

Nosologia di dottrine, di luoghi e di contingenze Figure della clinica al S. Maria della Pietà nella prima metà del '900

Giuseppe Riefolo

1. Premessa.

In queste note proverò a seguire le tracce che i documenti clinici segnano – e attestano – del percorso di una istituzione. I documenti rappresentano l'interfaccia fra la dottrina - elaborata e definita a livelli generali - e le contingenze specifiche dei contesti in cui essa si sedimenta. Si può scoprire, quindi, come nessuna dottrina venga automaticamente importata ed adottata interamente da una istituzione, ma che essa segue i destini che le impongono i luoghi e le contingenze. Si tratta, ad esempio, di riconoscere il particolare potere che nell'applicazione della dottrina hanno particolari figure di medici che negli anni riportano i propri interessi scientifici e clinici nel sistema dell'istituzione, o particolari contingenze storiche, quali le guerre o determinate situazioni economiche e sociali che spesso coartano persino i codici delle dottrine quando queste vengono assunte dall'istituzione.

Assumerò i documenti clinici come *testimoni* e come *depositari*. Da un lato essi attestano accadimenti ed eventi, processi discreti attraverso cui la dottrina psichiatrica trova, nell'arco lungo del tempo, sedimentazione in una istituzione che proclama finalità terapeutiche. Parallelamente i documenti accolgono il senso intimo ed *effettivo* dei processi attraverso cui le dottrine e le istituzioni si compiono e lo custodiscono finché il tempo e le contingenze non lo renderanno esplicitabile. Nei documenti è spesso *depositata* la preoccupazione dei medici rispetto alla costruzione di una propria disciplina scientifica. E' possibile seguire la lenta parabola che sempre più connota l'istituzione in un luogo senza più capacità terapeutiche e sempre più segregante. La funzione di *depositario* dei documenti può cogliersi come *lapsus* che l'istituzione compie ogni qual volta è preoccupata di esibire un quadro formale ed ufficiale di se stessa: attiene alle preoccupazioni sospese, prima ancora che alle attestazioni esplicite. Ad esempio si tratta di leggere secondo il registro del *lapsus* le decisioni di adottare nuovi Registri Matricolari, oppure di modificare le dizioni prestampate delle sezioni delle cartelle cliniche o delle Module Informative o la comparsa di nuovi moduli pre-stampati. Si tratta di intuire – o almeno sospettare – quale indicazione sia custodita nel fatto che una cartella clinica in alcuni periodi sia particolarmente compilata oppure totalmente carente di notizie cliniche. Si tratta di intuire quale registro governa lo sguardo dei medici esterni che inviano pazienti al manicomio, o dei medici nella Sala di Osservazione o degli infermieri che puntualmente redigono nel reparto il diario di un paziente¹.

Un'altra precisazione di metodo. Nelle note che seguono l'analisi dei documenti non è stata *sistematica*. L'analisi sistematica attiene ad un diverso interesse o progetto che ci potrebbe spingere verso l'enorme mole di documenti clinici presenti in un manicomio. Si tratta, a mio parere, di rivendicare il senso incerto che un'analisi non sistematica dei

¹ Cfr. G. Riefolo, F.M. Ferro (1987), Note sulla fondazione della psichiatria clinica: prassi dell'osservazione e nascita della 'cartella', *Giorn. St. Psicol. Dinamica*, XI, 22, 177 – 202; G. Riefolo, T. Losavio (1994), Tra Ottocento e Novecento. La psichiatria italiana attraverso i documenti clinici di S. Maria della Pietà, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai Papi al '900*, Dedalo, Bari, vol. II.

documenti propone², ovvero che frammenti colti secondo un arco ampio, ma discontinuo³ di tempo possano tracciare linee di tendenza, fasi circoscritte non più riscontrabili in altri documenti che, comunque, lasciano spazio a ipotesi diverse e, soprattutto, propongono la possibilità che uno stesso evento possa avere più ipotesi che lo giustifichino. In queste note tenterò di proporre ipotesi prima che sostenere tesi e mi affiderò a documenti sparsi, spesso isolati, per formularle.

2. Tra 800 e 900: fino alla prima guerra.

Sono anni di transizione. I documenti clinici segnalano molti indici nosologici, spesso fra loro contraddittori: le demenze, le frenosi, la paranoia, l'imbecillità e l'idiozia, la follia circolare e la pazzia morale, la malinconia e – a volte – ricorre il concetto di *Degenerazione*, anche se associato a precise diagnosi⁴. Le categorie della Demenza e della Paranoia, meritano alcune considerazioni. Le Demenze vengono distinte in primarie e secondarie⁵. Per secondarie sono da intendersi i quadri degenerativi conseguenti ad alcolismo, a Lue, ad epilessia e spesso ritroviamo la diagnosi di “senile”. Le demenze primitive sono nella linea nosologica kraepeliniana: uno studente di Ancona viene ricoverato nel '99 con diagnosi di “Demenza Precoce”; nel 1998 ricorre: “Demenza catatonica”. Nel 1896 viene ricoverato un vignaiuolo di Velletri per il quale la diagnosi si fa molto precisa nel senso kraepeliniano: “Demenza Precoce in forma catatonica”. Infine nel 1901 si ricovera una casalinga ventitreenne di Cori con diagnosi di “Demenza Precoce”. La paranoia viene molto specificata e raramente ricorre come categoria generale (1898). In realtà le sottovoci che tendono a specificare le varie forme di paranoia risultano alquanto confuse e sembrano tentare una descrizione sintomatologica del quadro piuttosto che inserire la paranoia in precise categorie diagnostiche. Il medico di accettazione sospende le nosografie ufficiali e sottolinea piuttosto la propria preoccupazione contingente della lettura e descrizione concreta del caso: Paranoia allucinatoria e “persecutoria” (!). Si confondono le paranoie primitive con quelle “originarie”; sempre viene sottolineato o tenuto implicito il carattere processuale, sistematizzante e cronico del quadro; prevalgono le associazioni con altri quadri clinici: “cerebrale mista”; “cerebro-spinale”^e, nel 1895, per un suonatore di violino di 33 anni di Rieti, poi trasferito, dopo 6 anni, a Ceccano: “Delirio paranoide con sfondo imbecillesco”. Segnalo una voce particolare, in questo periodo rara, ma che andrà segnalandosi sempre più negli anni a seguire: nel Registro Matricolare 1901, si legge di un ricoverato dal 1898 con diagnosi di “stato depressivo”, in questo caso associato a “debolezza morale incipiente”, dove non è chiaro quanto per debolezza morale si voglia intendere un classico tratto degenerativo, caro alla psichiatria del secondo ottocento che si riferiva alle tesi di Morel e Magnan o, magari un elemento che il medico, in riferimento alle tesi di Janet, intuisce dell'ordine dell'indebolimento delle capacità psicologiche di base (*affaiblissement de la fonction du réel*). A questi livelli, ritengo che gli ambiti di ambiguità non vadano composti, ma letti come segnali di transizione tra campi nosologici differenti.

² Ciò non esclude affatto che le due posizioni possano essere complementari.

³ M. Foucault (1969), *L'archéologie du savoir*, tr. it. *L'archeologia del sapere*, Milano, 1971.

⁴ Un falegname di 22 anni, nel 1895 e presente a tutto il 1901, viene diagnosticato come “Episodio delirante persecutorio in Degenerato”. Sottolineo come nonostante si trattasse di “episodio” rimane ricoverato ininterrottamente – forse perché *degenerato* - almeno fino al 1901.

⁵ In verità si riscontra solo – a volte – la specificazione di “secondaria”, mentre quella di “primaria” sarebbe implicita.

Nelle donne le categorie diagnostiche sono sostanzialmente simili a quelle degli uomini. Prevalgono ovviamente alcune categorie “tipiche” femminili: in una casalinga ventitreenne romana si riscontra “Psicosi isterica (1894). Mania ricorrente” e poi: “istero-epilessia”. In altri casi, con troppa disinvoltura si stabilisce una equivalenza fra psicosi e frenosi: “frenosi isterica” (1901); psicosi ipocondriaca; Psicosi isterica (1901); isterismo. In una casalinga di 20 anni di Moricone, accettata nel 1901, compare “stato depresso”. Solo per le donne si segnalano in questa fase a cavallo del secolo casi di “Stato ansioso” (due casalinghe, 55 e 59 anni,) vari casi di Melanconia ansiosa e “Stato ansioso da allattamento” (28 anni, casalinga). Si segnala la persistenza di voci nosografiche oramai desuete quali l’Amentia di Meinert a fianco di voci diagnostiche che tendono a sottolineare le caratteristiche dell’esperienza femminile, soprattutto puerperale: “Stato confusionale” e “stato confusionale puerperale”.

Nei voluminosi *Registri Matricolari*⁶ del primo decennio del secolo non si segnalano particolari cambiamenti rispetto al passaggio degli anni intorno al 1900. Nonostante la diffusione delle tesi kraepeliniane e la traduzione italiana della VII edizione del *trattato*⁷ le diagnosi di Demenza Precoce in questi anni non sono prevalenti soprattutto se confrontate con le numerose diagnosi di Idiozia e Demenza paralitica. Crescono le diagnosi di Epilessia e la categoria delle Demenze si specifica ulteriormente: Senile⁸, Paralitica, alcolica, arteriosclerotica.... A fronte del confuso campo delle dizioni nosografiche che tendono a descrivere lo stato patologico di fondo (Demenza, follia, stato confusionale, Paranoia,...), predomina la dizione di “psicosi”: parlo di *dizione* e non di *categoria diagnostica*, in quanto il concetto di “psicosi” viene usato in modo generico, nonostante fosse stato sufficientemente definito in modo specifico da quasi un secolo. Lo sguardo nosologico della istituzione si mantiene distante, più pragmatico e generico, dalle preoccupazioni teoriche della dottrina: c’è una nosografia della dottrina ed una nosografia dei luoghi. Nelle istituzioni prevale la preoccupazione della collocazione di quadri patologici nei luoghi prima che nelle categorie diagnostiche. Ritengo che la funzione dei luoghi istituzionali sia un elemento nosologico molto importante ed attivo rispetto alla nosologia ufficiale e che questo elemento sia sempre presente nella psichiatria come nelle discipline mediche. I luoghi della istituzione non si compongono secondo la specifica nosografia, ma tengono insieme psicotici, Dementi, Paranoici ecc. Ci si preoccupa di discriminare fra l’ammissione, l’osservazione, l’esito e (sempre più) le ragioni dell’eventuale morte, parallelamente ad una grossolana discriminazione rispetto allo stato di pericolosità e di acuzie. Dai primi del ‘900, con l’apertura del padiglione XC, “Principe di

⁶ Introdotti a S. Maria della Pietà, probabilmente soprattutto a fini di valutazione statistica, da Giuseppe Girolami, nel 1871.

⁷ Tutte le edizioni di Kraepelin sono custodite tuttora nella biblioteca Cencelli insieme alle famose lezioni di Heidelberg. Ritengo che tali edizioni, e soprattutto la traduzione italiana della VII edizione (non a caso pubblicata in Italia in coincidenza con la legge del 1904 sui manicomi) siano state acquisite precocemente. La biblioteca custodisce anche il primo abbozzo del *Trattato*, ovvero il *Compendio di psichiatria* (1883) la cui traduzione italiana, edita nell’85 a Milano da Vallardi, risulta rivista e annotata dal Bonfigli, quando questi era direttore a Ferrara.

⁸ Compaiono e si incrementano con gli anni le diagnosi di “Demenza senile” in verità riscontrata in soggetti alcune volte anche di 40- 50 anni, parallelamente a diagnosi – rare, in verità, ma pur sempre presenti – di Presbiefrenia che, com’è noto è l’altro polo della ebefrenia di Ecker.

Piemonte” nel 1933⁹ la discriminazione riguarda anche l'età¹⁰. Parallelamente, la nosografia ufficiale tenta discriminazioni sottili che, però non hanno un preciso e particolare esito nella gestione del paziente o, almeno, del caso: la nosografia della dottrina rimane sostanzialmente un puro esercizio, ed è per questo che, nell'essere adottata stabilmente dall'istituzione, si muove con notevole ritardo rispetto alle nosografie ufficiali e, molto spesso, deve concedere il tributo a quelle che possiamo definire le contingenze del luogo.

