

La psichiatria italiana e il suo assetto istituzionale: una lunga metamorfosi.

Ferruccio Giacanelli

1. L'avvento del secolo XX fu salutato con entusiasmo dagli alienisti convenuti ad Ancona per l'XI congresso della Società freniatrica italiana. Il lungo discorso inaugurale del presidente della Società stessa, Augusto Tamburini, dal titolo *Le conquiste della Psichiatria nel secolo XIX e il suo avvenire nel secolo XX* ebbe toni di fiduciosa speranza e anzi di roseo ottimismo. Se al bilancio positivo del secolo appena chiuso andava ascritta, «fra le immense e gloriose sue conquiste, anche quella d'aver costituito a scienza la Psichiatria e d'aver compiuto i più grandi progressi nel trattamento umanitario dei pazzi», e se «nel tempo stesso che la Psichiatria scientifica compieva sì rapidi e immensi progressi, irradiava essa stessa la luce più viva in altri campi d'attività del pensiero umano» - Tamburini citava tra le scienze cui la psichiatria «apriva nuove vie e altre ne creava o rinnovava», la psicologia e la storia universale, la letteratura e le arti, le «scienze penali» e la pedagogia - era pur vero che non solo per «spirito umanitario» era stato necessario provvedere con «degni ricoveri alla custodia e alla cura degli orfani dalla ragione», bensì per «l'aumento spaventoso del numero dei pazzi». E questo aumento

«...ha le sue cause principali nella vita agitata della moderna Società, nei malesseri e aspirazioni e lotte e disinganni e decadimenti economici, e, nell'azione deleteria delle infezioni e delle intossicazioni, soprattutto dell'alcoolismo, e nella dilagante influenza dell'eredità».

Ma Tamburini non ha dubbi che con il progresso della ricerca scientifica e dell'organizzazione dei luoghi di ricovero in forma di «ospizi speciali per gli epilettici, gli alcoolisti, i pellagrosi, i deficienti [...e] di Ricoveri, Colonie agricole e case di lavoro e Patronati familiari», «i Manicomi come sono attualmente andranno perfino a scomparire» per trasformarsi in «Istituti d'osservazione e di cura per casi acuti» e «Istituti scientifici per l'insegnamento clinico della Psichiatria». Nobilmente, Tamburini prevede che

«la cura individuale assidua e la terapia scientifica dei morbi mentali [...] e l'applicazione generale del *no restraint* e della clinoterapia, e la pratica delle dimissioni precoci per agevolare il recupero della ragione, scemeranno le degenerazioni in demenze inguaribili».

Tutto ciò non può che avere uno sbocco radioso:

«Ma un altro fatto più grande e meraviglioso abbiam ragione di ritenere sarà destinato a vedere il secolo che sorge, e sarà il diminuire della pazzia. Se il secolo XIX vide con terrore il minaccioso e torrenziale aumento progressivo dei pazzi, il secolo nuovo assisterà allo svolgersi della parabola opposta».

Questo «fatto grande e meraviglioso» sarebbe stato il risultato dell'azione congiunta delle nuove possibilità di «cura razionale della pazzia» e di profilassi medica e pedagogica, da un lato, e dall'altro di una profonda «trasformazione sociale» cui si sarebbe andati incontro

«non per forza di sommovimenti e rivoluzioni, ma per spontanea e ineluttabile legge di evoluzione [...] e che sarà attuata non già coll'odio e il livore e le lotte brutali, nè colla cieca violenza, ma da quell'intelletto d'amore illuminato dal sapere, e da quello spirito di fratellanza che tutti ci scalda e avviva, col miglioramento del benessere generale, coll'innalzamento

intellettuale e morale degli umili, colla cessazione degli odi e delle lotte fra le classi sociali, e degli astii e dei conflitti fra le varie Nazioni [...]».

Progresso indiscutibile della scienza e prospettive di palingenesi morale e sociale disegnavano dunque l'orizzonte che Augusto Tamburini preconizzava per la psichiatria italiana del secolo XX. Il futuro lo avrebbe rapidamente smentito e, se si vuole, già nel prosieguo dei lavori di quel congresso del 1901, dedicato alla riflessione sullo «stato dell'arte» al chiudersi del secolo precedente. Fu presentata, infatti, un'unica lunga relazione dal titolo *I progressi della Neuropatologia, della Psichiatria e della Tecnica manicomiale*. Nella prima parte, Giuseppe Seppilli trattò una serie nutrita di questioni di ordine squisitamente neurologico; nella seconda, Ruggero Tambroni parlò di pochi problemi di terapia (la «sieroterapia nelle malattie mentali» e la cura dell'epilessia) e, più diffusamente, di «tecnica manicomiale», e cioè di «clinoterapia delle malattie mentali», di *open-door* e di *No restraint*. Contraddisse, Tambroni, le ottimistiche visioni di Tamburini. Affermò che l'*open-door* «vero e proprio, sistema scozzese», al momento non era adottato in nessun manicomio italiano né sembrava adottabile per ragioni etniche:

«[...] se l'*open-door*, applicato in Germania e in Inghilterra, le cui popolazioni posseggono carattere freddo e riflessivo e istruzione. ha dato dei buoni risultati, da noi non potrebbe, almeno nel periodo attuale, quelle condizioni che ne assicurino la riuscita».

Quanto alla pratica del *No restraint* Tambroni fu altrettanto esplicito: per lui esso assume «la semplice importanza di un metodo come un'altro per curare [...] il pazzo agitato e impulsivo» e la camicia di forza («la camicia») «ormai per generale consenso offre tutte le garanzie, oltre che della sicurezza, della umanità e del decoro». Nella breve discussione che seguì alla relazione del Tambroni, Augusto Tamburini difese nuovamente il *no-restraint* come «ideale da raggiungere» e citò gli ottimi risultati ottenuti nel reparto «osservazione» del manicomio di Reggio Emilia dove lo aveva introdotto 14 anni prima, e buon giuoco contro le argomentazioni «etiche» ebbe Paolo Amaldi, direttore del Manicomio di Mendrisio, sostenitore del *no-restraint*, ricordando che la popolazione del Cantone Ticino è «etnograficamente italiana, d'indole vivace e all'occorrenza anche riottosa quant'altra delle vicine regioni, Lombardia, Piemonte ecc.». Il tema sarebbe stato ripreso nel successivo XII congresso della Società freniatria, tenutosi a Genova nel 1904, con una relazione di Ernesto Belmondo, che non lesinò critiche a Tambroni e agli altri sostenitori dell'impossibilità del *no-restraint* nei manicomi italiani, e concluse:

«Tutti i mezzi di *contenzione meccanica* dell'alienato sono condannevoli in ogni caso e da escludere nella pratica manicomiale. Essi possono - e quindi devono - essere sostituiti dalla sorveglianza continuata di un personale idoneo ed in numero sufficiente, e dall'impiego di opportuni calmanti [...]».

Al termine di un dibattito sostenuto dallo scontro aperto fra i sostenitori e i (pochi) difensori del *no-restraint* viene approvato un ordine del giorno con il quale il Congresso «deplora» che in molti Manicomi sia ancora usata la contenzione meccanica «per necessità di ambiente o di personale di servizio» e impegna i membri della Società freniatria a sollecitare le rispettive Amministrazioni a predisporre i provvedimenti necessari per abolirla, auspicando che

«[...]con la] diminuzione dell'affollamento dei Manicomi, coll'aumento di numero dei Medici e degli Infermieri, colla elevazione intellettuale e morale di questi ultimi, con una

migliore disposizione e ripartizione dei locali, e colla istituzione delle Sezioni di sorveglianza, si attuò anche in Italia, come ormai nella maggior parte delle altre Nazioni, l'abolizione dei mezzi di coercizione per gli alienati».

