

Diritto alla cura, dovere di custodia: il binomio psichiatrico tra diritto e sicurezza sociale in Italia e Francia

ANNA GRILLINI

Introduzione

Il binomio cura-custodia ha caratterizzato l'assistenza ai folli fin dall'età moderna, con modalità e motivazioni differenti, i medici si interrogavano sull'efficacia del ricovero ospedaliero già dal XVI secolo. Il concetto stesso di cura della follia non era, poi, una novità visto che fin dall'antichità era considerata una malattia di origine naturale¹; eppure, il trattamento di questa condizione non era specializzato o considerato come parte di una branca medica a sé stante. L'esercizio terapeutico non era strutturato o regimentato provocando, insieme alla mancanza di una specializzazione specifica, il ricovero dei folli a fianco di devianti, vagabondi o malati generici e la loro conseguente scomparsa nei meandri dei grandi ospedali dove l'elemento di custodia prendeva totalmente il sopravvento. L'elemento di novità che andava affermandosi dalla fine del XVIII secolo era l'affermazione di «figure professionali all'interno di istituti specializzati», fino a quel momento «si era ancora lontani da una vera e propria gestione medica degli ospedali dei pazzi, che continuavano a essere diretti e amministrati da personale non medico (...) non spettava ai medici decidere dell'internamento o delle dimissioni di un ricoverato, anche se il loro parere era in realtà ritenuto necessario e tutt'altro che ininfluente²».

Con l'avvento dell'Illuminismo l'impostazione medica si fece, quindi, più consapevole e improntata alla classificazione delle manifestazioni della malattia, inoltre, si fece largo anche una concezione dell'assistenza sanitaria maggiormente filantropica e paternalistica: queste caratteristiche aprirono la strada ai mutamenti che analizzeremo in parte in questo contributo e che condussero all'affermazione della scienza psichiatrica come responsabile primo sia della cura che della custodia degli alienati. L'influenza della psichiatria francese in questo percorso fu centrale, riconosciuta a livello europeo e giunse anche nella frammentata penisola italiana, condizionando provvedimenti giuridico-amministrativi e dibattiti scientifici fino all'elaborazione della prima legge unitaria nel 1904.

Le origini del diritto alla cura in ambito psichiatrico

Per molto tempo l'immaginario collettivo connesso alla storia della psichiatria è rimasto

¹ Cfr. J. PIGEAUD, *La follia nell'età classica. La mania e i suoi rimedi*, Venezia, Marsilio, 1995. Per la follia in età moderna si vedano, in particolare: H. LAHER, *Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459-1799*, Berlin, G. Reiner, 1900, I, pp. 5-113; R. MAZZA, *La malattia mentale nella medicina del Cinquecento: tassonomia e casi clinici*, in A. DE BERNARDI (a cura di), *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, Milano, Franco Angeli, 1982, pp. 304-316.

² Cit. da L. ROSCIONI, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Mondadori, 2003, p. 219.

profondamente legato ai quadri raffiguranti Philippe Pinel, uno dei padri della moderna scienza psichiatrica, che liberava i folli dalle loro catene. Come descritto da Gladys Swain, in riferimento al dipinto di Tony Robert Fleury del 1878, Pinel è ritratto come un “rappresentante del di fuori”, composto, ben vestito ed eretto, che conduce una sorta di irruzione dei diritti dell’Uomo nel luogo simbolo per eccellenza dell’esclusione sociale³. Il dipinto è solo uno degli esempi della mitizzazione della nascita della psichiatria, esaltata come il momento in cui ai folli venne riconosciuto il diritto a un trattamento dignitoso, in cui da devianti vengono riconosciuti come malati. Foucault descrive la stessa scena in uno dei suoi lavori più celebri, *Storia della Follia nell’età classica*:

Pinel lo condusse subito al quartiere degli agitati, dove la vista delle celle lo impressionò penosamente. Volle interrogare tutti i malati. Non ricevette dalla maggior parte di loro altro che ingiurie e apostrofi grossolane. Era inutile prolungare ancora l’inchiesta. Rivolgendosi a Pinel: “Perbacco, cittadino, sei dunque tu stesso pazzo a voler liberare dalle catene simili animali?”. Pinel gli rispose con calma: “Cittadino, sono convito che questi alienati sono così intrattabili proprio perché vengono privati d’aria e di libertà”. Ebbene, fa come vuoi, ma tema che sarai vittima della tua presunzione”. E Couthon viene trasportato fino alla sua carrozza. La sua partenza fu un sollievo; si respirò; il grande filantropo si mise subito all’opera⁴.