Non si accrescono in questi anni – rimanendo piuttosto episodiche – le diagnosi che fanno riferimento allo *stato ansioso* e alla *depressione*. Alcuni casi di Demenza Precoce, che fino ad allora erano stati riferiti soprattutto a pazienti molto giovani, vengono anche descritti in pazienti non più giovanissimi. Seppur nella esiguità dei casi diagnosticati di Demenza Precoce questo elemento potrebbe essere messo in relazione alle vicende della nosografia di Kraepelin il quale nella IV edizione del trattato ingloba all'interno del proprio sistema nosografico, nella classe dei “processi psichici degenerativi”, la *Dementia Praecox* descrivendola sostanzialmente sui tratti della preesistente Ebefrenia di Ecker per poi distinguerla e completare il quadro complesso della Demenza Precoce con altre sottoclassi, *catatonica* e *paranoide*, che riguardano pazienti con età e decorso più avanzati¹¹.

Consideriamo alcune diagnosi che, nella loro particolarità, penso segnalino scarti ed importanti movimenti di fondo. In un caso: “Isteria. Non verificata pazzia”, si intuisce il preciso dato nosologico di irriducibilità fra “pazzia” ed isteria per quanto, peraltro, sia più volte associata, indifferentemente, alle dizioni di “psicosi” o frenosi. In un altro caso la Amenza viene associata e specificata con “paranoia religiosa”.

Un dato importante dello sfondo istituzionale. Dal 1907 i Registri Matricolari diventano improvvisamente più voluminosi¹²: i registri si preoccupano di documentare, ora, anche i movimenti delle “succursali” verso le quali si orienta una ampia fascia di utenza, solitamente quella avviata verso una definitiva cronicità. Una quota di pagine accolgono ora le notizie dei ricoverati trasferiti a Ceccano, Imola, Teramo, Siena e, dal 1914, Pesaro.

In questi anni, 1906-1910, si segnala una progressiva precisazione dell'uso nosologico dei quadri di Demenza rispetto alle Psicosi. Le prime vengono soprattutto associate a quadri

⁹ Inaugurato in modo solenne il 21 aprile 1933 è “destinato ai fanciulli oligofrenici di età inferiore ai 14 anni e parzialmente rieducabili con metodi scolastici ed artigianali” (U. De Giacomo, 1966, Storia dell'Ospedale Psichiatrico S. M. della Pietà dal 1548 al 1963, *Il Lav. Neuropsich.*, anno XX, 39, 3 p. 529). Dal settembre 1947 diviene l'istituto Medico-Pedagogico “Sante De Sanctis” con 120 posti letto. Per i fanciulli oligofrenici non rieducabili c'era il Pad. 8°

¹⁰ La prima istituzione per ricovero di “putti” era la “Casa del Letterato” fondata da Gian Leonardo Ceruso nel 1687 a via del Corso. Il S. Michele a Ripa, nel 1693, a 4 anni dalla fondazione accoglie tutti i “putti” del Letterato. Per esservi ammessi bisognava essere orfani o, nel caso visse la sola madre, ella doveva avere altri 3 figli a cui badare. Tutti venivano avviati ad un'arte, solitamente la tessitura del cotone e poi della lana. (cfr. L. Nasto, 1994, Nel serraglio dei birbanti...., in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900*, Dedalo, Bari, 339–347; G.M. Sirovich, 1990, Correzionale del S. Michele e istanze di reclusione a Roma (XVIII-XIX secolo), in *Società e Storia*, XIII, 50, 827-845.

¹¹ cfr. P. Bercherie (1980), *Les fondaments de la clinique*, Seuil, Paris.

¹² Penso andrebbe analizzata in modo più approfondito questa tipica ed irresistibile tendenza alla complicazione, spesso elefantica, di ogni elemento istituzionale: non aumentano numericamente solo i ricoverati, ma parallelamente si accrescono le preoccupazioni nosologiche e terapeutiche; nuove modalità di accoglienza e categorie di accoglienza e nosografiche sempre più articolate. Parallelo a questo accrescersi dei luoghi istituzionali concreti è il decrescere delle preoccupazioni verso le caratteristiche soggettive dei ricoverati. Potremmo dire che le istituzioni si muovono verso un preciso *Assunto di Base* autoprotettivo che è la generalizzazione dell'evento singolo verso la costruzione di categorie.

a carattere “degenerativo” e fra esse è anche compresa la Demenza Precoce, oltre alla paralitica, l'alcolica e la arteriosclerotica; mentre le psicosi sembrano essere caratterizzate da sintomi più a carattere “funzionale”: cefalalgica, periodica, alcolica¹³, epilettica, ipocondriaca, isterica, allucinatoria... Permangono episodiche dizioni nosografiche che si avviano lentamente alla definitiva scomparsa: “frenosi maniaco depressiva” e Amenza. I quadri di Demenza Precoce, lentamente segnalano piccoli incrementi pur rimanendo diagnosi ancora poco rappresentate nella cornice dell'istituzione la quale predilige diagnosi poco specifiche, descrittive e spesso confuse. Compaiono categorie diagnostiche originali *depositarie* di attenzioni non ancora organizzate, ma che si insinuano nei vertici osservativi dell'istituzione ed annunciano sviluppi futuri ora appena e casualmente accennati: insieme a rare diagnosi di Morfinismo e deficienza morale leggiamo: “isteria ed epilessia a crisi dissociate” (contadina di 23 anni, 1907). Alcuni casi di “stato depressivo” e di “Psicosi coreica”. In un bambino di 10 anni, diagnosticato affetto da “frenastenia”, il paradosso della formalità che governa i documenti raggiunge il grottesco attraverso l'annotazione del mestiere: “nullafacente”!

A partire dal 1909 i vecchi registri risultano sempre meno compilati nelle loro numerose caselle, ma segnalano solo l'avvenuto trasferimento verso le “succursali”, mentre altri registri accolgono i dati clinici ed anagrafici dei pazienti. Il concetto di “demenza” è sinonimo di “degenerativo”; si riducono gradualmente le categorie di maggiore specificità quali, l'isteria.

Sottolineo l'emergere soprattutto di due orientamenti fra loro complementari che analizzeremo meglio più avanti. Nelle preoccupazioni diagnostiche ricorre spesso la dizione di “*stato*” (demenziale, confusionale, depressivo, d'eccitamento, melanconico, ipocondriaco,...) che sembra voler distinguere i percorsi discreti da quelli accessuali fra i quali predominano l'epilessia e l'isteria (che, in verità, non sono mai comprese fra le dizioni di “*stato*”). Il dato può essere letto secondo vari registri; ad esempio come segnale di una cultura psichiatrica che si orienta sempre più verso la individuazione di percorsi di organizzazione di disturbi progressivi e cronici distinti da quadri a netta caratterizzazione accessuale i quali sono chiamati a giustificare piuttosto comportamenti sociali anomali (accessualità, irregolarità, impulsività,...). A ciò sembra corrispondere il dato che soprattutto i quadri organizzati su processi deficitari e cronici sembrano giustificare il progressivo aumento della popolazione del manicomio e questo dato sembra essere peculiare del S. Maria della Pietà¹⁴ dove, a differenza di altri manicomi italiani, la patologia pellagrosa è assolutamente esigua e minimo risulta l'alcolismo e dove, tuttosommato, non prenderanno mai piede le tesi lombrosiane¹⁵. Il dato distintivo lombrosiano non è, a mio parere, l'abuso di categorie nosografiche quali la “follia morale” o il tentativo di

¹³ Come per l'epilessia e l'isteria, in alcuni casi ricorrono indifferentemente le categorie di Demenza o Psicosi. Le ipotesi che cerco di sostenere sono da considerarsi, ovviamente, come orientamenti nosografici in una nosologia fondamentalmente sempre confusa e, soprattutto che, con movimenti lenti ed oscillanti, è in continua trasformazione, ovviamente in ritardo rispetto alla enunciazione e pubblicazione delle categorie nosografiche ufficiali.

¹⁴ V. Fiorino (2002), *Matti, indemoniate e vagabondi*, Marsilio, Venezia; pp. 80 e segg; e p. 94.

¹⁵ Se non nella formale indagine, a partire dagli anni delle direzioni Bonfigli-Mingazzini, delle “Note Antropometriche”. Bonfigli, peraltro, in margine alle ricerche sulla pellagra, aveva avuto ampi motivi di conflittualità esplicita con Lombroso. Non si riscontra nei documenti clinici del S. Maria, la tesi della equivalenza fra accessualità, epilessia e malattia mentale su cui si organizzerà gran parte della dottrina freniatria del secondo Ottocento e primi del Novecento. Si delinea, piuttosto, una tendenza a considerare le patologie accessuali come sostanzialmente estranee alle competenze del S. Maria della Pietà e, pertanto, esse risultano fra le cause maggiori di “guarigioni” o, comunque di dimissioni.

medicalizzazione della criminalità o della stessa povertà¹⁶, ma l'exasperata associazione – inaugurata in Italia da Golgi e Seppilli – della impulsività ed anomalia sociale con elementi documentabili nel corpo, ovvero l'epilessia o le disarmonie somatiche. Questa associazione non si rileva nei documenti del S. Maria dove vi è solo una formale adesione a generiche formule nosografiche senza la preliminare adozione degli specifici criteri fisiopatologici¹⁷. Con Mingazzini si intensificano nelle cartelle i referti anatomopatologici che contribuiscono in modo ponderoso alla formulazione della diagnosi. Il S. Maria della Pietà, grazie alle posizioni rigorosamente neurologiche di Mingazzini, rimarrà sostanzialmente immune dalle posizioni lombrosiane, così largamente diffuse nell'Italia del primo '900¹⁸. Mingazzini, nella introduzione alla edizione italiana di von Economo (1928), ribadisce la fedeltà al dato neuropatologico piuttosto che alle tesi "degenerative". La sua adesione netta alla nosologia tedesca è dichiarata già nel 1905 in una introduzione ad una monografia di un allievo, M.A. Bioglio, sulle Cefalee¹⁹: Le cefalee, le emicranie e le prosopalgie vengono rappresentate come "psicosi neuralgiche" ponendosi in questo senso nella linea delle psicosi consecutive ad irritazione spinale delineata da Griesinger. Nel caso del bambino Giovanni C., riportato da V. Fiorino (*cit.*, p. 141), nella cartella le note "lombrosiane" sono appena accennate, mentre ci si dilunga nell'analisi negativa del comportamento: il tono prima che essere lombrosiano è spiccatamente "manicomiale". Prima che le specifiche tesi lombrosiane, le cartelle adottano il più generico riferimento al concetto di comportamento anomalo e riferito alla "pubblica moralità" introdotti nel diritto penale all'inizio dell'800 con il relativo reato di "pubblico scandalo" (*id.* p.144). Ciò al S. Maria della Pietà è particolarmente dimostrato dalle richieste di "perizie" nelle quali, prima che fare emergere note lombrosiane tipiche del "tipo criminale" il manicomio sottolinea caratteristiche umane ed affettive dei ricoverati²⁰.

Propongo una storia esemplare, soprattutto per descrivere gli anni di transizione intorno alla prima guerra mondiale che coincide anche con l'introduzione precoce della categoria nosografica delle schizofrenie.

Dalle cartelle emerge una estrema disinvoltura nell'uso equivalente delle diagnosi di Schizofrenia o di Demenza Precoce. Il passaggio nosologico dalla Demenza Precoce

¹⁶ Come nel caso delle tesi tossicologiche sulla Pellagra.

¹⁷ Enrico Morselli scrive su: "le ricerche craniometriche nei loro rapporti con la psichiatria" (*Arch. Ital. di Mal. Nerv. e Ment.*, XVIII, 1881, 59-78); Mingazzini, su base anatomopatologica prima che teorica (o preconcepita come in Lombroso), sostiene che i criminali prima che tare costituzionali, presentano esiti di anomalie ed arresti di sviluppo con la emergenza, in secondo luogo, di tare degenerative: la tesi, a ben guardare è profondamente distante dalle tesi lombrosiane in quanto ha una progressione esattamente opposta a quella lombrosiana. Essa parte dalle evidenze anatomopatologiche per giungere a deduzioni di ordine clinico e l'anomalia è piuttosto contingente e non costituzionale o ereditaria come voleva la teoria lombrosiana o della *degenerescence* di Morel. Un esempio esplicito di quanto sostengo è nell'articolo di Mingazzini "Sopra 30 crani ed encefali di delinquenti italiani", in *Riv. Sperim. di Freniatr.* 14, 1888, 1-48.).