2. Le carenze addotte in quella occasione come causa di impedimento alla diffusione della pratica del trattamento non coercitivo dei malati mentali rimarranno il filo conduttore delle rivendicazioni degli psichiatri italiani per buona parte del Novecento. Il tema del *no-restraint* e dell'*open door system*, invece, è destinato a sfumare ben presto dalle loro preoccupazioni né, comunque, verrà più affrontato in modo così esplicito come all'inizio del secolo. Ma l'esigenza di disporre di organici adeguati ad un servizio sempre più impegnativo e di personale subalterno bene addestrato, la richiesta di soluzioni edilizie che consentissero una sistemazione diversificata degli internati a seconda delle esigenze di «sorveglianza» e, naturalmente, la definizione di un rapporto fra medici e amministrazioni - specialmente quelle provinciali - tale da consentire ai primi di far valere la propria autorevolezza di «tecnici» di fronte al potere e alle argomentazioni di ordine economico delle seconde, rimarranno a lungo aspirazioni continuamente ribadite e largamente insoddisfatte. Lo stesso può dirsi dei rapporti con la sfera del potere giudiziario, rispetto al quale gli psichiatri si sentivano subordinati e sottoposti a un controllo che sembrava spesso invalidare la loro figura di «tecnici» esperti dei problemi dell'alienazione mentale. Le aspirazioni degli psichiatri trovano espressione nei dibattiti, nelle richieste, nelle polemiche volte ad ottenere la modificazione dell'assetto istituzionale della psichiatria pubblica italiana che rimarranno costantemente inascoltate sino alla seconda metà del XX secolo. È appena il caso di precisare che le stesse aspirazioni, e le motivazioni dei rapporti controversi e spesso conflittuali con il potere politico e amministrativo, si legano a una specifica *cultura* professionale, cioè ad una concezione peculiare della «follia» e ad una coerente visione del mandato storico (sociale) della psichiatria. Nei limiti di questo capitolo non verrà affrontato, se non per brevi cenni di volta in volta necessari, il problema dell'evoluzione della cultura che ha caratterizzato la psichiatria italiana nell'arco del Novecento, né quello del «transito» attraverso il ventennio fascista. Ciò che in questa sede ci interessa mettere a fuoco sono alcune fasi della vicenda, non breve e non facile, che la psichiatria italiana dovette affrontare per giungere alle soglie del radicale «rivolgimento» istituzionale del 1978.

3. La psichiatria italiana che si affaccia sul secolo XX è ormai una entità irrobustita e ben riconoscibile nella rete delle istituzioni sociali del giovane stato unitario. Ha il suo fulcro nei manicomi e nei presidi analoghi presenti ormai su gran parte del territorio nazionale; fa parte degli insegnamenti universitari delle facoltà di medicina; conta un numero notevole di medici «esperti» di questa nuova specialità che condividono un paradigma somatologico neurologistico; dialoga da pari a pari - apparentemente - con le altre arti sanitarie da un lato e con il potere giudiziario e la sfera del diritto dall'altro. Pure, qualcosa manca perché possa considerarsi veramente completo l'assetto istituzionale della psichiatria italiana, cioè una *legge* specifica che la definisca sul piano formale e ne sancisca il definitivo consolidamento. Non è certo un caso che quella di una legge cui «affidare» con tutta sicurezza la propria attività compare fra le prime richieste che gli psichiatri italiani rivolgono al potere politico. Consapevoli di svolgere una funzione pubblica delicatissima muovendosi in un'area problematica nella quale sono in gioco e spesso confliggono principi etici e giudizi di malattia, diritti della persona ed equilibri familiari-sociali; consapevoli altresì di essere titolari d'una specialità medica nuova che è ancora ben lontana dal possedere forme e strumenti di

conoscenza/intervento come quelli dell'«altra» medicina; gli psichiatri invocano una *legge* fin dal primo loro presentarsi sulla scena sociale come nuova «categoria» professionale. Limitiamoci qui a ricordare le prime voci isolate, come Domenico Gualandi che nel 1848, nel propugnare la creazione di un'associazione degli psichiatri italiani, poneva al primo punto del programma del Congresso che ipotizzava avrebbe dovuto tenersi a Bologna l'anno seguente per affrontare i temi considerati di «redazione pronta e urgente»:

«1°. compilare una legge per gli alienati, sia rispetto alla tutela, e al trattamento migliore dei medesimi, sia rispetto ai loro diritti sociali, e al grado di colpeabilità delle azioni da loro commesse;

«2°. studiare il modo più adatto perché tal legge sia proposta alle rispettive rappresentanze di tutti i governi italiani al tempo stesso, e sanzionata ed inserita nei codici in attività»;

e Andrea Verga, che nel 1852 ne riprese pressoché integralmente la formulazione nella *Prefazione all'Appendice Psichiatrica della Gazzetta Medica italiana - Lombardia* e poi nel 1864, a unificazione politica avvenuta, scriveva che «Dappertutto si insiste e si fa forza al Governo perché egli addivenga finalmente ad una legge protettrice degli alienati». La richiesta d'una legge del genere comparirà poi in quella che prepara già, in embrione, la futura Società freniatria: la «sezione medica» del X Congresso degli scienziati italiani, tenutosi a Siena nel 1862, «plaudendo al voto» di alcuni illustri alienisti convenuti, «avvisò all'insufficienza delle vigenti leggi parziali ed alla necessità di provvedere all'interesse generale degli alienati». Quel voto è ricordato nella petizione indirizzata al Ministro dell'Interno e votata all'unanimità dagli alienisti «riuniti in sezione speciale» nell'XI Congresso degli scienziati, a Roma, nel 1873. E' detto nella «petizione»:

«Eccellenza,

«La prima e più importante proposta che i medici alienisti [...] trovarono necessario discutere, fu questa: di rinnovare cioè le più calde istanze affinché il Governo con una legge degna della presente civiltà e dei progressi della scienza alla sorte dei miseri alienati prontamente sovvenga.

«[...]Ed ora che la grand'opera della patria rigenerazione è compiuta, ora che una nuova vita operosa e potente imprime in tutti i rami della pubblica amministrazione quel carattere di tecnica competenza, che è ad un tempo condizione indeclinabile di ordinato procedimento, e base saldissima allo sviluppo di ogni benefica e liberale istituzione, non è più vano sperare che con sapiente zelo il Governo corra in soccorso di quella classe diseredata di cittadini che appunto perché infelicissima, alle più solerti e più efficaci provvidenze ha ragione.

«I medici alienisti [...] istantemente implorano, che una Legge eguale per tutto il Regno, sull'esempio delle più civili nazioni d'Europa, regoli tutto ciò che si riferisce agli alienati ed ai manicomi [...] e che un'Ispettorato generale, dalla cui autorità immediata tutti li stabilimenti manicomiali dipendano, renda superflua qualunque influenza estranea alla medica direzione, affinché questa godendo della pienezza dei suoi diritti possa chiamarsi dell'opere sue interamente responsabile».

Abilmente costruita, la petizione rivela ora altri obiettivi «politici» che non la generica preoccupazione per la «tutela» dei poveri alienati. I medici alienisti si inseriscono attivamente nella fase di costruzione della nuova entità statale; auspicano una legge che elimini le difformità precedenti relative ai regolamenti della psichiatria manicomiale; si propongono come tecnici - direi, «moderni» - unici competenti a garantire lo sviluppo e l'«ordinato

procedere», chiedono, infine, di essere tutelati da condizionamenti o ingerenze esterne. E' un anticipo delle conflittualità che si accresceranno col tempo nei rapporti con le Province, sempre interessate a contenere le iniziative degli psichiatri entro i limiti ferrei del bilancio.

La riunione degli alienisti a Roma del 1873 segnò la fondazione della Società freniatria. Esattamente un anno dopo - nel settembre del 1874 - questa tenne a Imola il suo primo Congresso. Fu nuovamente all'ordine del giorno il problema della *legge*, e constatato che i voti già espressi a Siena nel 1862 e a Roma nel 1873 non avevano sortito alcun effetto, si pensò di «facilitare» il compito del Governo istituendo una Commissione che avrebbe dovuto predisporre «un concreto progetto di legge» e presentarlo «all'Autorità suprema dello Stato». Anche questa volta le aspirazioni degli alienisti italiani furono deluse. Per tutto il trentennio successivo si susseguirono numerosi progetti di legge, tutti regolarmente naufragati in Parlamento. Fu solamente nel febbraio del 1904 che il ministro Giovanni Giolitti riuscì a far approvare la legge n. 36, *Sui manicomi e gli alienati*, una legge breve, concisa (11 articoli) cui fece seguito, un anno dopo (5 marzo 1905) un «regolamento esecutivo», rivisto nel 1909, ben più complesso (93 articoli). La legge sanciva *formalmente* quell'assetto istituzionale della psichiatria italiana che sarebbe rimasto immutato, nella sostanza, fino all'emanazione della legge-stralcio n. 180 nel 1978. I punti fondamentali sono noti. Al medico direttore del manicomio veniva conferito un potere pressoché assoluto; le attività di ricovero - obbligatorio, con la motivazione della «pericolosità» e del «pubblico scandalo» - di «osservazione» ed eventuale «ammissione definitiva» (passaggio dal reparto per acuti a quello dei «cronici») e dimissione del malato erano sottoposte al controllo dell'autorità giudiziaria, e comportavano comunque la responsabilità immediata del medico direttore. Un interrogativo tutt'ora aperto è relativo alle conseguenze di tante e contrastanti esigenze sulla configurazione - o l'immagine - che andava assumendo la disciplina psichiatrica: dichiarava di adeguarsi alle acquisizioni del sapere scientifico, ma nella pratica manicomiale - detto semplicemente: ciò che *di fatto* lo psichiatra doveva decidere nella sua concreta situazione istituzionale - era sottoposta a condizionamenti molteplici. Doveva fare in modo che i giudizi ispirati alle categorie cliniche non confliggevano con le esigenze del diritto, dei modelli antropologici diffusi, soprattutto delle esigenze del bilancio della provincia, preoccupata di difendere i confini delle competenze attribuitele dalla legge. C'è da chiedersi se concetti come quelli di pericolosità, inguaribilità, cronicità, oggetto spesso, in concreto, di controversia tra la direzione del manicomio e l'amministrazione, non tendano a diventare altrettanti parametri che delimitano il sistema psichiatrico istituzionale e insieme definiscono l'area disciplinare del medico-psichiatra.