La liberazione dei folli dalle catene avvenne nel 1793, tre anni prima era stata emanata una legge per la creazione di ospedali dedicati agli alienati ma non era stato fatto nessun concreto passo avanti, i rapidi sconvolgimenti rivoluzionari avevano distolto l’attenzione dal problema e l’istituto del Bicêtre era a tutti gli effetti un ricovero per indigenti come in epoca prerivoluzionaria. In mezzo alla variegata moltitudine di diseredati, poveri, prigionieri politici vi era un certo numero di folli trasferiti a partire dal 1790 per alleggerire le presenze di altre strutture ma altri erano stati rinchiusi perché considerati pericolosi per la società⁵.

Lasciando da parte le motivazioni che avevano spinto Pinel a liberare i folli e che sono difficilmente indagabili con certezza, rimane una scienza medica che si pone il problema di una vocazione filantropica, che “pretende di trattare il folle come un essere umano”⁶. In questo contesto la filantropia pineliana non era caratterizzata da spinte religiose o altruiste, piuttosto era «espressione di un’etica umanistica guidata dalla ragione» propria delle *Sciences de l’Homme* illuministiche⁷. Per Pinel la follia non era altro che una possibilità umana, insita nell’uomo in quanto essere ragionevole: sani e folli potevano, in differenti circostanze, mostrare la stessa irragionevolezza o lo stesso distacco per il senso comune⁸. In tale concezione la malattia mentale è un allontanamento da ciò che è considerato normale, ragionevole, secondo gli standard la neo-classe dirigente della

³ Per la ricostruzione della genesi e del significato del mito di Philippe Pinel come liberatore dei folli cfr. G. SWAIN, *Soggetto e follia. Pinel e la nascita della psichiatria moderna*, Torino, Centro scientifico torinese, 1985 ma anche F. FONTE BASSO, *Il gesto liberatore. Philippe Pinel fra mito e storia*, in F. FONTE BASSO, S. MORAVIA (a cura di), P. PINEL, *La mania. Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale*, Venezia, Marsilio Editori, 1987, pp. XXXIII-LXI.

⁴ Cit. da S. PINEL, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, Paris, Mauprizev éditeurs, 1836, p. 56, riportato in M. FOUCAULT, *Storia della follia nell’età classica*, Milano, BUR saggi, 2015, p. 647.

⁵ Ivi, pp. 651-656.

⁶ Ivi, p. 228.

⁷ Cfr. F. PETRELLA, *Il sistema del Professor Pinel e del Dottor Esquirol*, in F. MARIA FERRO (a cura di), *Passioni della mente e della storia*, Ed. Vita e Pensiero, Milano, 1989, pp. 207-208.

⁸ Cfr. P. PINEL, *op. cit.*

borghesia. Come soggetto *alienato*, estraniato dalla ragione, tuttavia, rimane portatore di diritti e qui si realizza, come si vedrà anche più avanti, la vocazione filantropica della nuova scienza psichiatrica che interpreta la custodia come parte del diritto all'assistenza e che, soprattutto, inizia lentamente ad affermare la necessità di un trattamento umano dei malati. Quest'ultimo aspetto non era considerato solamente come un dovere di stampo quasi paternalistico del medico-custode ma anche parte della terapia morale inaugurata da Pinel che considerava controproducente il mantenimento di condizioni di vita inumane e l'uso smodato di catene o metodi di contenzione meccanica. Parte della pratica clinica di Pinel ed Jeanne-Étienne Esquirol risiedeva, infatti, nella costruzione di un ambiente manicomiale adatto al trattamento morale da loro elaborato; quindi, il diritto umanitario all'assistenza dei malati si univa alle esigenze terapeutiche e alla visione filantropica portata avanti dai rappresentanti della neonata psichiatria.