¹⁸ Mingazzini collabora ad un libro di Lombroso sulla "Perizia psichiatrico-legale" (Bocca, Torino, 1905), scrive prefazioni ad opere lombrosiane ed accetta prefazioni di Lombroso per studi del suo gruppo; pubblica presso editori sensibili alla corrente lombrosiana (UTET, Bocca...), ma in realtà il suo organicismo difende una propria autonomia, fondata sul riscontro anatomo-clinico, più che su premesse speculative.

¹⁹ M. A. Bioglio (1905), *Contributo allo studio clinico dell'emicrania*, Tip. Operaia Romana coop., Roma. Mingazzini si collega a Griesinger e Schüle che introducono il concetto di "disfrenie neuralgiche" e rivendica la funzione clinica dello spazio del manicomio: "... fondandomi su numerosi casi clinici raccolti nel Manicomio di Roma, descrissi successivamente in parecchie monografie varie forme di psicosi neuralgiche".

²⁰ cfr. i casi riportati più oltre al par. 6. Il compito che il manicomio si assume di "constatare psicosi", anche quando si tratta di veri e propri "criminali", non si declina attraverso il rilievo di note antropologiche o teorie di ordine degenerativo!

verso le Schizofrenie²¹ sembra consistere solo in uno scambio di dizioni, ma il vertice dello sguardo non cambia: rimangono immutati sia i caratteri del fenomeno descritto che il vertice nosologico, entrambi organizzati sul progressivo strutturarsi del *difetto* patologico. Francesco F., 19 anni, da Sutri, viene di volta in volta definito Demente precoce o Schizofrenico; non si evidenziano mai nuovi elementi di interesse o di curiosità da parte del medico. Il quadro descritto si sostiene sul criterio di “anormalità ed irregolarità” del comportamento ed impoverimento progressivo. Si segue il lento e graduale estinguersi di desideri di ritorno al sociale, la perdita progressiva di affetti e, persino – con una certa irritazione dell’istituzione – una inadeguata adesione alla “oggettività” sancita dai referti e dai certificati medici: “...la modula dice che ha accessi furiosi, ma il padre li nega recisamente²²”. Eppure, casi come quello che segue si prestavano abbondantemente ad illuminanti descrizioni del quadro schizofrenico! Vi si ritrovano tutti gli elementi significativi del quadro. La cartella, invece, non accenna mai all’Autismo – in un caso, peraltro estremamente organizzato in tal senso – né alla scissione/dissociazione (Spaltung e Dissoziazion bleuleriane) come meccanismo psicopatologico alla base dei sintomi. Si potrebbe sostenere che, nel S. Maria della Pietà, nonostante il precoce interesse per il nuovo campo nosografico, della Schizofrenia si adotta lo schermo esterno, mentre il codice nosologico interno tarda ad essere introdotto.

Nel primo ricovero, il 3 gennaio del 1915 l’anamnesi racconta:

“... è figlio legittimo; non ha mai avuto infezioni veneree, anzi non è mai stato a donne. Non ha subito mai traumi al capo... era intelligente, era un ottimo lavoratore, un buon contadino capace del suo mestiere. I primi sintomi dell’attuale stato morboso comparvero tre anni or sono: egli, per aver acceso del fuoco sopra un fondo di una donna fu chiamato dal maresciallo dei carabinieri che, gridando che gli “avrebbe messo i ferri”, gli fece alzare le braccia, lo perquisì. Il danno che il ragazzo che allora contava 15 anni causò fu di nessun valore e non ci fu neanche luogo a procedimento. Da allora, siccome timido e vergognoso si notò che... Non vi è dubbio che si tratti di una forma di Demenza Precoce”

Due semplici note nella prima cartella fino alla improbabile dimissione:

26.2.1915: “... sta in letto colla testa coperta dalle lenzuola. Se qualcuno si avvicina, o lo scopre, si alza di soprassalto e ride”

7.6.1915: “Taciturno; qualche volta sorride; va gradualmente migliorando”.

Un secondo ricovero interviene dopo poco.

14.7.1915. Entrato ieri; si è mantenuto sempre calmo; ha detto di essere tirato al manicomio perché non bene guarito, avvertiva in certi periodi come fili elettrici in testa e poi grande confusione. Nella giornata è rimasto sempre appartato, ora guardando fisso in un punto, ora ridendo senza motivo apprezzabile. Ha mangiato regolarmente. Nella notte ha dormito sufficientemente. E’ proprio.

All’interrogatorio dà esattamente le sue generalità; sa di stare a Roma; prima dice che questo è l’ospedale di S. Spirito, poi l’osservazione del manicomio. Sa che è

²¹ Peraltro, in questa fase si parla solo di “Schizofrenia” senza articolare la diagnosi nei vari sottotipi. Solo verso gli anni ‘20 compaiono diagnosi articolate nelle varie forme di schizofrenia.

²² c.c. Francesco F., 3.1.1915)

qui da ieri; riconosce il sottoscritto come medico. Sulla data odierna dice che oggi è il 28 luglio. Ricorda del pregresso internamento e l'uscita avvenuta circa un mese e mezzo fa. Durante il mese dice aver fatto vari lavori agricoli, ma i nervi non erano guariti bene. Si sentiva come una confusione, a volte come coltellate nella tempia e per questo l'hanno riportato qui. E' stato ad ogni modo poco contento di venirci; il padre è anziano, l'avrebbe volentieri aiutato nel lavoro; perciò tornerebbe volentieri al paese. Contestandogli i dati del certificato medico nega idee persecutorie e così pure gli accessi furiosi; ammette qualche volta aver bestemmiato, ma dice che è colpa dei nervi. Nell'interrogatorio il soggetto mantiene un comportamento stereotipato... la mano portata avanti la bocca; lo sguardo fisso su un punto. Le risposte vengono date con tono indifferente. Il complesso conferma sempre più la diagnosi fatta la prima volta"

30.12.1915. "E' stato sempre eccitato, e spesso aggressivo; lancia gli oggetti che gli capitano (siringhe, polsini...) contro il personale; non è possibile trattenerlo in un reparto di tranquilli".

(dattiloscritto) "nel cortile sta sempre isolato in atteggiamento pensieroso; non rivolge mai spontaneamente la parola ad alcuno, ma quando viene interrogato risponde è ben orientato ed ha coscienza della propria malattia. Si notano manierismi, grimaces. Condizioni generali buone. Diagnosi: Schizofrenia"

Il 28 febbraio 1920 viene trasferito al Manicomio di S. Niccolò di Siena, diretto dal prof. D'Ormea. Ci rimane 5 anni. Al ritorno, dopo alcune settimane, si nota:

"E' un Demente Precoce, chiuso abitualmente in mutismo. Non è affatto socievole; spesso si sdraia in terra, appartato da tutti e con la testa nascosta fra le mani o nel berretto. Ha scatti impulsivi; è pulito; mangia regolarmente"

19.7.1925: "Affetto da Demenza assai inoltrata, con indebolimento psichico assai pronunciato, presenta spiccata tendenze laceratrici e, conseguentemente, contegno irregolare, disordinato, scomposto al massimo grado; ha reclamato l'isolamento per lungo tempo; ora era consegnato al reparto chemioterapico con qualche giovamento. Diagnosi: "Demenza Precoce".

19.1.27 (Pad. 14, dott. Rodolfo Bonfigli) "E' un demente precoce in fase terminale. E' negativista,... inerte, anaffettivo, laceratore ma non sudicio. Ogni tanto parla con... Non mostra prevalenze violente. Condizioni fisiche scadenti. Può essere trasferito alla succursale di Rieti".

3. Ill.mo signor Direttore...

Le cartelle sono depositarie di posizioni discrete, appena accennate – se non affatto trascurate - nelle posizioni ufficiali della dottrina, ma che spesso rappresentano lo sfondo su cui si organizzano ampie aree dell'istituzione e persino i destini dei ricoverati. Dall'analisi non metodica delle cartelle cliniche sembra emergere un segnale interessante. Nei primi del '900, certamente fino agli anni '20, il manicomio sembra assolvere una funzione di protezione soprattutto orientata alla società civile, ma che risulta contraria

verso l'interesse delle famiglie²³. Nelle cartelle si ritrovano numerose richieste dei familiari che reclamano il loro congiunto. Il 31 maggio del '25, Luigi, padre di Francesco F., mentre il figlio è appena rientrato dal S. Niccolò di Siena e con prognosi estremamente negativa, scrive da Sutri al tribunale di Roma:

“Ill.mo sign. Presidente, essendo stato a trovare mio figlio Francesco F., ricoverato al manicomio di S. Maria della Pietà di Roma ed avendolo trovato di molto migliorato nelle condizioni fisiche e mentali rivolgo influenza (?) alla S.V. Ill.ma perché voglia ordinarne la liberazione. Nel medesimo mi assumo ogni responsabilità e mi impegno di curarlo e custodirlo come l'indole della malattia richiede”.

Si tratta di un fenomeno abbastanza originale ed indicativo di un preciso rapporto fra l'ospedale, la sua funzione di cura/segregazione e il contesto sociale. Tale fenomeno può avere una serie di giustificazioni. La prima, più immediata ed ovvia, sembrerebbe – soprattutto negli anni fra le due guerre – la necessità da parte delle famiglie di disporre di forza lavoro soprattutto per i lavori dei campi. Ma questa giustificazione – che appare molto plausibile in casi come quello di Francesco F. - non spiega come mai siano reclamate anche pazienti donne e magari anziane, spesso affette da “Demenza”. Se è certamente vera la necessità di forza lavoro per le famiglie, c'è da sospettare che il rapporto fra l'istituzione manicomiale ed il contesto sociale fosse più complesso, comunque conflittuale e non sintonico.

L'8 agosto 1938 viene ricoverata Anna C. per “Demenza arteriosclerotica con afasia” e dimessa su insistenza delle figlie il 18 novembre 1939 “perché non presenta più gli estremi per l'internamento”. Si tratta di un vero e proprio caso di deterioramento organico molto avanzato, in cui la famiglia sente di potersi sostituire all'assistenza fornita dal manicomio.

22.8.1938: “è disorientata riguardo al tempo, luogo e ragione. Non sa dire altro che il suo nome e cognome... Interrogata, non sa dire cosa abbia mangiato a colazione e a cena il giorno prima... Parla continuamente sconnessa... fermandosi spesso per cercare la parola che non trova e sostituendo con la parola “cosa” o “coso”

4.11.1939: “la ricoverata ha ripreso abbastanza. Non è più ansiosa. Le condizioni generali sono per il resto invariate. Persiste l'afasia motoria. Le figlie insistono per riceverla a casa potendola accudire convenientemente”.

Le lettere sembrano riconoscere all'ospedale una funzione soprattutto di segregazione realizzata attraverso un doloroso allontanamento del familiare dal nucleo domestico. Per altri versi queste lettere sembrano sconfermare la funzione medica specifica del manicomio in quanto ripetutamente i familiari, minimizzando soprattutto i comportamenti violenti dei loro congiunti, sostituendosi di fatto all'ospedale, si riconoscono la competenza di “accudirli convenientemente”. All'inizio del secolo l'ospedale sembra avere una funzione

²³ V. Fiorino (2002) *cit.*, dedica un intero paragrafo del suo documentatissimo libro a questo argomento. Le ipotesi che qui propongo sono in linea con le sue tesi. Solo cercherò di suggerire come il fenomeno interessante dell'antagonismo delle famiglie dei ricoverati al “processo di istituzionalizzazione della malattia mentale...” (*id.* p. 97), sembra aver avuto una precisa parabola e che, emerso alla fine dell'800 si estingue definitivamente intorno agli anni trenta.

distonica rispetto al contesto sociale²⁴, ovvero una funzione che, con la legge Giolitti del 1904, diviene soprattutto di tutela dell'ordine dello Stato, contro le esigenze – concrete ed affettive - delle famiglie. Credo che, in fondo, questi cambiamenti di rapporti segnalino quanto inevitabilmente, e in che modo, le società cambino e quanto l'ospedale, parallelamente alla immagine della follia, si modifichi con essa. Ne emerge una conferma ad una posizione che – a mio parere - appare sempre più vera ed inevitabile, ovvero che le soluzioni di accoglienza, relazione e cura del disturbo psicologico debbano continuamente mantenersi in relazione con la cultura e il contesto sociale in cui si collocano e, per questo devono assumersi sempre in evoluzione.