4. Già prima della approvazione definitiva della legge si erano manifestate perplessità e critiche esplicite da parte di illustri alienisti. Se Eugenio Tanzi «dopo aver riconosciuto ottimo il principio ispiratore, trovava che la legge non concedeva al direttore medico sufficienti garanzie» di autonomia rispetto al potere delle amministrazioni, Edoardo Gonzales rassegnava le dimissioni dalla direzione del manicomio di Milano per protesta contro l'Amministrazione provinciale che aveva preso provvedimenti relativi al personale sanitario «senza interpellare il direttore». Eloquente fu il comportamento di Francesco Roncati, fondatore e nume tutelare del manicomio di Bologna per quaranta anni. Promulgata la legge Giolitti, Roncati aveva segnalato alla Deputazione provinciale le conseguenze negative sul buon funzionamento dell'istituzione che sarebbero scaturite dal nuovo ruolo attribuito alla magistratura. Nel 1905 chiede il collocamento a riposo con una lettera nella quale evidenzia il significato di fondo del nuovo assetto dell'istituzione manicomiale:

«Ill.mo Sig. Presidente,

«Per le conseguenze inevitabili dell'età son fatto meno idoneo a questo mio ufficio pubblico, nel quale massimo conforto mi è venuto ognora dalla benevolenza costante della Ill.ma Amministrazione Provinciale, attingendone lena fra le angustie e difficoltà sempre nuove, ma ormai cresciute (nel quarantennio dalla fondazione) a grado non comportabile.

«*Non alla sola beneficenza e cura dei malati di mente, ma alla sicurezza delle persone, all'ordine nella famiglia, alla difesa sociale, alla giustizia penale, deve soddisfare il manicomio odierno: ed a ciò fa mestieri, per la direzione di tal istituto, mente e tempera assai più vigorosa.*

«Per conseguenza chiedo rispettosamente di essere dispensato da quest'ufficio, e secondo legge essere collocato a riposo» .

Il presidente della Deputazione, Bacchelli, rispondeva a Roncati e con espressioni accorate lo scongiurava di soprassedere alla sua decisione almeno per il tempo necessario a «coordinare la gestione del manicomio alle nuove disposizioni legislative». Roncati confermava le dimissioni con una lettera di poche righe, scritta con inconfondibile stile classicheggiante:

«Troppa bontà la sua, troppa deferenza. Ma con vivo rincrescimento (perché anche a me è gran dolore lo strappo) devo mantenere le dimissioni date. E come sono sempre stato nemico del "mondan rumore", chiedo che questa decisione mia passi liscia, e senza più. Ho "macinato a raccolta" (volendo usare in senso onesto una frase Boccaccesca), ma ora il vaso trabocca davvero. *Fatua lex sed lex.*»

* * *

Nell'ottobre dello stesso anno 1904 si svolge a Genova il XII Congresso della Società freniatria italiana e nel discorso inaugurale del Presidente, Augusto Tamburini, risuonano espressioni di profondo scontento per la legge «tutt'altro che perfetta», che «non risponde certo a tutti i voti e desideri degli alienisti italiani, e presenta non poche lacune ed imperfezioni». Tamburini sembrava offrire all'insoddisfazione degli psichiatri italiani la prospettiva consolatoria del «Regolamento generale» che sarebbe stato promulgato di lì a poco:

«...in esso sarà maggiormente chiarita la suprema funzione del Direttore e dei Medici nell'intera organizzazione del Manicomio e nei rapporti coll'Amministrazione, sarà provveduto, secondo i concetti più moderni, al più libero trattamento degli alienati nei Manicomi e ad una razionale e graduale abolizione di ogni mezzo coercitivo, sarà resa maggiore la proporzione dei Medici e degli Infermieri di fronte al numero dei malati, regolate le modalità per la vigilanza e l'ispezione dei Manicomi, reso obbligatorio l'Insegnamento professionale degli Infermieri, e sarà promossa e disciplinata l'Assistenza familiare degli alienati».

Fra tutti i punti ricordati da Tamburini nel suo generoso auspicio - che, va detto subito, l'evoluzione legislativa successiva avrebbe lasciato del tutto insoddisfatto - gli ultimi due sembrano stargli particolarmente a cuore:

«Noi abbiamo ancora due gravi pregiudizi da vincere, a cui bisogna contrapporre due grandi riforme: l'uno è che l'ufficio d'Infermiere nei Manicomi possa essere affidato a qualunque individuo, sia anche proveniente dai rifiuti delle altre professioni: l'altro che non vi sia altro mezzo di salute per i malati di mente che il Manicomio».

Ecco dunque la necessità di operare una selezione attenta al momento del reclutamento degli infermieri («sarebbe quindi necessario che a questo importante ufficio fossero adibite persone civili, istruite, di condotta irrepreensibile, di carattere mite ed umano») per poi fornire loro un «serio ed efficace Insegnamento professionale», garantendo un adeguato trattamento economico e di pensione. Quanto al secondo punto, Tamburini richiama la situazione reale dei Manicomi, unico presidio «per la cura dei malati di mente», e solleva «la questione» che «coll'affollamento gravissimo che li affligge e colla conseguente impossibilità di una efficace cura individuale, sieno o no vere e proprie fabbriche di croniche demenze»:

«colla vita uniforme, senza stimoli e senza iniziativa, coll'allontanamento completo dalla vita sociale, coll'indifferenza o l'avversione all'ambiente in cui sono costretti a vivere, tende in un gran numero di malati, specialmente cronici, a ridurre sempre più la loro mentalità, a paralizzare i loro sentimenti affettivi e sociali».

Denuncia così, in sostanza, quella *patologia da istituzionalizzazione* sulla quale gli psichiatri italiani avrebbero aperto gli occhi parecchi decenni più tardi. Il rimedio suggerito da Tamburini come alternativa al manicomio è l'«assistenza familiare», cioè «l'affidamento di malati, in condizioni psichiche opportune, a famiglie, specialmente di Infermieri o ex infermieri». Il modello cui si rifaceva erano le c.d. «colonie familiari» già sperimentate da molto tempo in Belgio e in altri Paesi europei.

5. L'emanazione della legge Giolitti offrì al congresso della Società freniatria l'occasione per riprendere un vecchio problema che più o meno sotterraneamente aveva preoccupato da decenni gli alienisti italiani. In breve: sarebbe stato desiderabile, o meno, che i quadri medici della psichiatria passassero dalle dipendenze delle Province o delle Opere pie a quelle dello Stato? L'interrogativo si legava al difficile processo di definizione della autorità e della responsabilità della figura del direttore del manicomio nel corso dell'ultimo trentennio del XIX secolo, soprattutto nei riguardi delle amministrazioni dei singoli stabilimenti manicomiali con le quali era costante la conflittualità sul piano decisionale amministrativo. Né era estranea la consapevolezza della importanza peculiare del dispositivo manicomiale nella trama delle agenzie di controllo deputate al mantenimento dell'omeostasi sociale. L'argomento era stato oggetto di una lunga relazione di Enrico Morselli nel corso del III Congresso della Società freniatria, svoltosi a Reggio Emilia nel 1880. Al Congresso del 1904 A. Felici all'interrogativo «Lo Stato deve oppur no avocare a se i Manicomi?», risponde affermativamente con argomentazioni stringate e pressanti. Premesso che «nelle tradizioni italiane non esistono che il Comune e lo Stato» mentre le Province, sulle quali deve ricadere l'onere di «resistere ai bisogni ognora crescenti dei Manicomi», sono di istituzione recente e controversa, «sono enti artificiali [...che] costituiscono circoscrizioni amministrative arbitrarie sotto molteplici riguardi», tocca tuttavia alle Province

«...costrurre i Manicomi, ampliarli secondo le occorrenze, corredarli di quanto sia necessario, mantenerli di tutto punto, nel mentre lo Stato impone, lui, quella legislazione che più crede utile all'andamento tecnico e amministrativo dei Manicomi istessi». La conseguenza è che «lo Stato pone a carico dei Comuni e delle Province pesi enormi, senza preoccuparsi del come questi enti possano fronteggiarli».