Dal punto di vista giuridico l'*alienato* era riconosciuto come portatore di diritti che sono ancora declinati “in negativo”, esplicitati maggiormente nella loro limitazione invece che nella dimensione della tutela. Già dall'antico regime il folle era riconosciuto come soggetto di diritto e in questo contesto vennero articolate le procedure giuridiche che lo riguardavano, in particolare l'interdizione. Quest'ultima era sollecitata da una richiesta della famiglia (in casi eccezionali del procuratore del re) ed era emanata da un giudice dopo aver udito le testimonianze delle persone coinvolte, malato incluso. Se l'interdizione diveniva effettiva, il folle poteva essere rinchiuso e privato dei suoi beni. Il procedimento giudiziario era lungo, dispendioso e soprattutto molto pubblico, questo ultimo aspetto rendeva la procedura poco allettante anche per le famiglie che potevano sostenere i costi⁹. L'alternativa all'interdizione erano le famigerate *lettres de cachet*, emesse dal ministro della Casa reale dietro sollecitazione della famiglia o sovente delle autorità, secondo alcune stime circa i nove decimi dei folli colpiti da questa procedura divenivano “prigionieri di famiglia”, privati dei propri diritti e del proprio patrimonio senza una vera e propria indagine giudiziaria¹⁰. Per questo motivo non sorprende che la procedura fosse rimasta impressa negativamente nella memoria collettiva e che i provvedimenti legislativi rivoluzionari cercassero di distanziarsene.

Con la rivoluzione il focus si spostò sull'internamento e solo secondariamente sull'interdizione che perse anche la sua obbligatorietà. Dal punto di vista medico-filosofico la recente vocazione umanitaria degli intellettuali aveva aperto le porte a una pratica della professione in cui, per la prima volta, il malato era riconosciuto come “incapace e come folle” e in cui la sua condizione comportava la limitazione dei suoi diritti ma non annullava la sua personalità giuridica. Espressione di questo contesto sociale, culturale e scientifico fu la legge del 30 giugno 1838 sugli alienati che rappresentò anche la prima consistente iniziativa giuridica a riconoscimento del diritto all'assistenza e alle cure in ambito psichiatrico. La legislazione era destinata a rimanere in vigore per oltre un secolo e mezzo, con solo alcune opportune modifiche e integrazioni¹¹. L'importanza di questa legge, inoltre, fu riconosciuta anche a livello europeo perché fece

⁹ R. CASTEL, *L'ordine psichiatrico. L'età d'oro dell'alienismo*, Milano- Udine, Mimesis Edizioni, 2023, pp. 33-34.

¹⁰ Cfr. P. SERIEUX, L. LIBERT, *Les lettres de cachet. “Prisonniers de famille” et “placements volontaires”*, Congrès Belgae de Neurologie et de Psychiatrie, Bruges, 1911, Imprimerie A. Vander Haegen, Gand 1912, e riportato in «*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*», dicembre 1911- gennaio 1912.

¹¹ Riguardo i dibattiti per le modifiche alla legge si vedano: M. GWYNNE LLOYD, M. BENEZECH, *The French Mental Health Legislation of 1838 and its Reform*, in «*Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*», 2, 1992, pp. 235-250 e N. HENCKES, *Entre tutelle et assistance: le débat sur la réforme de la loi de 1838 sur les aliénés des années 1870 aux années 1910*, in «*Sciences Sociales et Santé*», 35, 2017, pp. 81- 108.

da apripista alle iniziative di altri paesi, tra cui vari stati italiani preunitari e il Regno d'Italia.