Dalle cartelle e dalle missive dei familiari che reclamano il proprio congiunto al manicomio, emerge che, fino agli anni '30, lo Stato e l'Ospedale emarginano il paziente togliendolo alla famiglia: lo Stato sembra essere custode della immagine di pericolosità e - come per i comuni reati - pone i malati in un luogo ove non possano nuocere. Le famiglie, fondamentalmente non sollecitano mai l'espulsione del loro congiunto: quando ne chiedono l'internamento, non lo fanno mai direttamente, ma si orientano soprattutto al medico locale o al Policlinico e la segnalazione che propongono al loro medico – se letta accuratamente – tenta sempre di escludere o minimizzare gli elementi di pericolosità sostenendo soprattutto l'improvviso emergere di comportamenti irregolari, inspiegabili all'interno della stessa cornice familiare. La famiglia sembra custodire l'appartenenza e persino la cura di base del paziente; non è toccata dalla sua pericolosità. Un ultimo esempio.

Rachele G., 25 aa. proveniente da Treviso e domestica a Colleferro, è ricoverata il 6 giugno 1939 e trasferita 5 mesi dopo all'O.P. di Treviso. “Stato depressivo (schizofrenico)”.

6.6.1939: “(infermieri) la malata è tranquilla. Erano 10 mesi che si trovava a servizio da una signora a Colleferro dalla quale era benvoluta. In questi ultimi tempi aveva l'impressione di non contentarla più la signora nelle faccende domestiche e nella spesa. Non sa spiegare il motivo per cui l'abbiano portata in questo ospedale e piange. Si è prestata alle cure igieniche.

7.6.1939: ha detto che non vuole rimanere in questo ospedale perché non è pazza e non sa spiegare il motivo di questo internamento

8.6.1939: nel marzo cominciò ad assillarsi: piangeva, mangiava poco e digiunò. In seguito manifestò rimorsi, idee di colpa, però non assurdi. Le cose si sono trascinate per qualche mese; recentemente i sintomi si sono aggravati soprattutto con un'evoluzione in senso delirante delle idee di colpa”

11.10.1939: ... meno depressa... perdurano i fenomeni allucinatori: sono stati rilevati atti impulsivi, ma non violenti”

I genitori scrivono da Pedeguarda di Follina al Direttore del Manicomio:

“Ill.mo sig. Direttore... ora, tanto io quanto mia moglie, siamo in continuo pensiero oltre che per la malattia della figlia, anche per la distanza che separa questo paese con la capitale che non permette certamente portarsi per una visita. Per tale motivo

²⁴ Su questo tema, cfr. M.L. Betri (1984), *Il medico e il paziente: i mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815 – 1859)*, in *Storia d'Italia*, Annali, 7, “Malattia e Medicina”, Einaudi, Torino, le pp. 214 – 219.

mi rivolgo alla cortesia della S.V. pregando di voler indicarmi se detta mia figlia possa venir trasportata da codesto all'ospedale di Treviso”.

Negli anni, le cartelle non custodiscono più missive dei familiari al loro congiunto o al Direttore. Il periodo di maggiore intensità sembra collocarsi fra la fine del '900 e gli anni '20. Quando presenti le richieste al Direttore o all'autorità giudiziaria hanno ben altra motivazione. In un documento del '40 il tono e l'occasione sembrano nettamente cambiati:

Il 24 giugno 1940 (XVIII) Cesare Augusto V. da Montorio Romano viene ricoverato per la seconda volta. Nei due ricoveri non vi è alcuna nota clinica; solo una serie di autorizzazioni e certificati. In un foglio intestato del Comune si legge la supplica della moglie:

“Io sottoscritta Giovanna A. coniugata con V. Cesare Augusto, chiedo al sign. Podestà di Montorio Romano, che mio marito venga ricoverato in qualche posto, dato che per il suo squilibrio mentale si è da qualche tempo reso pericoloso. Faccio presente che ha usato verso di me modi violenti”.

4. Le schizofrenie

La nosografia delle Schizofrenie ha echi quasi immediate al S. Maria. Ancora una volta sono le contingenze istituzionali a motivare passaggi e transizioni nella nosografia. Al S. Maria, infatti, la nosografia che fa riferimento a Bleuler vien presto introdotta per la presenza alla direzione di Bonfigli e soprattutto di Mingazzini i quali erano particolarmente attenti alle tesi della psicopatologia e neuropatologia tedesca²⁵.

Nel maggio del 1913 Salvatore C. viene ammesso con diagnosi di “Deficienza mentale a tipo schizofrenico”. Questa diagnosi, introdotta in “punta di piedi” e con un vistoso errore di trascrizione, rimane isolata per molto tempo, confusa fra le tante che nello stesso periodo si ripetono: stato depressivo, ebbrezza patologica, epilessia (piccolo male), equivalenti... Con la stessa grafia in cui viene segnalato uno fra i primi casi di “schizofrenia”, si ritrovano più spesso diagnosi di “Demenza Precoce”, segnale di un particolare interesse di un preciso medico per le dottrine tedesche. Attraverso l'analisi dei registri nosologici bisogna attendere circa due anni, 1915, per incontrare nuovamente diagnosi di “schizofrenia”, ma questa volta non si tratta più di un episodio, ma la voce nosografica è a pieno titolo usata nel contesto dell'ospedale. Il 2 luglio un infermiere di 27 anni e, dopo una settimana, un contadino analfabeta di 42 anni vengono riconosciuti schizofrenici. Il 13 luglio viene ricoverato un bracciante diciannovenne con diagnosi netta di “Schizofrenia”. Una serie di altri pazienti vengono riconosciuti in breve lasso di tempo affetti dalla medesima patologia. Un diciannovenne romano, Napoleone M. ammesso il 20 luglio e un contadino di 17 anni il 29 luglio. A parte questo dato interessante sul piano della nosografia delle schizofrenie, c'è da segnalare un dato generale. L'incremento o meno delle diagnosi di schizofrenia ha una progressione fasica, quindi probabilmente legata alle contingenze dell'istituzione e, soprattutto a particolari presenze e interessi specifici di alcuni medici. Le contingenze episodiche, comunque, sappiamo bene che segnalano solo timidi inaugurarsi di processi, ma che, nel panorama più ampio dell'istituzione e nella parabola più lunga del tempo, non rappresentano veri e propri cambiamenti strutturali se

²⁵ Cfr. G.Riefolo, F.M.Ferro, L.Ippedico, M.C.Tonnini Falaschi (1990), Mingazzini e i neuropsichiatri della scuola romana tra '800 e inizio del '900, relazione al convegno “Lo sviluppo storico della neurologia italiana: lo studio delle fonti”, Padova, ottobre 1987; La Garangola, Padova, , 171-180.

non dopo alterne e ripetute fasi e in un arco lungo di tempo. Le vicende della schizofrenia si delineano ovviamente complesse e il loro decorso incerto e confuso.

Sempre nel periodo appena successivo al 1915 si riducono progressivamente le diagnosi di “Demenza Precoce”, parallelamente al crescente aumento delle diagnosi di Schizofrenia. Il riferimento appare ancor più significativo se si considera che parallelamente a questi cambiamenti non se ne segnalano altri rispetto alle figure nosografiche precedenti: nel 1916 tra le particolarità si segnalano casi di “deliri tossinfettivi” e “impulsività occasionali”; un infermiere diagnosticato affetto da Morfinismo e un quarantottenne affetto da “presbiofrenia” una desueta, ma antica voce nosografica che nel sistema di Kahalbaum figurava come speculare alla ebefrenia e che spesso era evocata a definire i quadri di deterioramento senile. Riguardo la classe delle schizofrenie si evidenzia un preciso fenomeno. Nelle prime diagnosi la schizofrenia veniva rappresentata come un quadro patologico unitario, mentre soprattutto a partire dal 1916 sembra segnalarsi una timida e transitoria attenzione per le forme speciali, rappresentata quindi, ora, come sindrome: il 5 agosto un vaccaro di 27 anni viene riconosciuto affetto da “schizofrenia (forma paranoide)” e, il giorno successivo viene ammesso all'ospedale un militare ventinovenne con diagnosi di “Schizofrenia (forma catatonica)” Nel 1918, 23 luglio, viene ricoverato per schizofrenia un diciottenne proveniente da Foggia: un segnale dell'utilizzazione dell'ospedale da parte delle popolazioni del sud²⁶. Sempre nel '18, una diagnosi singolare: “Immoralità costituzionale”.

Si registra un comportamento particolare dei medici che compilano i registri. Le numerose caselle in cui l'istituzione chiama ad indagare un notevole numero di caratteristiche del paziente si trovano sempre più vuote. In questo comportamento se segnala un affievolirsi progressivo dell'interesse verso le caratteristiche particolari dei pazienti i quali, quindi, rispetto all'istituzione vengono sempre più ad essere riconosciuti omogenei. Sottolineo una particolarità che, a mio parere segnala da parte dell'amministrazione il prevalere di preoccupazioni censorie rispetto a preoccupazioni di analisi clinica. Le caselle in cui si indica la religione del paziente risultano sempre perfettamente compilate, mentre si svuotano progressivamente le voci relative al “grado di cultura”, allo “stato civile”, alla “condizione o professione”²⁷.

La fase in cui è particolarmente presente la diagnosi di schizofrenia è comunque limitata: riguarda soprattutto gli anni '15 - '16 e, subito dopo le diagnosi specifiche sembrano ridursi notevolmente. Per il registro diagnostico ci si affida nuovamente alla classe della Demenza Precoce che compare nelle sue varie sottoclassi: ebefrenica, paranoide, presbiofrenica... Persistono diagnosi riferibili a vecchie nosografie quali le “Frenosi sensorie” della nosografia di Verga (1874) e voci bizzarre che, comunque si organizzano intorno a preoccupazioni di ordine neuropatologico: un quarantatreenne affetto da “Episodio di desfrenia cefalalgica”; poi, “Demenza encefalomalacica” e “Demenza coreica”. Una possibile spiegazione di questo preciso orientamento nosologico è probabilmente da ricondurre agli anni della presenza di Giovanni Mingazzini al S. Maria della Pietà il quale è primario anatomopatologo dal 1894 poi, succedendo a Bonfigli (1893-1905) come direttore fino al 1924. Il periodo Bonfigli-Mingazzini è centrale nelle

²⁶ Il manicomio Don Uva, di Bisceglie, inizierà la propria funzione nel 1922. Fino a questo periodo per il sud è di riferimento solo l'ospedale di Nocera Inferiore che ben presto dopo la sua apertura – 1883? – risulterà sovraffollato. Cfr. la nota su Nocera inferiore nell'area di “Storia della psichiatria” a cura di G. Salomone e R. Arnone in www.Istitutoricci.it

²⁷ E' possibile, comunque, che la casella *religione* fosse compilata “d'ufficio”...

vicende cliniche del primo novecento al S. Maria della Pietà. La nosografia del Verga, proposta dalla società Freniatrica nel 1874, rimane ufficiale fino al 1901. Bonfigli, sostenuto da Mingazzini, risulta precoce sostenitore della nosografia kraepeliniana che, invece, tarda molto ad essere adottata nel panorama psichiatrico italiano²⁸. In questo senso è da leggere la sostanziale prevalenza delle diagnosi di Dementia Praecox al S. Maria della Pietà sospesa solo transitoriamente negli anni 1915 - '17, probabilmente per contingenze dovute alle vicende belliche che devono aver portato al S. Maria – ed in posizione anche prevalente – qualche figura medica che tenta – in maniera anche precoce – l'introduzione della nosografia bleuleriana. Nella prevalenza in questi anni della nosografia kraepeliniana si può leggere inoltre un particolare registro della cornice rigorosamente neuropatologica che organizza la clinica al S. Maria negli anni della direzione Bonfigli-Mingazzini. Infatti le diagnosi di “Demenza Precoce” sono tendenzialmente riferite ad anziani, quasi a sottolineare in senso degenerativo la dizione di “demenza”, mentre le sporadiche diagnosi di “Schizofrenia” (che dagli anni 1926- '27 riprendono ad aumentare...) sono puntualmente riferite a pazienti molto giovani.