Secondo il Relatore, proprio la legge n. 36 recentemente promulgata «di per se sola fornisce il più poderoso argomento alla nazionalizzazione dei Manicomi e degli istituti affini»: con le nuove modalità di ammissione dei malati (atto del Pretore) la retta di degenza è a

carico della Provincia durante tutto il periodo di osservazione; è poi necessario attendere un decreto del Presidente del Tribunale per il «licenziamento definitivo di un ricoverato guarito», e questo passaggio non di rado prolunga la permanenza in Manicomio di persone che fino alla dimissione rimangono anch'esse a carico della Provincia. Questi adempimenti procedurali, subordinati all'autorità giudiziaria alla quale la Provincia di per sé non può chiedere una maggiore sollecitudine, «procederebbero certo più spediti sotto l'immediato controllo dello Stato». Inoltre, «l'esercizio diretto di Stato [dei Manicomi] si consiglia per la omogeneità dei criteri direttivi, per una più efficace sorveglianza, per migliorare infine le condizioni dei medici che hanno dato il loro intelletto agli studi della Psichiatria». Argomenta infine il Relatore, non senza una logica formalmente ineccepibile:

«Le norme generali [relative ai Manicomi] sono date dallo Stato, i Regolamenti speciali contenenti disposizioni amministrative e sanitarie debbono essere approvati dal Consiglio superiore di Sanità, e conformi al regolamento connesso alla Legge, la vigilanza sui Manicomi (art. 8) spetta allo Stato, e perché resterebbero alle Provincie i Manicomi?».

L'avvocato Felici conclude proponendo al Congresso un ordine del giorno con il quale si chieda, conseguentemente, che lo Stato avochi a sé i Manicomi e gli istituti affini. Il dibattito che segue vede impegnati i nomi più celebrati dell'alienistica nazionale. Augusto Tamburini condividerebbe gli «entusiasmi» del Relatore se solo «si potesse avere uno Stato che rispondesse ai nostri ideali [...] invece l'esempio dei Manicomi criminali istituiti dallo Stato non è davvero tale da incoraggiare [...] perché i Manicomi criminali finora istituiti sono tali da costituire una vera vergogna per una nazione civile». Non resta che approfondire l'argomento e rinviarlo ad altro Congresso. Eugenio Tanzi, invece, «non ha paura dello Stato, perché sa che esso è sotto la vigilanza continuata del Parlamento» e quindi «dell'opinione pubblica»; «non è così delle Provincie, le quali costituiscono una specie di governo occulto» e ad esse riserva una lunga dichiarazione, caustica e aggressiva, e propone poi che se la nazionalizzazione dei manicomi dovesse apparire prematura, la si effettui «almeno parzialmente riguardo alla carriera dei Medici», ancora sottoposti alle discriminazioni più ingiuste da parte delle amministrazioni provinciali. Più diplomaticamente, Enrico Morselli da un lato riconosce che lo Stato «è sempre un pessimo amministratore» e che «l'accentramento soverchio si riassume nella imperfezione e nella incompletezza di tutti i servizi», dall'altro ricorda le benemerite di molte Provincie Italiane, «durante l'ultimo trentennio, a favore degli alienati», e invita gli alienisti convenuti a considerare «che in un grande paese, sorto da poco ad unità, i bisogni sono molti, né si riducono soltanto ai pazzi poveri». Un solo aspetto della proposta in discussione interessa Morselli: che «i Medici alienisti (pur lasciandosi gli Asili alle Provincie od alle Opere Pie) diventino impiegati dello Stato». In tal modo i medici potranno acquisire maggior peso nei riguardi delle amministrazioni locali e (soprattutto) godranno di trattamento economico e di pensione uniforme su tutto il territorio nazionale. Interviene poi E. Gonzales in sostegno della proposta Morselli («nazionalizzare» subito i Medici e ripensare alla nazionalizzazione dei Manicomi dopo un esperimento di alcuni anni della nuova Legge) e infine Ernesto Lugaro, che nell'ipotesi di nazionalizzare i Manicomi è preoccupato dell'avvenire delle Opere pie che ne gestiscono parecchi. E' invece senz'altro favorevole a «statizzare» la carriera dei Medici alienisti, cosa che darebbe loro, afferma, «una dignità ed una indipendenza professionale di cui sinora non hanno mai goduto, e unificando l'organizzazione delle pensioni, impedirebbe lo sconcio che oggi si verifica, per cui valenti Medici Primari che hanno una lunghissima esperienza, debbono rinunciare a concorrere alla carica di Direttore in altri Manicomi per non perdere i diritti non indifferenti che hanno già

acquistato per la pensione». In conclusione: viene presentato, e approvato a grande maggioranza, un nuovo ordine del giorno «concordato» che dice semplicemente: «Il Congresso fa voti che il servizio dei Medici dei Manicomi divenga servizio dello Stato».

Molti anni dopo, nel secondo dopoguerra, nella fase della costruzione dell'assetto del nuovo stato repubblicano e con le incertezze circa la configurazione che l'ente «provincia» avrebbe ricevuto nel corso dei lavori dell'Assemblea costituente, si tornò a parlare dell'ipotesi di una «statalizzazione di tutti gli ospedali psichiatrici», sul modello del sistema dei «sanatori antitubercolari» dell'Istituto nazionale per la previdenza sociale: Essi

«costituiscono un bell'esempio di organizzazione ospedaliera a tipo nazionale, che ha Ospedali in quasi tutte le Province, e gli Ospedali hanno, più o meno, la stessa attrezzatura, e il personale è amministrato sul ruolo nazionale. E' un esempio molto seducente...».

In effetti, di fronte ad un panorama eterogeneo di istituzioni manicomiali e «paramanicomiali» estremamente diversificate quanto a livelli di efficienza e di investimenti da parte delle amministrazioni provinciali o delle Opere pie, poteva apparire seducente la prospettiva di un sistema ospedaliero psichiatrico nazionale tendenzialmente di livello uniforme. In esso, il personale sanitario sarebbe stato inquadrato in un «ruolo unico nazionale» che avrebbe sanato le storiche disparità di trattamento economico, di carriera - e di status - tra provincia e provincia.

6. In definitiva: con la Legge 1904 il sistema psichiatrico istituzionale sembra farsi nel suo complesso più serrato e compatto, e con esso la medicina psichiatrica. La compattezza del sistema istituzionale è certamente rafforzata dalla visione somatologico - neurologica cui si ispira uniformemente la psichiatria italiana, tanto radicata che gli psichiatri ancora nei primi lustri del XX secolo soffrono come un vulnus doloroso il «distacco» dei neurologi che costituiscono, nel 1907, la Società italiana di neurologia. C'è da chiedersi quale significato concreto possa aver rivestito la costituzione della «Lega italiana di igiene e profilassi mentale», avvenuta nell'ottobre del 1924, sul profilo culturale della psichiatria italiana. Se da un lato significava allinearsi con istituzioni analoghe già esistenti in altri paesi ed entrare a far parte, quindi della «Federazione internazionale», dall'altro la nuova associazione si dava, nelle dichiarazioni programmatiche iniziali, compiti tanto ambiziosi e impegnativi anche sul piano metodologico e della definizione disciplinare - dalle ricerche «sulle cause delle malattie mentali, sui danni morali ed economici che da esse derivano all'individuo e alla comunità» alla «propaganda estesa, energica, continuativa [...] a scopo di stimolo sulle classi dirigenti e nelle sfere politiche; a scopo educativo, ovunque si può influire sulle masse [...]; dalla promozione della «tempestiva selezione» dei soggetti predisposti alle malattie mentali nelle scuole e «negli ambienti operai e militari» alla promozione, da parte delle amministrazioni provinciali, dell'istituzione di Dispensari per la diagnosi precoce e la cura ambulatoriale o di «reparti aperti e di tutte quelle modificazioni dell'assistenza psichiatrica, utili ai fini della profilassi e cura delle malattie mentali» - da consentire alla restante psichiatria italiana, identificata nella Società freniatria, di esprimersi con compattezza maggiore ed esclusiva sul piano del clinicismo neurologistico assoluto. Una compattezza che ci appare appena increspata ma certo non apprezzabilmente influenzata, da fugaci apparizioni della psicoanalisi e della psicologia, al punto che nel 1937, in occasione del XXI congresso della Società italiana di psichiatria - la storica denominazione di *Società freniatria* era stata ormai abbandonata - di fronte alle reazioni di rifiuto suscitate da una sua breve comunicazione sui

riflessi condizionati e lo studio del «comportamento» in psichiatria, p. Agostino Gemelli dichiarava con molta franchezza:

«1) E' doloroso constatare che, a causa dell'enorme sviluppo della neuropatologia, si sia avuto in Italia una grave decadenza della psichiatria, intesa come clinica delle malattie mentali, ossia come studio del malato di mente in cui i metodi di Laboratorio debbono avere il valore di strumenti che forniscono dati di fatto e debbono essere ordinati e diretti subordinatamente a chiarire ciò che è fattore fondamentale per la diagnosi: lo studio della vita psichica del malato.

«2) La psicologia non è tenuta in onore e non è applicata dagli psichiatri, perché da essi non è conosciuta nei suoi metodi e nei suoi sviluppi. [...]».

7. Le critiche manifestate dagli psichiatri italiani all'emanazione della legge del 1904 si intensificano negli anni successivi, e ben presto si avanzano richieste di «riforma». Nel 1910 Raffaele Brugia, direttore del Manicomio di Bologna, inaugurando il secondo congresso della «Associazione tra i medici dei manicomi pubblici italiani», dichiarava:

«La legge sugli alienati, dopo un trentennio di attese, è venuta; ma essa può essere momento ideale di tregua per anime deboli: non per chi senta le agitazioni della propria responsabilità, non per chi sappia che in un corpo sociale ben ordinato ognuno deve avere il suo ministero, né deve alcuno attentare alla dignità del ministero altrui. Così questa legge va riformata (ciò che è nei nostri voti); non fosse che per dare nei Manicomi giusto assetto alla gerarchia del personale, per stabilire le attribuzioni e le retribuzioni dei Medici sulla norma che i più di essi non hanno altra fonte di lucro, per anticipare il loro diritto a riposo [...], per togliere i nostri istituti all'ingerenza incompetente e inconcludente delle cliniche psichiatriche».

L'Associazione in parola merita qualche attenzione. Sorta nel 1909 per iniziativa di alcuni medici del Manicomio di Firenze che rivolgevano «ai Colleghi italiani l'invito a riunirsi e costituirsi in un nuovo sodalizio di classe [...] con lo scopo precipuo di tutelarne gli interessi materiali e morali, nonché di favorire il progresso edilizio curativo scientifico dei nostri istituti», tenne lo stesso anno in Firenze un primo congresso dal quale furono poi espressi dei «deliberati», poi definitivamente approvati nel secondo congresso, tenutosi a Bologna nel 1910 - l'Associazione contava allora 162 aderenti - e riuniti in forma di *Memoriale* inviato alle amministrazioni dei manicomi e alle autorità tutorie. Si intendeva, in prima istanza, influire sulle amministrazioni nella formulazione dei «regolamenti locali» prescritti dalla nuova legislazione psichiatrica, e «sul Potere Centrale nella necessaria e improrogabile revisione della legge, così monca e difettosa». Il memoriale consisteva in un corposo documento, suddiviso in capitoli e articoli, che trattava di ogni possibile aspetto dell'attività del personale medico e non medico nelle istituzioni manicomiali; della gerarchia delle mansioni; del rapporto fra numero dei medici e numero dei malati («un medico ogni cento malati»); del trattamento economico dei medici, dell'orario di servizio, dei congedi annuali, dell'infornatura, del trattamento di pensione, delle nomine e dei concorsi, e così via. Si chiedeva l'istituzione, in ogni manicomio, di un «Consiglio sanitario» comprendente tutti i medici effettivi, con poteri consultivi sul bilancio preventivo del manicomio, su eventuali disparità di opinioni fra direttore e medici sull'ammissione o dimissione di malati, sulle misure disciplinari a carico sia dei medici che degli infermieri. Un capitolo a sé era dedicato ai rapporti tra manicomi e cliniche psichiatriche: si ribadiva lapidariamente l'esigenza dell'assoluta distinzione tra i due ordini istituzionali. Si realizzò così per la prima volta nella storia della psichiatria italiana, una forma di sondalizzazione e di collegamento capillare dei medici dei manicomi che furono più volte

chiamati al «boicottaggio» (sic!) delle amministrazioni che non rispettavano i diritti della categoria, specie in occasione di concorsi o di nomine. L'Associazione ebbe vita intensa e tenne congressi nazionali a scadenze regolari: l'ultimo di cui si abbia notizia, il VI, si svolse a Siena nel 1923. Si sciolse nel 1925 per confluire nella Corporazione nazionale sanitaria come Sindacato nazionale fascista dei medici manicomiali.

La riforma della legge del 1904 viene nuovamente invocata nel luglio 1921 in un ordine del giorno presentato alla Camera dei deputati, insieme con altri, dal deputato socialista F. Cazzamalli, medico del manicomio di Como: si chiede di «sottrarre agli interessi privati i malati di mente» e si propone di costituire una commissione che «entro quattro mesi» predisponga gli elementi per la riforma della Legge del 1904 e dell'annesso Regolamento 1909. Della Commissione avrebbero dovuto fare parte una rappresentanza elettiva dell'Associazione fra medici alienisti e una rappresentanza delle associazioni fra impiegati e infermieri dei Pubblici Manicomi. In effetti - molto probabilmente nel 1922 - Il Ministero dell'Interno istituisce una «Commissione ministeriale per lo studio della riforma della legge e del Regolamento sui Manicomi», della quale vengono chiamati a far parte Ruggero Tambroni, direttore del manicomio di Ferrara, e Luigi Baroncini, medico direttore del manicomio di Imola, uno dei più attivi animatori della Associazione. La Commissione opera piuttosto celermente, tanto che nel gennaio 1923 presenta al Ministero il risultato dei suoi lavori. Tardando però il Ministero stesso a pronunciarsi, fu proprio «il Consiglio direttivo dell'Associazione dei Medici di Manicomio» a rompere gli indugi rendendo pubblico lo schema del progetto di legge per portarlo poi in discussione nel congresso che l'associazione stessa avrebbe tenuto pochi mesi dopo.

Alla resa dei conti, la proposta di legge risulta molto meno innovativa di quanto si fosse sperato. Pur riconoscendo che il manicomio deve essere un «luogo di cura» - e pertanto proponendosi che assuma il nome di «ospedale psichiatrico» - per «i malati affetti per qualunque causa da alienazione mentale», rimane pressoché invariata la totale subordinazione dell'attività sanitaria al controllo dell'autorità giudiziaria (compresi i ricoveri volontari); l'autorizzazione del tribunale è ritenuta necessaria anche per «la cura in una casa privata» (nella relazione preliminare si leggono parole di fuoco contro la «gestione privata» dei malati di mente, con la proposta di «disposizioni transitorie per il passaggio graduale ad enti pubblici degli attuali manicomi privati»); si insiste sulla necessità dello «sfollamento» di manicomi mediante l'istituzione di strutture tipo «case di lavoro» o colonie agricole per «cronici tranquilli»; si pone mano al problema della gerarchia all'interno dei manicomi mantenendo al Direttore «piena autorità di indirizzo, di controllo, di stimolo, di coordinazione» ma riconoscendo formalmente la responsabilità dei «medici primari o di sezione»: l'uno e gli altri avrebbero costituito il «Consiglio sanitario dell'Istituto».