Il provvedimento francese ebbe una lunga gestazione, circa diciotto mesi, e fu accompagnato da un prolungato dibattito, a tratti decisamente acceso. Il risultato fu una chiara affermazione dell'influenza dei professionisti della salute mentale a scapito di quella giudiziaria, rimasta esclusa da qualunque ruolo attivo nelle procedure di internamento. Dall'entrata in vigore della legge del 1838, il potere di ammettere un soggetto in manicomio era spartito tra il prefetto e gli psichiatri. Il ricovero poteva avvenire secondo due modalità: il “*placement volontaire*” o il “*placement d'office*”¹². Nel primo caso il termine “volontario” indicava una richiesta spontanea effettuata per conto del paziente, da parte della famiglia o degli amici. Questa istanza doveva essere accompagnata da un certificato medico antecedente di non più di due settimane. A questo punto il direttore dell'istituto psichiatrico aveva tre giorni per certificare il ricovero al prefetto che a sua volta informava il procuratore del Re e inviava una persona qualificata per accettare le condizioni del paziente. Successivamente, la dimissione poteva avvenire per il miglioramento delle condizioni cliniche, dietro richiesta della famiglia o per ordine del prefetto¹³.

Nel secondo caso, il placement d'office, l'internamento era ordinato dal prefetto che specificava lo stato mentale e/o la malattia del soggetto insieme alle prove che la pericolosità dello stesso poteva compromettere l'ordine pubblico o la sicurezza degli individui. In questo caso il certificato medico poteva essere sostituito da una evidente violazione della pubblica sicurezza. Dopo il ricovero, gli psichiatri inviavano rapporti semestrali sullo stato di salute del paziente e il prefetto si pronunciava di conseguenza sul proseguimento del ricovero coatto.

Qualsiasi fosse la circostanza del ricovero, il paziente, il medico, il tutore o un parente potevano inoltrare al procuratore una richiesta di dimissione basata sulla guarigione o sul miglioramento. In questo caso la via giudiziaria era aperta e, dopo le indagini, era il tribunale competente a stabilire la sorte del paziente.

Oltre a regolamentare l'ammissione nelle strutture psichiatriche, la legge stabiliva che ogni dipartimento doveva avere almeno un manicomio pubblico oppure stabilire accordi con altre regioni o istituti privati al fine di garantire l'assistenza ai cittadini¹⁴. Ogni ente, inoltre, doveva essere ispezionato dal prefetto, dal presidente del tribunale, dal procuratore, dal giudice di pace e controllato almeno ogni sei mesi (ricovero pubblico) o tre (ricovero privato) dal procuratore. Anche se l'obiettivo di avere una struttura psichiatrica pubblica per ogni dipartimento risultò molto difficile da ottenere, la legge del 1838 rappresentò senza alcun dubbio una pietra miliare dell'assistenza sanitaria psichiatrica europea che risultava non solo regolamentata ma anche distribuita sul territorio nazionale e strutturata per garantire il diritto alla cura¹⁵.

Naturalmente, l'organizzazione di un servizio psichiatrico diffuso non rispondeva

¹² Rispettivamente art. 8 e art. 18 e 19 della legge del 1838.

¹³ M. Gwynne Lloyd, M. Benezech, *op. cit.*, pp. 238-239.

¹⁴ Riguardo le modalità di diffusione degli istituti psichiatrici in Francia si veda l'interessante contributo di M. Coldefy e S. E. Curtis, *The geography of institutional psychiatric care in France 1800-2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness*, in «Social Science & Medicine», 71, 2010, pp. 2117-2129.