A partire dagli anni intorno al 1928 i registri riportano un nuovo fenomeno in ordine al processo diagnostico puntualmente riscontrabile sui frontespizi delle *cartelle* e nei *Registri*. Si tratta della dizione “rettifica” che sempre più spesso compare a fianco alla iniziale diagnosi probabilmente a segnalare l'incrinarsi delle certezze diagnostiche e, sicuramente, una fase di transizione verso nuove categorie. “Delirio paranoide: rettif. Stato depressivo con idee deliranti persecutorie”(11.2.'28); “Delirio paranoide: rettif. Schizofrenia (24.3)”; un trentunenne ammesso il 1 giugno: “Schizofrenia. rettif. stato depressivo”; e il 10 dello stesso mese una singolare rettifica: “Schizofrenia. Rettif. Sindrome schizofrenica”. Nell'aprile del '29: “Deficienza mentale. Querulomania. Rettif. Delirio paranoide” e il 22 giugno: “Delirio paranoide. Rettif. Stato depressivo lieve”. 3.1.1935. G. vedova P. Pia; 35 anni: Confusione allucinatoria. Rett. Schizofrenia”.

5. Tra le guerre.

I documenti riportano diagnosi alquanto particolari che, seppure nella loro episodicità segnalano un particolare interesse o tensione verso la individuazione di quadri patologici con base organica e, soprattutto, documentabile sul tavolo anatomopatologico²⁹: una paziente sessantacinquenne di Ariccia viene ricoverata per “Demenza post encefalomalacica”. Si segnalano sempre più quadri di “depressione” spesso precisati attraverso l'indicazione di “stato” e, magari ulteriormente definiti dall'associazione di altre sindromi psichiatriche: quest'associazione è indicativa dell'uso alquanto ampio e vago, unicamente descrittivo, che viene fatto del concetto di depressione: una giovane di 26 anni, ai primi di gennaio del 1935 viene riconosciuta affetta da “Stato depressivo (su sfondo istero – neurastenico)”. Ad una paziente di 55 anni, proveniente da Firenze, viene riscontrato all'ammissione uno “stato depressivo periodico” poi, alla dimissione rettificato in “stato neurastenico” e, per questo, dopo un ricovero di circa 4 mesi, dimessa perché “non presenta gli estremi per l'internamento”. Spesso ricorre la dizione di “Frenastenia” usata come equivalente di “Stato depressivo”, ma più spesso riscontrata in pazienti giovani, quindi, si potrebbe supporre, come categoria a cavallo dei quadri affettivi e delle

²⁸ F Stok. (1990), Kraepelin e i kraepeliniani in Italia, in F. M. Ferro et al., *Passioni della Mente e della Storia*, Vita e Pensiero, Milano, pp. 373 – 396.

²⁹ Mingazzini lascia la direzione nel '24 dedicandosi sempre più all'impegno universitario iniziato nel '21 e intensamente continuato fino alla morte nel 1929.

schizofrenie. I quadri del registro affettivo, in questi anni, sembrano prevalere alla nosografia delle schizofrenie e, persino, agli indirizzi più strettamente neuropatologici: una paziente ventisettenne di Amelia: “Stato distimico” poi “rettificato: Malinconia”. Una casalinga di Lanuvio, 49 anni, presenta: “stato ansioso” e, per questo dimessa “per ordine del presidente del tribunale”. Ai primi di gennaio del '35, una stessa calligrafia annota sul Registro Matricolare tre casi in successione: “Stato depressivo (su sfondo istero-neurastenico); Eccitamento Maniacale (periodico)³⁰; Sindrome lunare³¹”. Nella prevalenza di quadri a sfondo affettivo, si segnalano episodici casi di “Demenza Precoce”, di “Psicosi allucinatoria e “stato confusionale”.

In questi anni nelle descrizioni diagnostiche il dato rilevante da segnalare è il progressivo ricorrere, della dizione di *stato*: “di eccitamento in senile”; in un trentenne di Frosinone: “di lieve eccitamento”; “maniacale”; in una giovane di 21 anni, di Sassari: “di agitazione con ansia”; “di eccitamento (periodicità)”; “di eccitamento (da alcool)”. Olivia P., di 16 anni, dalla provincia di Viterbo, domestica, viene riscontrata affetta da “stato stuporoso” e trasferita dopo 5 mesi al Manicomio di Siena.

La dizione di *stato* sembra descrivere la lenta acquisizione – in senso ampio – di posizioni vicine al registro fenomenologico che alla descrizione bidimensionale introdurrà parametri più attinenti alla descrizione dello sfondo psicopatologico su cui si organizza poi il quadro diagnostico. Traspare interesse per la continuità e la costanza della dimensione soggettiva del paziente. Le diagnosi, quindi, tentano una maggiore profondità cogliendo soprattutto elementi strutturali costanti.

Lina B., da Fidenza, ricoverata il 26 agosto 1927 proveniente dal Policlinico: Isteria / Stato distimico³². Educanda; V elementare. Sarà dimessa “guarita” il 1 novembre dello stesso anno. All'ingresso risulta alquanto deperita: Kg 45,00; altezza 1,59. Nel reparto “Osservazione Donne”, diretto dal Prof. Fausto Costantini, si nota:

“Contegno correttissimo; lucida, orientata, attenzione e percezione ottime. La paziente è molto loquace e narra con precisione la sua crisi: fin dall'età di 10 anni va soggetta a crisi di tipo isterico; cade a terra e sta giù un lungo tempo – anche parecchie ore – senza conoscenza. Coloro che la vedono dicono che durante queste crisi è agitata e ha impulsi pericolosi per sé e per gli altri; la paziente stessa non ricorda nulla

La p. ragiona molto filato e con logica; ha senso di critica; è molto emotiva specialmente quando parla della famiglia lontana. La p. confessa di aver preso la cocaina per circa due mesi un anno fa, e pare inoltre che la sua condotta non fosse assolutamente irreprensibile, ma da due mesi la p. ha “messo giudizio” e ha deciso di non ricominciare.

La p. è stata ricoverata per 3 mesi durante quest'inverno alla clinica psichiatrica di Roma (prof. Roncoroni) dove fu curata col Luminal e iniezioni di ferro. La p. soffre di cistite da quasi un anno, ed ha forse un dolore alla regione appendicolare da quasi due anni.

16.9.1927. malata molto chiacchierona, anche non interrogata racconta con gran lustro di particolari tutta la sua vita.... Abbastanza intelligente, per quanto di mentalità bambinesca, più della sua età, ed anche sufficientemente emotiva; ma

³⁰ Da Napoli, 64 anni.

³¹ Casalinga, 50 anni da Ursano (Forlì), deceduta dopo 4 giorni per “paralisi cardiaca”.

³² Specificazione aggiunta dopo, forse in sede di dimissione.

poco o punto sviluppato il suo senso morale. Narrando i suoi errori passati non mostra né pentimento né vergogna, ma esprime il proposito di non ricominciare per tema di incorrere in nuove seccature. E' capricciosa, litiga con le compagne; ha la psicologia della bambina male avvezzata, un po' prepotente e indisciplinata...".

Il vertice degli infermieri indaga ambiti specifici, di maggiore contiguità. L'immagine che qui si compone della paziente rivela ambiti intimi, pervasi di acuta sofferenza che lo sguardo medico è lontano dal cogliere:

- .27 "Si è presentata triste; si è fatta fare le pulizie volentieri, piangendo e domandando dove si trovava, ma poi, vedendosi in mezzo alle altre malate è stato un diretto pianto chiamando la mamma che lei soffre tanto... Si lamenta spesso che lei ha un forte mal di capo; a intervalli piange... verso sera si è eccitata; si è dovuta assicurare perché si faceva del male da se stessa, si è nutrita con appetito... di corpo non è andata
- 8. Si è mantenuta tranquilla, però più volte ha pianto senza motivo. Si è lamentata del mal di testa. Di corpo non è andata. Si nutre con appetito.
- 31.8. Si è mantenuta tranquilla. Spesso chiede i suoi parenti e desidera andare a casa. Si nutre con appetito. E' andata di corpo".

Infine, nelle note riportate nel diario della cartella clinica ritorna la distanza e l'oggettivazione tesa alla individuazione di uno *stato* psicopatologico (potremmo dire: caratteriale) di fondo che esclude la "psicosi" la quale, nel linguaggio concreto dell'istituzione, è sinonimo di "malattia mentale" conclamata.

"Di solito tranquilla; si lamenta spesso di mal di capo e a volte piange. Il primo giorno si dovette assicurare perché in un momento di improvvisa agitazione tentava di farsi del male. Interrogata risponde prontamente a tono le sue generalità; è ben orientata nel luogo, nel tempo e nella persona; ricorda di essere venuta un giorno fa dalla clinica psichiatrica. ... da due anni va soggetta a convulsioni che durano 2-3 ore con perdita di coscienza senza enuresi (?) e senza morso di lingua dopo le quali rimaneva "agitata" per qualche giorno. Da molto tempo soffre di mal di capo che di tanto in tanto si fa più forte. Va soggetta frequentemente a sogni terrifici, penosi (cimitero, morti, giovani che le vogliono fare del male. Nell'autunno del 1926 fece per due mesi uso di cocaina. Mestruazioni irregolari".

6.9. Non ha avuto più attacchi convulsivi. Continua a lamentare disturbi fisici vari e incontrollabili.

17.9. La p. è un'isterica, ma non è affetta da psicosi isterica né da degenerazione del carattere tale da giustificare l'internamento. Se ne propone la dimissione. Regole dal 23 al 25.IX.

29.9. Durante la sua degenza è stata mestruata..."

Il peso gradualmente si ricompone: ora segnala Kg 52; poi 52,300 poi, il 29 settembre 54,000.

1.11.1928. “Si propone la dimissione definitiva della ricoverata *Lina B.*, degente del *Pad. I* la quale non è riconosciuta affetta da malattia mentale³³”.

A fronte di una netta riduzione delle diagnosi di Schizofrenia (categoria peraltro mai specificata se non nei quadri paranoide), ricorrono casi di Demenza Precoce o, più genericamente di “delirio paranoide”. Si segnalano alcune dizioni particolari: una contadina di 34 anni, per la terza volta presenta “allucinosi”; una vedova di 68 anni di Gaeta viene diagnosticata prima come “stato depressivo postinfluenzale” poi rettificato definitivamente in “stato demenziale”; alcuni casi di “paralisi progressiva” e una paziente sessantacinquenne da L'Aquila con diagnosi di “melanconia ansiosa”; e un caso di “psicosi ipocondriaco-psicomotoria”. Fra i rari casi di ricoveri di minorenni, una ragazza di 11 anni, Angelina F., da Galliciano nel Lazio, analfabeta diagnosticata come “Frenastenia”, ricoverata per quattro mesi e poi trasferita al Pio X. Al Pio X viene trasferita anche una paziente di 77 anni proveniente da Macerata: “Psicosi ansiosa in senile”³⁴. Le numerose lettere che giacciono mai aperte che Enrichetta Anna M., di Genova, poi trasferita dopo 11 mesi, manda al Prof. De Angelis: “Arrivata da Genova per conferire con S.E. Bottai, avendole personalmente consegnato a Genova il suo dente del giudizio...”