Le reazioni critiche degli psichiatri non si fecero attendere. In un commento intitolato // *topo e la montagna* e firmato con lo pseudonimo «Lo spettatore», comparso sulla stessa rivista che aveva anticipato il testo del progetto di legge, si esprime la delusione di tutti coloro che si erano aspettati che venisse affrontato «il maggiore difetto della Legge vigente», e cioè «il carattere di reclusorio che ne ricevono i Manicomi per le inceppanti e vessatorie disposizioni che vi disciplinano l'internamento e la dimissione dei malati». Rispetto a ciò, il nuovo progetto «fa da Ponzio Pilato, limitandosi a qualche leggero palliativo di ritocco delle norme attuali». A quel commento si associa poi Eugenio Bravetta, primario dell'ospedale psichiatrico di Milano con toni ben più duri e chiare risonanze polemiche politiche: la Commissione

«se il dubbio in essa era sorto che le direttive dell'attuale Governo Nazionale potessero essere diverse dalle ideologie demagogico bolsceviche un tempo dominanti ma ormai per sempre tramontate, ovvio sarebbe stato che [essa] avesse presentato sollecitamente non un progetto di legge, ma le proprie dimissioni».

In realtà la Commissione si sarebbe limitata ad aggiungere alla legge qualche articolo nuovo a vantaggio della categoria dei medici assistenti, per cui «tutto lascia sperare [...] che relazione e progetto di legge saranno messi a dormire, forse per sempre».

Nel Congresso dell'Associazione tra i Medici dei Manicomi che si svolse a Siena nello stesso anno 1923, Luigi Baroncini dovette difendere l'operato della Commissione «dimostrando la impossibilità in cui essa si trovò di ottenere di più, nei riguardi specialmente della libera accettazione e dimissione dei malati manicomiali». Seguirono numerosi ordini del giorno, in gran parte formulati con lo scopo di far inserire nell'eventuale Regolamento applicativo correzioni e integrazioni alle carenze del progetto di legge.

In realtà, quel progetto non ebbe seguito né sembra che negli anni immediatamente successivi altri ne siano stati elaborati con maggior successo. Non mancarono, naturalmente, auspici e richieste di una nuova normativa che sostituisse la legge del 1904: se ne discusse a lungo, ad esempio, nel Congresso della Società freniatria del 1930. Una commissione ministeriale per la «riforma delle norme sui manicomi e gli alienati» viene nominata nel 1939, e di essa fanno parte, oltre a diversi funzionari amministrativi, il direttore generale della sanità pubblica, Giovanni Petragiani, i neuropsichiatri Ugo Cerletti, Carlo Besta, Gaetano Boschi, Antonio D'Ormea, Francesco Bonfiglio, Oliviero Pini, quest'ultimo in rappresentanza del Sindacato Nazionale Medici. Nessun tentativo concreto di riforma della psichiatria può peraltro essere messo in cantiere per l'imminenza del Secondo conflitto mondiale.

8. La lunga e tormentosa marcia verso la riforma della legislazione psichiatrica riprende subito dopo la guerra. L'argomento viene trattato nel XXIII congresso della SIP, tenutosi a Roma nei giorni 18-20 ottobre 1946, con una «conferenza» di Francesco Bonfiglio che, dopo aver esordito con una puntata polemica contro i sostenitori della maggiore importanza della «psicoigiene» e quindi della profilassi rispetto alla terapia, ricorda i successi registrati da quest'ultima grazie ai «grandi progressi nel campo scientifico e clinico che hanno permesso [alla psichiatria] di assidersi da pari a pari accanto alle altre branche della Medicina». Proprio i «progressi» della psichiatria - soprattutto, secondo Bonfiglio, la «shockterapia» nelle sue varie modalità - portano ormai in primo piano la necessità della riforma della legge del 1904, una legge, come egli la definisce, «odiosa e dannosa» per «l'antipatico carattere poliziesco che al ricovero in Manicomio deriva dall'ingerenza dell'Autorità giudiziaria e di pubblica sicurezza nelle pratiche d'ammissione e di dimissione» dei malati. La prospettiva indicata da Bonfiglio è quella d'una riforma indubbiamente «radicale» per i tempi: non più una «semplice Legge sui Manicomi e sugli alienati», ma invece una «Legge per la difesa sociale contro le malattie mentali», mirante a due scopi principali: da un lato l'istituzione di un «Servizio psichiatrico extraospedaliero sociale», dall'altro la trasformazione «di fatto [dell'ospedale psichiatrico] in un ospedale come tutti gli altri». Il servizio extraospedaliero avrebbe dovuto assolvere ai compiti di «cura extraospedaliera», di assistenza psichiatrica e sociale ai dimessi, di «pronto soccorso psichiatrico», di profilassi e d'igiene mentale. L'identificazione dell'ospedale psichiatrico in «ospedale» *tout court* si sarebbe ottenuta semplicemente eliminando «tutta l'attuale opprimente bardatura burocratica, giudiziaria e poliziesca» e sancendo «il principio che l'ammissione, la durata della degenza e la dimissione [...] debbono

essere regolati da criteri puramente sanitari psichiatrici». E ancora: «Liberare l'ammissione, il trattenimento e la dimissione dei malati dall'Ospedale Psichiatrico da ogni preventivo vincolo legale deve costituire il principio informatore della nuova Legge». L'unico controllo previsto sarebbe stato esercitato da un «giudice di sorveglianza» assegnato dal Tribunale ad ogni ospedale psichiatrico. Il significato ultimo della proposta Bonfiglio appare evidente: sostituire al dispositivo manicomiale un dispositivo ospedaliero «puro» centrato sulla esclusiva decisionalità tecnica - e responsabilità - dei medici. Nulla di nuovo, invece, sulla persona del malato: nessun accenno, ad esempio, al *no restraint* o all'*oper door system* che tanto avevano preoccupato almeno alcuni autorevoli psichiatri italiani all'inizio del secolo.

Al termine dalla conferenza, Bonfiglio proponeva al Congresso un ordine del giorno con il quale si chiedeva al consiglio direttivo della SIP di affidare ad una commissione di psichiatri universitari ed ospedalieri il compito di redigere «nel più breve tempo possibile» un progetto di riforma della legge 1904 da presentare al Governo, al contempo interessando all'iniziativa i medici deputati all'Assemblea costituente. La Commissione venne nominata nel novembre dell'anno 1947. Il progetto elaborato fu portato in discussione l'anno seguente, al nuovo Congresso della SIP. F. Bonfiglio ne riassumeva i «principi fondamentali»: attribuzione alle Amministrazioni provinciali (o Regionali) del compito di provvedere alle cure e alla prevenzione delle malattie mentali; ammissione nell'Ospedale psichiatrico col solo certificato medico, quindi «*assolutamente libera*», dei soggetti bisognosi di cure ospedaliere, prevedendo l'intervento dell'Autorità di Pubblica sicurezza «soltanto nel caso in cui il ricovero non potesse avvenire senza l'aiuto della forza pubblica»; durata della degenza, dimissione o eventuale trasferimento del paziente di esclusiva competenza del Direttore; vigilanza sugli ospedali psichiatrici affidata a un «Ispettorato medico-psichiatrico centrale» presso l'Alto commissariato d'igiene e sanità pubblica; tutela degli interessi - in senso lato - dei malati ricoverati da parte di un giudice nominato dal tribunale del luogo.

Al termine d'una discussione descritta come ricca di interventi e «particolarmente animata», viene invitato il Governo a procedere «nel modo più sollecito» alla riforma della legge 1904 e alla nomina di una nuova «Commissione di studio che possa formulare le proposte concrete da sottoporre ai poteri legislativi».

«Il modo più sollecito» e la creazione di «commissioni di studio» si dimostrano sempre più concetti estremamente contraddittori dei quali risulterà punteggiato, ancora per molti anni, il cammino della riforma dell'assistenza psichiatrica nel nostro paese. La Commissione della SIP nominata nel 1948 produce uno schema di progetto di legge sottoposto poi al giudizio degli psichiatri con un referendum. In base al risultato di quest'ultimo viene elaborato un secondo schema di legge che è presentato all'Autorità governativa e a «deputati medici»: viene riconosciuto al deputato medico Ceravolo il merito di aver prestato attenzione al problema; per il resto, «Se non resistenza, per lo meno scarso interesse fu trovato dappertutto», è il commento registrato negli atti della SIP riunita nel XXV Congresso nazionale del 1951. Ma nel frattempo anche la Società romana di medicina legale prendeva ad occuparsi della riforma della legislazione manicomiale, con il contributo dell'avvocato generale della Cassazione Ernesto Battaglini e la collaborazione di Francesco Bonfiglio, per cui ad un certo momento si parla di un «progetto della commissione della SIP» e di un «progetto Bonfiglio-Battaglini» che peraltro scompaiono nell'assoluto silenzio culturale e politico - circa la psichiatria - di quel periodo.