¹⁵ Non solo l'Italia ma anche il Belgio, l'Impero asburgico e la Spagna si ispirarono alla legge francese del 1838 e il Giappone aggiunse il *placement volontaire* alla propria legislazione negli anni '50 del XX secolo. Cfr. C. Louzon, *Législations de santé mentale en Europe*, Paris, Comité Européen: Droit, Ethique et Psychiatrie, 1990.

solamente alla già accennata vocazione filantropica della psichiatria ma anche alla necessità di controllare e custodire quegli individui che erano considerati pericolosi per la società:

Questa legislazione deve vegliare affinché i mali di un uomo sofferente e sventurato siano addolciti, e la sua guarigione ottenuta quando possibile, e allo stesso tempo adottare delle misure che allontanino da un essere pericoloso per gli altri o per sé stesso i mezzi per fare del male. Per raggiungere questo duplice scopo, essa deve prescrivere l'isolamento degli alienati, perché questo isolamento, mentre garantisce il pubblico dai loro errori e dai loro eccessi, presenta agli occhi della scienza il più potente mezzo di guarigione. Felice coincidenza che, nell'applicazione di misure rigorose, fa concorrere il vantaggio del malato con il bene generale¹⁶.

La «felice coincidenza» era espressione del convincimento che una cura efficace potesse essere somministrata solamente entro le mura degli istituti manicomiali e che queste dovessero, tuttavia, essere ben alte e robuste per proteggere la società dei sani e produttivi. Dalla fine del XVIII secolo, poi ancor più per tutta la durata del XIX, i diritti individuali retrocedettero puntualmente davanti all'interesse collettivo e ciò era ben evidente nella collocazione burocratica della sanità come afferente al ministero dell'interno:

prima di essere una specializzazione della medicina, la psichiatria si è istituzionalizzata come campo particolare della protezione sociale, contro tutti i pericoli che potevano venire dalla società o da tutto ciò che si poteva assimilare, direttamente o indirettamente, alla malattia. La psichiatria si è istituzionalizzata come misura di sicurezza sociale, come igiene del corpo sociale nel suo complesso¹⁷.

La vocazione alla custodia della salute mentale della società era espressa chiaramente anche dall'altra parte delle Alpi, in Italia, dove gli psichiatri condussero una molto più lunga battaglia per l'approvazione di una legge unitaria sugli alienati negli ultimi decenni del XIX secolo. Il percorso, comunque lungo e articolato, fu ovviamente reso maggiormente difficoltoso da un'unità politica che tardò ad arrivare.

Le influenze francesi e i diritti degli alienati nella penisola italiana: il caso napoletano

Come già accennato, in Italia si dovette attendere la fine del XIX secolo per giungere a una norma unica per tutto il territorio, che affrontasse il tema della malattia mentale in chiave moderna. Nonostante ciò, l'occupazione napoleonica e il proseguimento delle influenze scientifiche e culturali d'oltralpe influenzarono l'impostazione giuridico-amministrativa in più parti della penisola.

Le scuola pineliana rappresentò una potente cesura rispetto alle teorie precedenti, con Pinel iniziò a prendere piede un modello in cui l'istituto manicomiale era predominante, non solo nella cura e nella custodia ma anche nella definizione stessa di alienato: «(...) folle non è tanto colui che fa “stranezze” ma colui che è stato o è ricoverato o si accinge ad esser ricoverato in manicomio» ed era sempre l'istituto che creava la disciplina, tanto

¹⁶ MINISTÈRE DE L'INTERIEUR ET DES CULTES, *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, t. II, pp. 315-316, cit. in R. CASTEL, *op. cit.*, pp. 237-238.

¹⁷ Cit. da M. FOUCAULT, *Gli anormali. Corso al Collège de France (1974-1975)*, Milano, Feltrinelli, 2000, p. 110.

in Francia quanto nel resto d'Europa: «Non che in precedenza non vi fossero delegati "professionali" per il trattamento della follia ed un correlativo corpo di dottrine, mediche e non solo mediche, ma è con la costruzione dell'asilo che la medicina della follia si distacca nettamente dalla medicina generale ed il medico della follia di fatto diviene colui che si occupa dei folli...¹⁸». La crescita della centralità manicomiale e la diffusione delle teorie pineliane resero evidente la necessità dello sviluppo di una parallela legislazione che da un lato sancisse ufficialmente il ruolo degli alienisti e dall'altro regolamentasse il funzionamento della macchina manicomiale. Se già dalla prima età moderna i regolamenti rispondevano in parte a quest'ultima esigenza, con l'affermazione del diritto alla cura e dell'internamento separato dei folli, la questione della limitazione delle libertà personali richiedeva l'elaborazione di provvedimenti giuridici veri e propri. In questo contesto, i dibattiti giuridico-scientifici che andavano prendendo forma in Francia e le prime modifiche alla legislazione di antico regime conseguenti alla rivoluzione influenzarono lo sviluppo delle norme e del confronto medico italiano. L'esempio più evidente fu quello del Meridione.