Celeste P., 56 aa. da Ciampino, proveniente dal reparto “Sospetti Alienati” del Policlinico. Ricoverata nell'agosto del 1928 e trasferita a Ceccano dopo due anni. La diagnosi si perfeziona durante il tempo, ma rimane sostanzialmente organizzata sul concetto di Melanconia, assumendo, comunque, dizioni derivanti dalla figura delle Schizofrenie: “Melanconia simplex”; “Stato depressivo”; “Malinconia ansiosa” (29).

“ha accettato di essere venuta a Roma per passare una visita allo stomaco che sentiva un forte dolore, ossia un forte peso dopo aver perduta una figlia di 21 anni (...) si lamenta tutto il giorno...”

Se ne riportano le Note Antropologiche mentre nel “Laboratorio Sierologico” si indaga la Wassermann e vari esami sul liquido “cerebro-spinale”. Trasferita a Ceccano il 22.8.1930.

Segnalo due elementi. Da un lato – parallelamente alle diagnosi di *stato* – sembra esserci una crescente attenzione per le caratteristiche del decorso e, soprattutto della periodicità dei quadri patologici. Il *Registro Matricolare* è predisposto a documentarne le fasi: una delle numerose colonne chiede: “Recidività” e, puntualmente il medico le riporta³⁵. La diagnosi di una paziente di 31 anni, da Ravenna indica: “Stato maniacale (periodicità)” e se ne segnala la recidiva per la quinta volta; una casalinga venticinquenne di Camerino viene ricoverata il 26 aprile 1936 alla sesta recidiva per “stato depressivo” e, in questo episodio, appena dopo poche settimane, il 19 maggio, risulta perfettamente “guarita”. Nel luglio del 1938, sempre proveniente dal Policlinico, viene ricoverata Maria L., di 18 anni, domestica romana, affetta da “Epilessia con lievi stati distimici episodici” e dopo ben due anni di ricovero, riscontrandosi che “non presenta gli estremi per l'internamento”, viene

³³ Riporto la formula stampata sul frontespizio della cartella; il corsivo segnala le voci specifiche aggiunte dal medico.

³⁴ E' evidente la degenerazione progressiva del concetto di “psicosi” che, sempre più sta ad indicare il generico stato di patologia mentale grave.

³⁵ La popolazione manicomiale che era soggetta ad ampio turnover presentava un tasso di recidività del 10%. V. Fiorino (*cit.*, p. 94) concorda sul dato particolare che “il flusso delle entrate e delle uscite è alquanto movimentato, contraddicendo l'immagine più comune che ha visto nel malato di mente un eterno recluso”

trasferita anch'essa al Pio X. Si riducono notevolmente le diagnosi di Schizofrenia parallelamente ad un netto ampliarsi delle dizioni diagnostiche che si parcellizzano secondo un registro descrittivo: predominano vari "stati" patologici e diagnosi attinenti alla depressione e all'ansia; nel '38 una trentenne, nubile: "stato confusionale post-apoplettico". Il 9 maggio del '39 da Corciano (PG) viene ricoverata Olimpia C., 38 anni, domestica, nubile per la quale dopo esattamente un mese, viene ribadito: "non constatata psicosi in atto (carattere isterico)". Il 10 maggio dello stesso anno viene ricoverata per la terza volta Canali Iole di 28 anni, romana, coniugata, affetta da "Eroinomania", anch'essa dimessa "guarita" dopo un mese circa.

In questo periodo, anni '40, le diagnosi per gli uomini si sovrappongono, grossomodo, a quelle delle donne. Molte diagnosi di "stato" (depressivo... di eccitamento...) e solo qualche "paralisi" in più rispetto alle donne. Anche per gli uomini si riducono notevolmente rispetto al passato le diagnosi di "schizofrenia" la cui diagnosi è piuttosto secondaria rispetto a modelli nosologici più descrittivi e meno *impegnativi*. Un esempio. Il 17 gennaio del '43 viene ricoverato Vito R., un militare di 27 anni proveniente da Catanzaro. La prima diagnosi recita: "Schizofrenia", presto rettificata in "Psicosi allucinatoria". Il campo diagnostico risulta molto ampio: epilessia, debolezza, confusione, delirio paranoide; mai si riscontrano le sottoclassi di Schizofrenia.

Importante è la classe delle "guarigioni". Guariscono i molti casi di "depressione"³⁶, ovviamente i numerosi stati che attengono all'alcolismo³⁷ e i vari stati di eccitamento³⁸. Sembrano accrescersi – forse per le contingenze del periodo bellico – i casi di "non constatata psicosi in atto"³⁹. I registri matricolari riportano vere e proprie *ondate* di ricoverati fra i militari (fino a fasi in cui riguardano più della metà dei ricoveri). A differenza di quanto ci si potrebbe aspettare, quasi sempre non si tratta di simulazioni o "non constatata psicosi", ma di quadri patologici con diagnosi positiva di disturbo mentale. Ad esempio, nella settimana dal 16 al 23 gennaio del '43 più della metà dei ricoverati sono militari ed uno di loro è un ufficiale di 29 anni di Genova ("stato depressivo"). Le diagnosi riportano stati di eccitamento e paranoide; frenastenia ed alcuni casi di Schizofrenia. Un carabiniere di 21 anni ricoverato per "Meningite tbc". I casi di bambini ricoverati, in verità, in questa fase sono rari; Arturo I., un bambino di 11 anni da Napoli viene ricoverato con diagnosi di "Mongolismo" il 14 luglio del '43. Muore nell'aprile successivo per "cachessia e paralisi cardiaca". Probabilmente – e non potrebbe essere altrimenti – le contingenze della guerra coartano nettamente le presentazioni e le diagnosi dei quadri patologici. A ciò potrebbe essere dovuto un alto numero di casi di schizofrenici⁴⁰ dimessi *guariti*. Dal 12 novembre '43 al marzo '44 è ricoverato per "Sindrome schizofrenica" Arturo G., uno studente di 25 anni di Alessandria; un brigadiere di 30 anni, Luigi C., napoletano è dimesso guarito da Schizofrenia nel '45 dopo un ricovero di tre mesi. Guarisce in un mese

³⁶ Un militare di 21 anni proveniente dal Celio, ricoverato dal 1 aprile al 26 giugno del '42.

³⁷ Un carrettiere di 47 anni di Frascati, ricoverato dal 2 aprile al 9 maggio del '42 per "stato confusionale allucinatorio (in alcolismo)".

³⁸ Un militare di 21 anni, Mario A., viene dimesso guarito nel novembre del '42 dopo circa sei mesi di ricovero per "stato di lieve eccitamento".

³⁹ Provengono da Tivoli due pazienti, 19 e 24 anni, ricoverati entrambi il 16 luglio '42 e dimessi, dopo non averne constatato "la psicosi in atto", l'uno il 17 e l'altro il 24 agosto.

⁴⁰ Ancora un flusso: col procedere delle vicende belliche sembrano aumentare progressivamente i casi di schizofrenia, pur predominando una nosologia fondata sul concetto di "stato".

anche un macellaio quarantanovenne di Lipari ammesso per "tossicomania (eroina)". Ancora molte annotazioni puntuali di "recidività".

Nel '40 è l'epilogo di una lunga storia di ricovero in manicomio durata per oltre 20 anni: Genoveffa O. in T., casalinga di Nettuno; "Demenza Precoce catatonica"; entrata il 16 dicembre 1919 e deceduta il 24 agosto 1940 (XVIII) alle ore 23 per ictus apoplettico. All'ingresso la paziente ha 27 anni. Il certificato medico che ne impone l'ammissione la dichiara "affetta da manie puerperali, essendo pericolosa a sé e agli altri". La diagnosi anatomopatologica riscontra reperti generici: "gangrena polmonare; fatti degenerativi del miocardio, fegato, reni. Edema cerebrale".

Le prime osservazioni ne sanciscono subito la gravità:

"...profonda inerzia ed apatia. Stereotipie motorie, manierismi. Smorfie, frequenti risatine... Interrogata risponde in modo congruente, ma in forma strana.. Durante l'interrogatorio la ricoverata rimane immobile, rigida sulla sedia; guarda la finestra; rivolge di tanto in tanto lo sguardo verso l'interlocutore; la fisionomia è stuporosa..."

La cartella riporta poche note nel trascorrere degli anni. Fondamentalmente viene ratificata la funzione del manicomio di silenziamento dei sintomi:

1923: "condizioni invariate. Per lo più tranquilla". Le annotazioni più puntuali e continue riguardano la segnalazione periodica delle "regole" e del peso; 1925: "Continua a mostrarsi tranquilla ed ordinata. Spesso risatine immotivate. E' taciturna. Non pare allucinata. Non presenta affatto, da parecchio tempo, fenomeni di pericolosità. Le condizioni fisiche sono discrete".

Il 16 aprile del '29, dal Pad. IX si dispone che "la malata è in condizioni di essere ricoverata nell'ospizio cronici di Ceccano in base all'articolo 6 del regolamento...". Nonostante queste ripetute segnalazioni, non verrà mai trasferita poiché prevarranno le ragioni contingenti della famiglia. In calce al foglio di corrispondenza della direzione in cui si dispone il trasferimento, vi è un appunto, poi cancellato, ma ancora leggibile in cui si nota:

"Il marito, venuto oggi a visitarla, prega vivamente che non la si mandi a Ceccano, perché, essendo i parenti tutti a Nettuno, dovrebbero farsi sostenere spese non indifferenti e disagio per poterla andare a visitare a Ceccano".

Il tono delle lettere dei parenti sembra essere più formale e distante rispetto alle richieste che - negli anni intorno alla prima guerra - molti familiari inoltravano al manicomio per poter riottenere il proprio congiunto in famiglia. Sostanzialmente, vi sono molti contatti dei familiari con la Direzione, ma solo per poter ottenere informazioni o permessi vari. L'amministrazione appare molto solerte nel licenziare queste richieste che occupano buona parte del fascicolo delle cartelle cliniche. Il 14 febbraio 1921, scrive il padre, il quale,

"... avendo costé la propria figlia ricoverata O. Genoveffa in T., fa viva domanda alla S. V. III.ma per avere una tessera di riconoscimento per accedere al suddetto manicomio avendo smarrita la precedente".

Soprattutto vi sono numerose lettere del figlio Gaetano, ospite del Regio Riformatorio di Parma che chiede al Direttore Valenzi notizie della madre. Vi si leggono anche le lettere di

un insegnante del Collegio di S. Maria, padre Giorgio Alviti che, “per soddisfare il giusto desiderio del minore Tirocchi Gaetano, qui ricoverato, figlio della suddetta” chiede al direttore “compiacersi farmi conoscere le condizioni in cui la suddetta signora versa”. Più volte il prof. Valenzi risponde; nel '25 si legge una prima risposta molto netta: “...internata il 17.12.'19, è affetta da Demenza Precoce catatonica. La prognosi è pertanto infausta riguardo alla guarigione della malattia mentale”.

Numerose sono le lettere del figlio al direttore: “La prego caldamente volermi dire come si trova in salute la mia cara mamma... giacché è da vario tempo che non ho sue notizie...”. L'interesse molto assiduo e commovente del ragazzo viene un po' velato nella sua spontaneità da una nota prestampata posta a margine di una ennesima lettera che invia al manicomio la quale prescrive ai giovani del riformatorio:

“La corrispondenza epistolare con la famiglia è nei giovinetti ammessi nel riformatorio un dovere che essi sono tenuti a compiere con scrupolosa cura, esortati all'uopo dai loro educatori. Essa ha lo scopo di....”.

Non sappiamo cosa esattamente il direttore rispondesse al ragazzo, ma a calce delle richieste sono appuntate dal reparto in cui la paziente è ricoverata delle notizie cliniche sempre molto negative:

“Affetta da Demenza precoce in stato terminale; profondamente apatica, inerte, deve essere imboccata ed assistita in tutti i suoi bisogni. Condizioni fisiche discrete” (27.1.1930).

Da alcuni certificati si scorge il progressivo deterioramento della paziente e la posizione degli operatori nei reparti che si intuisce essere molto distante ed incapace persino ad intervenire per la protezione fisica dei pazienti. Il direttore scrive al Procuratore e alla Soc. Assicuratrice La Fordiaria:

“Partecipo che al pad. V alle ore 7,45 di ieri, la ricoverata O. Genoveffa, di anni 42 da Guarcino, agitatasi improvvisamente, si è graffiata la faccia producendosi escoriazioni al viso ed ecchimosi alle palpebre per cui è guaribile in 5 giorni... Era presente al fatto l'infermiera Baldelli Amelia e Di Rocchi Maria... Il sanitario di quel padiglione, prof. Costantini, ha escluso la responsabilità del personale.”

