e questo avveniva anche nelle procedure d'interdizione.

Cfr. A. Iaria, C. Tulelli, A. Iafrancesco, *"Gli statuti di Antonio Blado e le Regole et ordini per il buon governo della chiesa et hospitali"*, ed in particolare, A. Iaria, *"Introduzione"* in *L'Ospedale dei pazzi di Roma, dai papi al '900*, Dedalo, Bari, 1994.

Cfr. F. Engels, prefazione dell'edizione inglese del 1892 a: *L'evoluzione del socialismo dall'utopia alla scienza*. tr. it. II° ed. Editori Riuniti, Roma, 1971, pag. 47

Cfr. F. Giacanelli; G. Campoli, *"La costituzione positivista della psichiatria italiana"*, in *"Psicoterapia e scienze umane"* n. 3

Al momento dell'unità, nel 1861, l'Italia senza il Lazio e le tre Venezie, contava 22 milioni di abitanti. La media generale dell'analfabetismo era dell'80% (50% in Piemonte, Lombardia e Liguria). Gli studenti universitari erano 6500. Il 70% della popolazione era dedicato all'agricoltura; l'industria contribuiva per il 20% al reddito nazionale e assorbiva il 18% della popolazione attiva... L'Ansaldo di Genova era tra i maggiori complessi metalmeccanici con oltre mille operai. La rete ferroviaria era di circadue mila chilometri, di cui 900 in Piemonte, 500 nel Lombardo-Veneto e 250 in Toscana. - dati tratti da I. Montanelli: *Storia d'Italia*. vol. 32. Fabbri, Milano, 1994.

vedi *supra*, nota 4. Le condizioni di vita nelle campagne erano veramente dure e rese precarie dalle malattie, dalle carestie e dal brigantaggio diffuso. Nel 1868, il ministro Cambrey-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. - dati tratti da I. Montanelli, op. cit.

Si tratta delle sue annotazioni in *Rome, Naples et Florence*. Parigi 1987 e in *Passeggiate romane*, Roma, 1990. Sugli anacronismi di Roma nell'età dei lumi, vedi più estesamente L. Del Pistoia, C.E. Simonetto, *"Note su sragione e razionalità tra sette ed ottocento a Roma. Il periodo francese"*, in *L'Ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, vol. II, op. cit. Come ricorda la stessa pagina di Engels cfr. nota 2, e riferendosi alla chiesa cattolica: "Essa aveva modellato la sua gerarchia su quella della feudalità, e infine era essa stessa diventata il più potente di tutti i signori feudali, perché almeno un terzo di tutti i possedimenti fondiari del mondo cattolico le apparteneva".

il 20 settembre 1870, i bersaglieri entrarono in Roma, il 2 ottobre dello stesso anno ebbe luogo il plebiscito che sancì l'unione della città al Regno d'Italia.

Egli "Amplio" la residenza dell'Istituto, comperando nuove aree limitrofe alle ville sul Gianicolo; dotando tutti gli edifici di una maggior quantità d'acqua, facendo cingere di mura i confini delle ville ed affrancando dai carrocci; ordinando la costruzione di nuovi fabbricati; e dando vigoroso impulso al Pensionario. Nel 1884 pubblico' un esteso Resoconto, dal quale si desume come ai bisogni del Manicomio provvedessero in massima parte, le industrie interne, allora più rigogliose di adesso", come si legge nel *Rapporto del Commissario sottoscritto D. Besso sulla ispezione al manicomio di Roma*. Copia manoscritta, Roma 30 maggio 1898, ASM.

Sulla figura dell'architetto F. Azzurri cfr, in questo stesso volume: F. Fedeli Bernardini, "*La Deputazione e i Manicomi Provinciali*"; cfr. anche: A. Scotti, "*Malati e strutture ospedaliere dall'età dei lumi all'unità*", in *Storia d'Italia. Annali*, vol VII, op. cit. pag. 280; e G. F. Spagnesi, *L'architettura a Roma al tempo di Pio IX*, Roma, 1978.

"Il Deputato professor Mario Panizza, che gli succedette nel 1891, continuò l'opera benefica, fornendo il Manicomio di una nuova cucina, di una Lavanderia a vapore ed edificando l'Asilo dove possono ricoverarsi 200 ammalati circa", *Rapporto del Commissario sottoscritto D. Besso*. op. cit. M. Panizza condusse poi un'inchiesta sulle condizioni igieniche dei contadini italiani, *Risultati dell'inchiesta istituita da A. Bertani sulle condizioni sanitarie dei lavoratori della terra in Italia*, Roma, 1890.

idem.

ibid.

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.