Nel 1813, durante quello che è stato soprannominato "il decennio francese", Gioacchino Murat istituisce il manicomio di Aversa e riforma il trattamento dei folli¹⁹. Questo provvedimento è spesso richiamato come esempio delle influenze francesi sulla penisola ma, pur essendo certamente espressione di questi ascendenti rispetto al trattamento degli alienati, presenta alcune peculiarità.

L'atto costitutivo del manicomio aversano fu un'iniziativa interamente governativa, sottratta a qualsiasi dibattito politico o scientifico. In questo contesto il ruolo dei medici fu nullo, contrariamente alla Francia dove fin dalla rivoluzione i dibattiti e i provvedimenti in materia di alienazione mentale furono animati dagli alienisti²⁰. Parte della motivazione di questa assenza risiedeva nella mancanza di esponenti medici di spicco capaci di imporsi nel dibattito pubblico e di crearsi un seguito tra i colleghi. Oltre al mancato ruolo medico, il provvedimento non conteneva nemmeno accenni al tema della difesa della pubblica sicurezza, aspetto invece affrontato in Francia sia nei provvedimenti rivoluzionari che successivamente, nella legislazione del 1838. Questo impianto generale rimase ben dopo la fine dell'occupazione napoleonica, per tutta la prima metà dell'Ottocento la follia fu lungi dall'essere amministrata dagli alienisti, non si venne a creare una scuola psichiatrica vera e propria e i Regolamenti per le Reali case de' matti del 1825 e 1826 confermarono questa impostazione²¹.

Il provvedimento murattiano, quindi, nonostante aspirasse a garantire un servizio di assistenza e cura a tutti gli alienati indigenti, non poteva contare su un contesto abbastanza maturo scientificamente per prendere in carico la gestione degli alienati. La classe medica rimaneva così scarsamente considerata, almeno ufficialmente. L'influenza francese risultò invece evidente nell'assenza del ruolo dell'autorità giudiziaria nelle procedure di internamento. Questa mancanza, insieme a criteri di internamento non ben definiti, si

¹⁸ Cit. da R. CANOSA, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1980, p. 13.

¹⁹ Cfr. Decreto n. 1655 dell'11 marzo 1813, in «Bollettino delle leggi del Regno di Napoli», Napoli, 1813.

²⁰ V. D. CATAPANO, *Aspetti singolari della riforma murattiana del regime sanitario dei matti*, in «Giornale di psicologia dinamica», 25, 1989, pp. 3-35. Cfr. anche G. BOTTI, *Strutture sanitarie e malati nell'Ottocento borbonico*, in A. MASSAFRA (a cura di), *Il Mezzogiorno preunitario. Economia. Società, istituzioni*, Bari, 1988, pp. 1221-1231.

²¹ R. DI COSTANZO, *Dal decreto istitutivo del manicomio di Gioacchino Murat alla legge di riforma dell'assistenza sociale n. 328/2000. Appunti per un profilo storico*, in C. CARRINO, R. di COSTANZO (a cura di), *Le Case dei Matti. L'archivio dell'ospedale psichiatrico "S. Maria Maddalena" di Aversa, 1813-1999*, Napoli, Filema edizioni, 2011, pp. 45-46.

rivelarono determinanti nella crescita incontrollata delle ammissioni e nella difficoltà delle autorità ospedaliere e governative di ottenere i dati identificativi dei pazienti internati.