Dalla Modula Informativa, compilata dall'Ufficiale Sanitario, che accompagnava ogni ricoverato all'ingresso in manicomio, si apprendono altre importanti notizie che aiutano a comporre il quadro storico e sociale in cui il tragico destino di Genoveffa O. sembra compiersi.

1919: “risulta provenienza Stati Uniti di America (Filadelfia); di anni 27, coniugata con T. Giuseppe fin dal 1914 dalla cui unione ebbe un figlio, Gaetano, di anni 4. In seguito ad un parto cominciarono a svilupparsi i disturbi mentali. Due giorni dopo il parto, circa tre anni or sono, presentò stato mentale confusionale, apatia. Atti violenti, discorsi sconnessi, pianto e riso convulsi. Fu degente in un Ospedale in America”.

Viene quindi riportata al paese di origine, ma il contatto con la famiglia non sembra riuscire a ricomporre una grave ferita prima segnata dall'emigrazione e poi definitivamente sancita dalla difficile esperienza del parto. Quattro testimoni firmano in presenza del commissario perché sia internata questa volta al S. Maria.

6. Constatate psicosi

Dai documenti clinici della prima metà del '900 sembra delinearsi una posizione precisa della istituzione manicomiale. La preoccupazione di fondo sembra essere sempre più la constatazione delle "psicosi" alle quali la categoria della Demenza Precoce prima e delle Schizofrenie poi contribuiscono in modo specifico. Le altre patologie sembrano essere secondarie, seppur molto rappresentate fra la popolazione dei ricoverati. Ricorre spesso in questi anni la singolare categoria della "Psicosi non constatata". Penso si tratti di un vistoso *lapsus* dell'istituzione. Il manicomio, cioè viene eletto luogo specifico per la diagnosi "positiva" di psicosi. Dalle cartelle si intuisce come la domanda venisse spesso posta dall'autorità giudiziaria, evidentemente per rischi di simulazione a fini delinquenti. La "psicosi non constatata" attiene quasi sempre a ricoveri richiesti dall'autorità giudiziaria. A partire dal primo dopoguerra, comunque, si registrano alcuni casi in cui il ricovero non è richiesto dal giudice, ma – come chiedeva la legge del 1904 – dal Prefetto: al manicomio veniva presentato il quesito di porre una diagnosi in seguito a comportamenti irregolari di alcuni cittadini e – in alcuni casi – le irregolarità del soggetto non risultavano compatibili con il regime di ricovero e, pertanto, il ricovero, dopo alcuni mesi poteva chiudersi con il verdetto di "non constatata psicosi"⁴¹ che, puntualmente, nel "registro matricolare" trovava la casella che prevedeva: "Non presenta gli estremi per l'internamento". Nel 1915 uno strano caso di "simulazione subcosciente"!

Il manicomio si prestava a dispositivo capace di dirimere la presenza o meno di patologia mentale. I registri del S. Maria parlano di una strana nosografia che attiene in negativo alla dottrina, ma in positivo alle contingenze, che può rilevare la non esistenza di disturbo psicopatologico. Ciò è richiesto sia come possibile esito del processo diagnostico, ma soprattutto come possibilità di dirimere tentativi di simulazione a fini giudiziari. La simulazione, comunque, rimane categoria psichiatrica specifica ricorrendo spesso in casi che, comunque, non sempre erano di pertinenza giudiziaria.

Giuseppina M., è ricoverata "in perizia" dal 2 al 25 febbraio del '24⁴². Il Giudice Istruttore De Notaris de Stefani scrive:

"Imputata di omicidio... poiché i periti che hanno accettato l'incarico hanno domandato che la M. venga internata in un manicomio del luogo trattandosi di un caso che richiede lunghi ed accurati esami... Sia ricoverata e ricevuta presso il Manicomio di S. Maria della Pietà di Roma, sotto la personale responsabilità del Direttore di detto manicomio per tutto il tempo occorrente per le opportune osservazioni e per l'esecuzione della perizia in parola"

Dopo pochi giorni si nota:

⁴¹ A partire dagli anni '50 spesso ricorre la precisazione "...psicosi *in atto*": ritengo che si tratti di un piccolo segnale che, attraverso il prevalere di preoccupazioni medico legali, descrive un contesto sempre più orientato verso una organizzazione di ordine segregante, in cui gli stessi medici, necessariamente tentano di proteggersi.

⁴² Il Registro Matricolare riporta un dato differente da quello della cartella. Secondo tale Registro la M. è ammessa il 3.12.1923 e trasferita il 8.2.1924: "Perizia". Una curiosità: si tratta dell'ultima paziente di S. Onofrio alla Lungara. Dopo di lei il manicomio viene definitivamente chiuso; probabilmente la confusione delle date e da riferirsi alle vicende del trasferimento.

“sempre calma, ordinata, pulita; si presta al lavoro interno in aiuto al personale. Sta in attesa di essere trasferita al Carcere Giudiziario donde proviene, essendo stata espletata e consegnata la relazione di perizia cui fu sottoposta. Tardando tale trasferimento, la M. si è emozionata mettendosi a piangere, dichiarando di non voler essere mandata al nuovo manicomio e tenendo contegno un po' strano per qual fu data in consegna specialissima...⁴³”

In un altro caso il manicomio viene chiamato persino a supplire funzioni del carcere. Il 13 settembre '23 il Giudice Istruttore Caracciolo ordina:

“Visti i certificati della Direzione delle carceri Giudiziarie di Roma... ritenuto che dai documenti suddetti appare che le condizioni mentali della B. Ermelinda siano tali da costituire un pericolo permanente per le altre ricoverate... ordina che la B. Ermelinda venga immediatamente trasferita nel Manicomio Criminale di S. Maria della Pietà”. Il procuratore del Re “...con lettera del 12 c. m. autorizza che la B. sia visitata dai parenti nei giorni ed ora stabiliti per il parlatorio”

Si segnalano ancora molti casi in cui il Manicomio sembra essere chiamato a svolgere una funzione specifica di diagnosi, ovvero casi in cui il registro segnala “In perizia” o, come possibile esito, “psicosi non constatata”. Questa funzione specifica, che ovviamente ha come referente l'attività giudiziaria, sembra ridursi progressivamente a partire dagli anni '30, evidentemente per l'emergere di altre agenzie individuate dal contesto sociale specifiche nella valutazione e diagnosi di casi giudiziari lasciando alla psichiatria solo la funzione di consulenza specialistica.

...l'inferma ha forme corporee armoniche

Un ultimo caso, esemplare, di “ non constatata psicosi ”. Il 5 marzo 1919 il commissario scrive:

“Faccio internare in via provvisoria e d'urgenza in codesta casa di salute Lo P. Marj⁴⁴ di Vincenzo... nata a Roma il 5.11.1897... trovata affetta dal prof. Ranelletti da epilessia e priva di sentimento morale che la rende pericolosa a sé e agli altri...”. Infine ingiunge: “visto l'art. 2 cap. 3° della legge 14.2.1904, n° 36 sui Manicomi... ordina che la Lo P. Marj sia ricoverata in via provvisoria in una casa di salute...”.

Viene subito posta in osservazione e la storia ricomposta secondo il codice della tipologia *degenerativa* tesa ad includere eventi di vita in un decorso atteso e prevedibile secondo un ordine e necessità psicopatologiche. Nonostante tutto, comunque, questa volta il giudizio morale dell'istituzione (del medico?) rimane distinto dalla specificità medica. Il “ricovero provvisorio” dura una settimana e questa volta l'istituzione psichiatrica non collude con la confusione che la società civile adotta nell'accomunare irregolarità sociale con malattia mentale. Possiamo tentare delle ipotesi. Sicuramente la richiesta esplicita di “constatare psicosi” poneva l'istituzione manicomiale in una posizione di maggiore specificità ed autonomia rispetto alle consuete ammissioni di pazienti che venivano inviati

⁴³ Sottolineato nel testo.

⁴⁴ E' la copia di un documento dattiloscritto; probabilmente la macchina non aveva il tasto “y” poiché nelle note manoscritte si parla di “Mary”.

dal Policlinico: una istituzione giudiziaria che si appoggi ad una sanitaria è diverso da una istituzione sanitaria che si appoggi ad un'altra istituzione sanitaria. Infatti, come abbiamo già visto, nel maggior numero di casi, la "non constatata psicosi" riguardava pazienti ricoverati su richiesta dell'autorità giudiziaria⁴⁵. Inoltre, l'esito di questo caso può essere indicativo di come – almeno in questa fase e pur con scarso esito - il Manicomio tenti di ricavare una propria specificità orientandosi soprattutto verso il campo delle psicosi (sostanzialmente sinonimo di "alienazione mentale"), tentando di rimanere esente dal confuso ambito delle patologie sociali che invece, nel panorama ampio della psichiatria di questi anni eserciteranno grande seduzione verso gli psichiatri: è un fenomeno che, per quanto parziale, è possibile documentare come specifico al S. Maria della Pietà. Nel caso di Lo P. Mary, però, penso risaltino anche alcune contingenze più singolari. Non sappiamo quanto possa aver pesato il fatto che la paziente apparteneva ad una famiglia abbiente oppure che il medico, che con bella grafia compila la cartella e che nelle prime battute, reverenzialmente, la chiama "signorina", non se la sia sentita di sospendere l'esistenza di una giovane di 23 anni la quale, a dispetto di ciò che prevedevano i manuali, presentava "...forme corporee armoniche".

10.3.1919: "Negativa l'ereditarietà... la sig,na è stata sempre bene... Ha due fratelli che stanno anch'essi in buona salute. Sin da giovinetta mostrò un carattere alquanto leggero ed una certa tendenza alla vita romantica. Frequentando la scuola conobbe un ufficiale che la condusse fuori di strada e poi l'abbandonò. Questo trauma psichico aumentò il disagio civile in cui era tenuta dalla sua costituzione neuropsichica e dalle esigenze imperiose degli istinti; non ebbe più voglia di seguire gli studi e decise, anche per consigli della famiglia dei occuparsi quale impiegata al Monte di Pietà. Lavorò per pochi mesi; nel medesimo ambiente prese contatto con elementi della stessa sua indole, abbandonandosi del tutto esclusivamente ai consigli ed alle seduzioni di una sua amica che le fece abbandonare l'impiego e la indusse a provare la carriera della cinematografia, carriera che sedusse moltissimo l'indole della sig,na, dappoiché le offriva tutti gli allettamenti di cui i di lei sensi sentivano bisogno. Girò varie agenzie e finalmente trovò in questo pellegrinaggio un protettore che si impegnò di darle denaro, di farle i corredi di artista pur di averla come amante. La sig,na non se lo fece dire due volte, scappò di casa e fece con questi, che era ammogliato, vita di albergo. La famiglia mise in moto la questura di Roma per rintracciarla e fu infatti sorpresa all'albergo del Senato, e dappoiché il sigtn. dott. Ranelletti, medico di famiglia, aveva constatato in lei dei sintomi che la facevano ... un'epilettica, accluse certificato di internamento al Manicomio per avere un giudizio dell'indole della malattia di costei.

Da referenze avute dai genitori e dalle relazioni verbali dell'inferma, non pare vi siano sintomi tali da far supporre l'esistenza di un'epilettica vera e propria. Nei periodi mestruali questa p. va soggetta a stati di nervosismo accompagnati da eretismo sessuale per cui si trova in istato di malessere sessuato (?) che la fa soffrire; durante tali stati che sono descritti con attributi molto generici, la p. non perde la coscienza, è soltanto più irritabile del solito, piena di esigenze, nulla la soddisfa.

A dichiarazione vuoi dei genitori, vuoi della stessa p., ella non è andata soggetta a vere convulsioni che rivestano vuoi caratteri epilettici, vuoi caratteri isterici.