Il silenzio sembrò rompersi pochi anni dopo grazie ad un evento di particolare rilievo, il Convegno promosso nell'ottobre 1955 dal «Centro nazionale di prevenzione e difesa sociale» e dall'Amministrazione provinciale di Milano, forse la prima iniziativa per la riforma della legge

psichiatrica che abbia visto una lunga preparazione e poi una così intensa partecipazione di psichiatri, psicologi, magistrati e giuristi, sociologi, rappresentanti delle amministrazioni pubbliche. Era presente l'onorevole Mario Ceravolo, che illustrò il suo progetto di legge presentato in Parlamento nel 1951, e, per il Governo, l'Alto commissario per la Sanità Tiziano Tessitori che molto vagamente parlò di «proposte legislative che nei passati giorni ho avuto l'onore di trasmettere ai ministeri di concerto», lasciando intendere che in realtà il Governo era ancora in una posizione di attesa. I voluminosi atti del convegno, riletti oggi, si presentano come la summa di un pensiero preoccupato sì di criticare la legge del 1904, ma in sostanza volto a individuare ritocchi e perfezionamenti «tecnici» per adeguarla al progresso dei tempi, sul piano della medicina psichiatrica come su quello del diritto. Nessuna prospettiva veramente nuova venne ipotizzata per la psichiatria istituzionale italiana. Va notato, invece, come si fosse manifestato apertamente un «dissidio» o conflitto tra gli psichiatri e i giuristi: i primi tendevano una volta di più a chiedere che fosse ridotto il controllo giudiziario sull'attività degli ospedali psichiatrici ed eliminata la registrazione nel casellario giudiziale dell'avvenuto internamento. Di parere nettamente opposto i secondi, rappresentati da personaggi illustri come Giuliano Vassalli, per il quale il controllo giudiziario era irrinunciabile, nel nome della «prudenza naturale e perenne del giurista» rispetto alla «pericolosità [...] , in taluni casi se non in tutti [...] segno distintivo dei malati di mente». Dal canto suo, il penalista Pietro Nuvolone, ritenendo necessario mantenere comunque una qualche «forma di ricognibilità dei precedenti psichiatrici» del cittadino, proponeva che in luogo del casellario giudiziale fosse istituito un «casellario speciale, o *dossier* psichiatrico» nel quale si sarebbe dovuto registrare *qualsiasi* ricovero per malattia mentale - sia esso in ospedale psichiatrico o in casa di cura privata, disposto dal medico o di competenza giurisdizionale - e che sarebbe stato conservato in apposito ufficio sanitario comunale o provinciale.

9. Bisogna attendere la fine degli anni Cinquanta e soprattutto inoltrarsi negli anni Sessanta per assistere all'intensificarsi del processo di cambiamento che avrebbe conferito un nuovo quadro istituzionale alla psichiatria italiana. Cambiamento che naturalmente si legava a un mutare della società italiana, ne coglieva le nuove esigenze e ne seguiva il crescere dei movimenti. Per tutta la prima metà del XX secolo lo psichiatra, in quanto rappresentante d'una categoria professionale resa «omogenea» dalla condivisione del paradigma teorico e del mandato sociale, era un personaggio «solitario» sulla scena pubblica, che interloquiva di volta in volta con l'amministrazione da cui dipendeva il manicomio o con l'istituzione della giustizia o, genericamente, con quella che viene colta intuitivamente come «opinione pubblica». Nella seconda metà del secolo la psichiatria istituzionale si mostra esplicitamente come *problema pubblico e politico*, e sulla scena del cambiamento nel corso di alcuni anni i protagonisti si moltiplicano e si complicano le interazioni. Una storia tendenzialmente esaustiva della metamorfosi della psichiatria italiana non potrà non tener conto dell'azione di quei protagonisti: le amministrazioni provinciali, sia singole sia associate nella Unione province italiane (UPI); la nuova Associazione dei medici degli ospedali psichiatri (AMOP) che ebbe grande importanza nel dare voce ai giovani psichiatri «riformatori» e condusse battaglie culturali e sindacali decisive; i partiti politici, segnatamente la Democrazia cristiana, il Partito comunista e il Partito socialista italiano; i sindacati confederali; nuclei significativi di cattolici organizzati nella FUCI; e poi la Lega per la lotta contro le malattie mentali e successivamente ancora, soprattutto, Psichiatria democratica. Una riflessione approfondita meritano, direi: ovviamente, le vicende di quegli ospedali manicomiali nei quali nuclei di psichiatri che agendo in minore o maggiore accordo

con l'amministrazione provinciale da cui dipendevano riuscirono - pur permanendo il quadro legislativo del 1904 - a trasformare la vita dei ricoverati e a dimostrare *nella pratica* la possibilità concreta di costruire una psichiatria diversa. Ancora vivi nella memoria di tanti sono Gorizia e Trieste, Perugia, Arezzo, Reggio Emilia, Parma, Imola, manicomi definiti come portatori di «esperienze avanzate».

Si anima finalmente anche il piano legislativo: dopo il progetto Ceravolo del 1951 (riproposto nel 1953), diversi altri disegni di legge verranno presentati al Parlamento, e di questi solo la legge-stralcio Mariotti n. 431 del 1968 arriverà in porto, come vedremo. Seguendo a grandi linee quel processo - sia pure limitandoci, per necessità di spazio, ai suoi momenti più significativi e rivelatori del «nuovo» che stava investendo la psichiatria nazionale - si vedrà che la psichiatria italiana comincia a perdere l'immagine di compattezza paradigmatica e organizzativa che sembrava caratterizzarla nei decenni precedenti per mostrare diversificazioni negli orientamenti programmatici che sottintendono, naturalmente, diverse scelte culturali e di modalità di rapportarsi con la sofferenza mentale. Decisivo, sotto questo profilo, il rapporto con la psichiatria francese più avanzata, già da tempo nutrita dei fermenti della psicoanalisi e del marxismo, che aveva sperimentato nella pratica la c. d. «organizzazione di settore», raccomandata in Francia da una circolare ministeriale sull'assistenza psichiatrica emanata il 15 marzo 1960. Del «settore» - destinato a diventare parola-simbolo nel lessico degli psichiatri «riformatori» - si discusse forse per la prima volta pubblicamente a Bologna nel 1964, al Convegno nazionale di psichiatria sociale, con l'intervento dei francesi H. Duchêne e G. Daumezon. Nella mozione conclusiva il Convegno auspicava

«...che nella riforma della legislazione psichiatrica, di cui sottolinea l'assoluta urgenza più volte riaffermata in questi ultimi anni, sia quanto meno prevista e consentita la possibilità di attuare anche in Italia un'organizzazione "a settore" dell'assistenza psichiatrica».

L'uso del termine «*consentita*» rivela la mancanza di unanimità rispetto alla prospettiva della riforma nella direzione del «settore» del sistema manicomiale retto ancora dalla legge del 1904. L'ipotesi del «settore», anzi, acquista il valore di discriminare tra i difensori della assoluta, irrinunciabile centralità dell'ospedale psichiatrico onusto di tradizione, e i sostenitori d'un insieme di presidi psichiatrici più agile, articolato, decentrato sul territorio, nel quale il luogo del ricovero - l'ospedale, appunto - avrebbe perso la sua supremazia. Il discriminare era anche di natura generazionale, e le polemiche aspre di quegli anni dimostrano con chiarezza come l'assetto istituzionale d'una disciplina quale la psichiatria non sia mai «neutro» ma incorpori o riveli una cultura (o una ideologia) precisa. La polemica delineata nel Convegno di Bologna si fece ancor più netta nel successivo convegno di Varese del 1965. Nella mozione conclusiva i medici, richiamando i principi teorici discussi a Bologna e preso atto che gli stessi erano già applicati nelle strutture psichiatriche di alcune province, «*avvertono i legislatori che sarebbe grave errore codificare norme che non consentano una organizzazione unitaria dei servizi psichiatrici [...]*». Ma guardiamo cosa accade nel giugno successivo a Roma nel convegno *Sanità mentale ed assistenza psichiatrica*. Di nuovo la difesa ad oltranza dell'ospedale psichiatrico minacciato nel progetto di legge ministeriale per l'«*utopistica istanza di creare ospedali psichiatrici non superiori ai 500 letti*» (e poco oltre il sarcasmo: «*per i comunisti non più di 300*») e, sotto sotto, della legge del 1904 minacciata a sua volta perché i suoi «*autorevoli sostenitori*» appaiono «*ormai sommersi dalla marea che sale*». L'integrità del grande ospedale psichiatrico è messa in discussione dalla «*soluzione settoriale*» propugnata da «*numerosi psichiatri italiani (specie tra i giovani)*», che reca con sé «*il prevalere di dottrine*