Accanto all'esclusione dell'autorità giudiziaria, la comunità proseguiva nell'abolizione dei metodi di contenzione più invasivi e nell'introduzione di un approccio più umano nel rapporto con i pazienti, incentrato sulla disciplina e sul lavoro. I buoni risultati e la fama che l'istituto di Aversa guadagnò con questi approcci contribuirono ulteriormente alla crescita dei ricoveri fino a raccogliere le critiche di due importanti esponenti della psichiatria della prima metà del XIX secolo: Domenico Gualandi e J.P. Frank che nel contesto delle loro visite a numerosi manicomii descrissero Aversa come sovraffollato, con camere piccole, buie e dove trattamenti "primitivi" erano ancora in vigore²²; tali aspetti furono ribaditi anche nel volume pubblicato per i primi cento anni dell'istituto: «(...) Linguiti, il quale dovette dedicarsi interamente ad organizzare il Manicomio con nuove pratiche, che riguardavano il trattamento dei folli con la benevolenza, sciogliendoli dai ceppi e dalle torture, altrove in quei tempi vagheggiate, quantunque non avesse potuto interamente liberarsi del falso concetto della repressione come punizione, usando ancora il famoso bagno, detto di sorpresa, e la macchina rotatoria del Cox²³».

Nonostante alcuni pareri critici, il manicomio conobbe indubbiamente un periodo di grande fermento innovativo all'inizio del secolo grazie alla direzione di Giovanni Maria Linguiti, nominato proprio a seguito del decreto murattiano e sostenitore del trattamento morale di Pinel²⁴. Nella descrizione, in generale decisamente critica, dell'alienista francese Brierre de Boismont, era raccontata una routine fatta di diverse attività che impattavano positivamente l'umore dei pazienti. Ancora, era osservato come ogni settimana fosse distribuito un piccolo salario ai pazienti per incoraggiarli al lavoro e fosse lasciato accesso ad alcuni strumenti musicali²⁵.

La fase inaugurata col decreto murattiano che istituì il manicomio di Aversa fu caratterizzata dall'influenza del dibattito medico-scientifico e giuridico d'oltralpe, per quanto il decreto in quanto tale avesse varie peculiarità, la clinica applicata quotidianamente era evidentemente ispirata al modello francese che si diffuse in tutta la penisola con modalità e tempistiche differenti ma che contribuì a far maturare il concetto di diritto alla cura, trattamento umano, oltre che di controllo e custodia e che orientò il dibattito della nascente psichiatria italiana per tutta la prima metà del XIX secolo.

La psichiatria italiana dall'influenza francese alla legge del 1904

Se fino all'unificazione della penisola era ovviamente impossibile l'emanazione di una

²² Cfr. D. GUALANDI, *Osservazioni sopra il celebre stabilimento di Aversa*, Bologna, 1823 e J.P. FRANK, *Medizinische Polizei*, Leipzig, Suppl. vol. III, p. 71. Opinioni più benevoli vennero da esponenti altrettanto importanti come E. D. ESQUIROL, *Note sur les aliénations comparés dans le royaume de Naples et les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie de Didot Jeune 1826 e G.G. VALENTIN, *Voyage médical en Italie*, Paris, 1826, pp.60-64.

²³ F. CASCELLA, *Eugenio La Pregna, Il R. Manicomio di Aversa nel 1° centenario della fondazione 5 maggio 1813-5 maggio 1913*, Aversa, Tipografia fratelli Noviello, 1913, p. 35.

²⁴ G. MORA, *Biagio Miraglia and the Development of Psychiatry in Naples in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*, in «Journal of the History of Medicine and Allied Sciences», 13, 1958, p. 507.