Durante il tempo che è stata al reparto non ha presentato sintomi psicologici di nessun genere. All'esame somatico non si sono constatati nella sfera neurologica disturbi sensitivi che depongano per una costituzione isteroide; non esistono

⁴⁵ La quale poteva transitoriamente chiedere il ricovero anche per effettuare "perizia".

neppure note morfologiche che abbiano qualche importanza clinica. L'inferma ha forme corporee armoniche, non vi sono accenni di anomalia. Dal punto di vista psichico, come del resto si rileva dal contesto delle notizie su esposte, si è constatata una certa deficienza morale la quale risalta in lei maggiormente poiché è in contrasto colla educazione severa della famiglia e colle sue condizioni sociali, deficienza morale che spiega la facilità con la quale questa p. ha percorso una vita del tutto immorale, sulla quale non riesce tuttora ad esercitare una critica etica appropriata. Indifferente è rimasta ai richiami della famiglia, come indifferente è rimasta all'internamento nel Manicomio. Protesta contro questo provvedimento, ma senza insistenza. Ella tiene ad esser libera e quindi reclama dai medici la sua dimissione, senza mostrare di sentire ravvedimento e guardandosi bene dal fare propositi per l'avvenire che possano impegnarla a fare una vita più corretta.

Dall'insieme dei fatti e dalle considerazioni su esposte risulta non essere questa p. un'alienata di mente. Le sue deficienze morali non sono tali da costituire un pericolo sociale, né scandalo pubblico, quindi per nessun caso, questa ricoverata rientra nella categoria dei malati catalogati dall'art. 1° della legge.

Non essendo un'alienata si propone la dimissione dalle ricoverate del Manicomio”.

7. Il dopoguerra

Le cartelle del 1945 cominciano ad essere corredate da foto tessera incollata puntualmente alla fine del fascicolo: sono vere e proprie foto “segnaletiche”, che soddisfano un feticcistico progetto di oggettivazione senza alcun tentativo, come in passato di correlare la fisionomia al carattere⁴⁶ o, persino, la ricerca di tare ereditarie degenerative. Il Registro Matricolare alla prima pagina, che rimane la stessa dai primi del '900⁴⁷, a partire dal secondo dopoguerra aggiunge una seconda pagina che dice anche del mutato vertice attraverso cui è atteso l'esito del processo patologico: “recidività; guarigione; non presenta più gli estremi per l'internamento; in esperimento; non constatata malattia mentale; per autorizzazione del tribunale; con art. 6; per fine perizia; trasferimento; decesso; causa; osservazioni”.

Il 14 febbraio del '44 viene ricoverata Elida A. che da Piacenza è venuta a Roma “...per parlare con il Papa”. Sarà dimessa dopo due anni. La cartella custodisce numerose lettere indirizzate al “capo del governo”. Documento tangibile della perversione storica del delirio, nessuno le leggerà mai e la cartella le custodisce ancora sigillate, pronte per essere spedite! Il manicomio doveva essere già diventato troppo grande per la intimità discreta delle storie dei ricoverati: il diario clinico, redatto dai medici, riporta solo poche notizie di carattere generico, mentre la storia è custodita nelle note degli infermieri:

“Ha 23 anni... lavora presso la direzione dell'Artiglieria occupandosi della pulizia dei soldati. Aveva scritto una lettera al capo del governo di Londra per consigliarlo alla pace, e si era rivolta al Federale e ad altre autorità. Non avendo avuto risposta si era decisa venire a Roma per parlare con il Papa. Infatti era riuscita a contattare il segretario del Maestro di Camera, ma senza risultato. Sapendo che gli Americani avevano sbarcato a Nettunia, si è diretta a quella volta, ma per la strada è stata

⁴⁶ Cfr. P. Magli (1995), *Il volto e l'anima. Fisiognomica delle passioni*. Bompiani, Milano

⁴⁷ Le colonne, in spazi precisi, chiedono: “luogo di nascita; di provenienza; età; stato civile; condizione o professione; grado di cultura; religione; data di ammissione; forma morbosa).

fermata dai tedeschi; portata in questura vi è stata una giornata e poi ricoverata al Policlinico”.

Nel maggio del '45 i medici annotano:

“La ricoverata ha continuato ad avere un contegno corretto, mostrandosi docile, tranquilla e calma.... Ricoverata all'ospedale quando gli alleati occupavano Roma, pensò che poteva finalmente fare recapitare le tre lettere di cui sopra. La paziente non ha disturbi psicosensoriali e neppure altre consistenti idee deliranti all'infuori dell'assurdità di rivolgersi per lettera agli alleati per esortarli a fare la pace. Essa faceva l'operaia a Piacenza ed esprime il desiderio di tornarvi appena possibile. Potrebbe essere dimessa, ma ciò è improponibile per ragioni contingenziali. Le condizioni di debolezza mentale non sono tali da tenerla in ospedale”.

La dimissione avverrà per “guarigione dello stato delirante”. Una coda, nel giugno del '57, permette di comporre ulteriormente altri tasselli della storia. I carabinieri della stazione di Monte Mario, per un problema di liquidazione di pensione chiedono al direttore De Giacomo se il ricovero sia stato conseguenza dello “...scoppio avvenuto nel deposito munizioni della Galleana di Piacenza il 6 giugno '43”.

Il 17 agosto del 1950, accusato di “oltraggio ed altro”, con certificato del dott. Sebastiano Fiume, da poco subentrato a Lucio Bini come medico del commissariato di S. Lorenzo, viene ricoverato Dante F. di Giuseppe come “imputato detenuto”: l'analisi della cartella svela un'altra storia di miseria a cui il manicomio per alcuni mesi fa da cornice. Nella cartella numerosi sono i certificati, soprattutto le autorizzazioni al colloquio con la moglie. Si confondono i luoghi della cura e della detenzione: 4.10.'50 “... detenuto al pad. 18, autorizzo l'avvocato Accardi Vincenzo, in viale Corso 23 come mio difensore”. Solo dopo 4 mesi e appena prima della dimissione una nota clinica sulla cartella ne chiarisce la storia.

“ Proviene dalla clinica Neuropsichiatrica con diagnosi di epilessia e stato confusionale. Al personale di servizio il 17 agosto dice che è ammogliato con 3 figli, che 3 anni or sono fu ricoverato all'osp. S. Gallicano per morsi di Lue e d'aver abusato di vino. Durante la degenza si è mantenuto in complesso tranquillo, ordinato, socievole tranne che alla fine di ottobre e col principio di novembre in cui ebbe fatti distimici prevalentemente su fondo di eccitamento. Ebbe convulsioni... Ha confessato abuso di alcolici. Non si sono mai avuti equivalenti epilettiformi”. Si tratta di una nota preliminare alla dimissione avvenuta “... perché il paziente è guarito dei disturbi per cui fu ricoverato e tenuto”. Incollata all'interno della cartella è una foto tessera del paziente.

L'elemento interessante di questo documento è la comparsa in questo periodo di un modulo prestampato intestato: “Servizio Sociale⁴⁸” che, all'ammissione sollecita l'indagine di varie aree della vita del paziente. L'istituzione, ora sembra introdurre nella propria organizzazione di cura ipotesi di genesi sociale – per quanto parziale - del disturbo che conduce il malato al manicomio. Il modulo si astiene dal proporre ipotesi diagnostiche di alcun tipo, ma la linea che sembra guidare il redattore dei fogli è visibilmente sostenuta da una sottile seduzione a giustificare la patologia attraverso cause sociali:

⁴⁸ Il 1951 viene istituito il “Servizio Psichiatrico Sociale” ad uso del Centro di Igiene Mentale e dell'ospedale.

Ambiente domestico: (bracciante) La famiglia ha a sua disposizione una camera. E' evidente lo stato di indigenza notevole e di trascuratezza. Vi sono tre letti (con coperte, in cui dormono la madre e le tre figlie)... Il padre con il lavoro di bracciante guadagna saltuariamente dalle 800 alle 1000 lire giornaliere che vengono spese unicamente per il vitto

Condizioni Morali: la condotta del Franchi (a detta della moglie) è sempre stata ottima sia in famiglia che fuori. Nel periodo antecedente al suo ricovero era stato associato alle carceri di Regina Coeli per un periodo di 17 giorni, perché contravventore al foglio di rimpatrio.

Ambiente lavorativo: Lavora come bracciante saltuariamente, in genere alle dipendenze dello zio. In quest'ultimo periodo si occupava di trasporto di frutta per istituzioni religiose. E' fuori casa tutto il giorno per ragioni di lavoro. La sera frequenta l'osteria

III elementare... la moglie ricorda un solo attacco epilettico precedente a quello che ha determinato il ricovero. Recentemente il paziente soffriva di insonnia. Il giorno del suo arrivo al campo proveniente da Regina Coeli si presentava in stato di ubriachezza spontaneamente al maresciallo di P. S. Alle osservazioni di costui sul suo stato di ubriachezza rispondeva con offese. Opponeva resistenza ai tentativi da parte della forza pubblica di ridurlo alla calma. In questo frangente è stato colto da attacco di epilessia e, per questa ragione ricoverato a S. Maria.

Negli anni '60 i Registri Matricolari riportano l'accrescersi aspecifico delle categorie nosografiche: sembra una precisa e significativa sintonia con la progressiva aspecificità dei progetti di cura che, sempre più si consumano nella segregazione. La crisi del modello manicomiale si coltiva nella assenza di interesse per le storie dei ricoverati che risulta dall'analisi delle cartelle: certificati, autorizzazioni, al massimo note cliniche che riguardano aspetti somatici (peso...alimentazione...mestruazioni...). La nosografia accentua note bizzarre: Redento S., di 21 anni di Brescia viene ricoverato il 4 febbraio del '61 per "sindrome Neuro-depressiva". Il 25 dello stesso mese è dimesso per "Non constatata malattia mentale". Lo stesso giorno vi è un'altra diagnosi simile. Dopo solo dieci giorni si decide: "Non ha gli estremi per l'internamento". Quasi la metà delle diagnosi è genericamente di "Schizofrenia/sindrome schizofrenica", mai specificata nelle sue sottoclassi. Le altre diagnosi si disperdono in un campo ampio, organizzato soprattutto secondo il codice descrittivo sintomatologico o, quando concreto, etiologico. Non traspare alcun codice nosologico preciso se non quello delle contingenze: Delirio paranoide; alcolismo; demenza (o amenza !) senile; sindrome depressiva; stato di eccitamento in alcolismo.... Numerose diagnosi che si organizzano intorno al concetto di "personalità psicopatica": un ragazzo di 19 anni da Orvieto, ricoverato "in esperimento" per "personalità psicopatica di tipo disforico". Non sappiamo quanto si tratti di un fenomeno contingente di semplice transizione nel manicomio, ma un buon numero di pazienti "guarisce" in un periodo brevissimo: un paziente di 39 anni, affetto da "sindrome depressiva" è ricoverato dal 6 al 26 febbraio del '61; un sessantenne per "Alcolismo acuto" rimane in manicomio per un mese esatto; un giovane di 22 anni, di Parma, "Stato depressivo", è ricoverato dal 7 al 18 febbraio; numerose "guarigioni" per alcolismo acuto o cronico. Ritengo sia un dato interessante che suggerisce di considerare meglio il fenomeno della segregazione manicomiale. Le "guarigioni" sembrano dire che una quota di popolazione ne rimaneva esente, mentre sicuramente essa riguardava i pazienti comunque affetti da situazioni di ordine psicotico, accessuale o processuale che fossero. Secondo questo dato, il manicomio mantiene comunque le caratteristiche di luogo *sanitario*, ma incapace di riconoscere oramai la propria evidente impotenza terapeutica che si esauriva soltanto nella offerta di un luogo asettico e sterile di *ricovero* che diviene sempre più abbandono:

chi ne aveva le capacità riusciva a non rimanere invischiato nelle paralizzanti dinamiche del ricovero che, fondamentalmente si organizzava sul concetto di pericolosità. La guarigione, pertanto consisteva nel assicurare l'istituzione della propria acquisita capacità di non essere più pericoloso*.

** ringrazio le sign.re Franca Cianfrocca della Biblioteca "A. Cencelli" e Maria Morena dell'Archivio clinico, per il prezioso aiuto prestatomi.