psicodinamiche a scapito del solido indirizzo biologico tradizionale della psichiatria italiana, indirizzo che non potrebbe più trovare alimento in piccole unità di ricovero [...]». Com'è noto, il modello della psichiatria di settore verrà poi criticato dall'ala più radicale del movimento antimanicomiale, perché sebbene dimostrasse un notevole potenziale «eversivo» nella stagnante situazione italiana - e ne erano prove gli attacchi che venivano mossi a quel modello e al suo teorico migliore, Edoardo Balduzzi, da parte dell'*establishment* manicomiale e accademico - comportava pur sempre il mantenimento dell'ospedale psichiatrico con le sue funzioni tradizionali e pareva prestarsi, in alcune delle Province italiane in cui fu sperimentato, a operazioni di ingegneria istituzionale di pura facciata che comunque non realizzavano l'esigenza ideale della priorità dell'intervento sul territorio e della «continuità terapeutica» ad opera d'una équipe pluridisciplinare.

10. L'assetto istituzionale della psichiatria italiana, rimasto immutato dall'inizio del secolo XX, cominciò ad incrinarsi con l'emanazione - ottenuta anche grazie a scioperi dei medici degli ospedali psichiatrici indetti dall'AMOPI nell'aprile 1967 e nel febbraio 1968 - della legge stralcio n. 431 del 18 marzo 1968, nota come «legge Mariotti». Beninteso non si trattava ancora dell'avvio della *metamorfosi* autentica della psichiatria manicomiale in qualcosa di radicalmente «altro». La legge Giolitti del 1904 rimaneva integralmente in vigore, se ne attenuava il carattere repressivo e custodialistico, perché pur permanendo la normativa sui ricoveri d'autorità o coattivi, motivati ancora con il criterio della «pericolosità», veniva riconosciuto alla persona sofferente il diritto di chiedere l'ammissione in ospedale psichiatrico ed ottenerla su semplice autorizzazione del medico di guardia. Si manifesta già così «immediatamente il crollo del potere unico e insindacabile del direttore sull'ammissione in ospedale, e la parallela riaffermazione del diritto della persona a decidere di sé e della propria salute [...]. Cominciava ad affermarsi, pur senza raggiungere la perfezione di un vero diritto costituzionale, il diritto alla salute, prevalente su ogni interesse di ordine pubblico [...]». Di più, il malato conservava il diritto a decidere del momento della sua dimissione e, se internato d'autorità, poteva chiedere in corso di degenza la trasformazione del ricovero da coatto a volontario. Fu eliminato l'obbligo dell'annotazione nel casellario giudiziale di ogni ammissione o dimissione da ospedali psichiatrici. Si aggiunga che la legge imponeva in ogni ospedale un numero minimo di infermieri in rapporto ai posti letto, l'istituzione di posti di assistente sociale o sanitaria, la creazione di centri o servizi di igiene mentale extraospedalieri con un loro organico garantito.

Lo scossone al sistema manicomiale italiano ci fu, indubbiamente. Il riconoscimento del «folle» come persona o cittadino titolare di diritti e capace di autodeterminazione; l'attenuazione - non certo la scomparsa: i modelli culturali son duri a morire - dell'attributo della «pericolosità» e dello «scandalo» che avevano connotato *necessariamente* ogni ricovero psichiatrico dall'inizio del secolo; l'assistenza psichiatrica proiettata sul «territorio», furono acquisizioni di grande importanza. Tralasciamo qui altre possibili considerazioni sui limiti della legge 431: fu detto giustamente che «il suo difetto più grave sta nell'essere ancora una legge ospedaliera con posti-letto e gerarchie e non una legge per la sanità mentale». Considerando che per troppi aspetti costituiva una razionalizzazione dell'esistente più che il primo passo d'una rivoluzione, si impone un'osservazione su di aspetto problematico che ci riporta all'inizio della nostra storia. La legge 431 era ancora una legge *della psichiatria*: con essa la psichiatria pubblica, nella sua organizzazione complessiva, nei suoi meccanismi di funzionamento, pur avvicinata ai bisogni/diritti di salute del cittadino, rimaneva ancora un «corpo separato». La legge Giolitti del 1904 formalizzava l'esistenza d'una agenzia sociale-

statuale strutturata sul dispositivo manicomiale, dotata di un corpus dottrinario medicale e affidata ad un settore specialistico della medicina, ma senza alcun rapporto con il restante mondo della sanità: i suoi rapporti erano invece con il potere amministrativo e, soprattutto, con quello giudiziario. Nei decenni successivi alla sua emanazione i medici psichiatri avevano fatto di tutto per superare la conflittualità con le amministrazioni provinciali ed emanciparsi dall'ingombrante tutela della magistratura, ma in definitiva ogni richiesta di «riforma» della legge finiva per esaurirsi nella aspirazione ad una nuova *legge per la psichiatria* che garantisse loro autonomia e potere professionale. Si osserva una contraddizione sulla quale occorrerà riflettere ulteriormente: sul piano teorico-paradigmatico gli psichiatri esigevano di essere considerati «medici come gli altri», e disporre non già di manicomi ma di ospedali come tutti gli altri poiché, si diceva, «la malattia mentale è una malattia come tutte le altre», sul piano normativo si chiedeva comunque una legge pressoché esclusiva e «specificata» per la psichiatria.

11. Il valore rivoluzionario della legge 180 del 1978 - la vera metamorfosi - è la *dislocazione* della psichiatria: non più agenzia sociale-statuale specifica, isolata in uno spazio suo proprio, bensì parte a tutti gli effetti di un sistema sanitario complessivo deputato alla tutela della salute del cittadino. Per giungere a questo risultato dovevano realizzarsi alcune condizioni determinanti. Anzitutto, l'abbandono definitivo del *manicomio*, sia dal punto di vista pratico sia - soprattutto - sul piano ideologico e culturale, seguendo quella che era stata la lezione luminosa e trainante di Franco Basaglia. Inoltre, il sorgere e il diffondersi d'una cultura sociale contraria ad ogni forma di discriminazione ed emarginazione dei diversi e tesa alla rivendicazione di nuovi spazi di libertà. Quindi una *tensione trasformativa* della società italiana che ad opera delle forze politiche che allora seppero coglierla si tradusse in leggi di riforma importanti quali la 194 sulla maternità responsabile e l'interruzione volontaria della gravidanza, la 685 sulle sostanze stupefacenti e psicotrope e l'assistenza ai «tossicodipendenti», e poi nelle lotte per la difesa della salute dei lavoratori e nell'impegno pratico per l'abolizione di ogni forma di discriminazione dei minori. In questo nuovo clima della società e della politica italiana fu definitivamente abbandonata ogni idea di «riformare» la legge del 1904 per inserire, invece, la psichiatria nella legge per l'istituzione di un sistema sanitario nazionale, rivendicato da alcuni anni. In questo senso, momenti di svolta furono i convegni del maggio 1969 a Venezia, «Psichiatria e servizio sanitario nazionale», e del marzo 1970 a Reggio Emilia, «Psichiatria ed Enti locali», nei quali psichiatri, politici e amministratori concordemente chiesero che la psichiatria uscisse del tutto dalla dimensione manicomiale per entrare in quella delle previste «unità sanitarie locali». La spinta decisiva si ebbe grazie al referendum abrogativo della legge n. 36 del 1904 promosso dal Partito radicale. Il Parlamento, dove giacevano da anni progetti di riforma sanitaria, di fronte al rischio d'una *vacatio legis* che sarebbe conseguita all'abrogazione della legge manicomiale, varò in tutta fretta la legge n. 180 del 13 maggio 1978 come stralcio della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

La *metamorfosi* dell'assetto istituzionale della psichiatria italiana era così completa, ancorché non definitiva. Ulteriori modificazioni di quell'assetto ci sarebbero state con la trasformazione delle Unità sanitarie locali in «aziende» con conseguenze ancora tutte da considerare sulla configurazione della psichiatria, per i rapporti già richiamati fra assetto istituzionale, cultura e prassi della psichiatria. Ma tutto ciò è ormai storia e cronaca del presente.