G. Gualandi, *lettera a G.S. Bonacossa*. in "Archivio italiano per le malattie Nervose e le Alienazioni mentali". 1864, pag. 381.

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.

F. Stok, *La formazione della psichiatria*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1981, p. 107.

C. Castiglioni, *Su le riforme legislative desiderabili per i pazzi (lettera a Giovanni Gualandi)*. in "Archivio italiano..." II, 1865, vedi nota 14.

*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.

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.

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

P. Mantegazza, *Fisiologia dell'amore*, 1873, *Fisiologia del dolore*, 1888, *Fisiologia dell'odio*, 1889, *Fisiologia della donna*, 1893, ecc

I. A. Herzen, *Fisiologia del sistema nervoso*, Firenze 1867.

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.

A. Tamburini, "*La psichiatria come scienza sociale e come funzione di stato*", in "Rivista Sperimentale di Freniatria", XXXVI, 1910.

Cfr. "*Elenco dei membri della società Freniatria*", in "Archivio italiano..." 1878, vedi noa 14.

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.

Cfr. *Atti Parlamentari: Camera-Discussioni*, tornata del 10 febbraio 1904, cfr. F. Stok, *La formazione della psichiatria*, op. cit.

idem

Legge n° 36 del 14 febbraio 1904, "*Disposizioni sui manicomi e gli alienati. Custodia e cura degli alienati*" art.1

Cfr. E. Tanzi, *Trattato delle malattie mentali*, Milano 1905.

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.

Cfr. "Rivista sperimentale di freniatria" XXXV, 1909, pag. 8 cfr. F. Stok, op. cit.

cfr. corrispondenza di Bonfigli, ASM, Archivio della Direzione Sanitaria, E, pgg. 397 sgg.

Cfr. corrispondenza di Mingazzini, ASM, Archivio della Direzione Sanitaria, E, pgg. 399 sgg.

Cfr. RD n° 615 che approva l'annesso *Regolamento per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904 n° 36* (Gazzetta uff. 16 sett. 1909).

- 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".
- Cfr. De Gerando, *La bienfaisance publique*, Bruxelles 1839
- Cfr. U. De Giacomo, "*Storia dell'Ospedale Santa Maria della Pietà dal 1548 al 1963*", "IL Lavoro Neuropsichiatrico" XXXIX, anno XX° fasc. III, p.524
- Ivi, p. 528
- Ivi,
- Per la storia della rivista cfr. F. Iggio, "*La rivista "Il Lavoro Neuropsichiatrico"*" in quest'opera, vol. III biblioteca
- A. Tambroni, in "Rivista sperimentale di freniatria" XXVI, 1902, cfr. F. Stok, op. cit. pag. 137
- Cfr. F. Stok, op. cit. pag. 138
- Cfr. "Rivista sperimentale di freniatria" XXXIV, 1908 cfr. F. Stok, op. cit. pag. 139
- ivi
- ivi, p. 143
- 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
- ivi
- Cfr. "Riv. Sper. Fren", 1908, p. 310
- 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
- Cfr. G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1975 p.58
- 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
- Sul movimento situazionista cfr. M. Bandini, *L'estetico e il politico. Da Cobra all'internazionale situazionista 1948/1957*, Officina Edizioni, Roma, 1977
- Cfr. G. Jervis, op. cit. p. 58
- ivi
- Cfr. G. Politzer, *Critique des fondements de la psychologie*, tr. it. *Freud e Bergson*, La Nuova Italia, Firenze 1970.
- Cfr. Th. Szasz, *Il mito della malattia mentale*, Feltrinelli, Milano 1972
- Cfr. G. Deleuze, F. Guattari, *L'Anti-oedipe. Capitalisme et schizophrénie*, Les Éditions de Minuit, Paris 1972
- Cfr. L. Sève, *Marxisme et théorie de la personnalité*, Éditions sociales, Paris 1969, tr. it. 2da, Einaudi, Torino 1973
- Cfr. F. Basaglia, *l'istituzione negata*, Einaudi, Torino, 1967, cfr. anche F. Basaglia, *Scritti*, 2 voll. Einaudi, Torino 1981-82
- Quello che poi un anglicismo edulcorato, ha raccolto sotto la voce "welfare", spacciandolo per una conquista "liberal".
- Cfr. E. Goffmann, *Asylum*, tr. it. a cura di F. Basaglia, Einaudi, Torino, 1968
- Cfr V. Fiorino, *Matti, indemoniati e vagabondi. Dinamiche d'internamento manicomiale tra otto e novecento*, Marsilio, Venezia, 2002
- ivi, p.
- ivi, p.
- ivi, p.