²⁵ B. DE BOISMONT, *Des établissements d'aliénés en Italie*, in «Journal complémentaire des Sciences Médicales», 43, 1830, pp. 225-249.

legislazione unica per tutti gli stati italiani, i quarant'anni che furono necessari dall'Unità alla promulgazione delle "Disposizioni sui manicomì e sugli alienati"²⁶ erano difficilmente giustificabili. Decenni in cui ogni istituto era regolamentato in modo completamente autonomo e differente:

Per l'ammissione, ad esempio, in alcune città era necessaria un'autorizzazione del Presidente della Deputazione provinciale, sulla base di un certificato medico; talvolta invece era sufficiente un'attestazione giurata; in altre città ancora il ricovero era ordinato dall'autorità di pubblica sicurezza, sulla base di note informative. A Napoli, ad Ancona e numerosi centri della Toscana la competenza era dell'autorità giudiziaria previa una procedura speciale²⁷.

In attesa di una legislazione unitaria, nel tentativo di porre un po' di ordine e uniformità, intervennero sovente i prefetti che emanarono regolamenti; a dimostrazione che l'esigenza di una normativa era sentita non solo dalla classe medica²⁸. Numerosi furono gli appelli e i progetti di legge presentati nel corso dei decenni ma l'obiettivo venne, infine raggiunto, solamente nel 1904²⁹. Il provvedimento prese a modello le leggi di polizia approvate nel 1889 (Testo unico della legge di pubblica sicurezza, 30 giugno 1889) e assunse più le caratteristiche di un provvedimento governativo che parlamentare, soprattutto vista l'intransigenza di Giolitti nel rifiutare qualsiasi emendamento alla versione già approvata dal senato.

L'attesissima legge accoglieva gran parte delle richieste degli alienisti, prima fra tutte il controllo praticamente assoluto dei direttori sui rispettivi manicomì. La legge era stata promulgata in risposta alla crescita senza controllo del numero di ricoveri a partire dagli ultimi decenni dell'Ottocento, il "grande internamento" aveva visto il numero di internati salire dai 12913 del 1875 fino ai 36845 del 1902 con un conseguente allarme non solamente sociale ma anche economico visto che il costo per le cure degli indigenti era a carico delle amministrazioni provinciali³⁰. A ciò si aggiungevano gli scandali rispetto al trattamento degli alienati in vari istituti che ebbero ampio risalto nella stampa e colpirono grandemente l'opinione pubblica. La speranza era, quindi, che la nuova legislazione "mettesse ordine" tra i corridoi dei manicomì e ponesse un freno al numero di ricoveri. A tale scopo venne affidata alla magistratura la decisione sull'internamento definitivo e istituito il ricovero d'urgenza su proposta dell'autorità giudiziaria, con carattere provvisorio ed emergenziale. Questa misura, che segnava anche la sostanziale fine dell'influenza francese, non solo non risolse il problema ma ne sollevava invece altri relativi alla tutela della libertà personale dei soggetti: se da un lato era stata concepita come strumento di protezione del malato in contesti di abbandono o disinteresse dei parenti, dall'altro non prevedeva nessuna forma di tutela del soggetto perché veniva attuata senza testimonianze di familiari o conoscenti³¹. Il ricovero d'urgenza divenne presto la regola invece che l'eccezione, confermando i timori del giurista Luigi Lucchini,

²⁶ Legge del 14 febbraio 1904, n. 36, in *Gazzetta ufficiale*, 22 febbraio 1904.

²⁷ A. LONNI, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in A. DE BERNARDI (a cura di), *op. cit.*, p. 265.

²⁸ Cfr. G. AMATO, *La libertà personale*, in P. Barile (a cura di), *La pubblica sicurezza*, Vicenza, Neri Pozza, 1967, p. 138.

²⁹ Per una panoramica delle proposte presentate si veda A. LONNI, *op. cit.*, p. 265.

³⁰ Cfr. R. CANOSA, *op. cit.*, p. 91.

³¹ P. GUARNIERI, *Matti in famiglia. Custodia domestica e manicomio nella provincia di Firenze (1866-1938)*, «*Studi Storici*», 2, 2007, 48, p. 486.

tra i pochi a esprimersi duramente su vari aspetti della legge, rispetto «alla scarsa e inadeguata tutela che esso appresta alla libertà degli individui e anche alla pubblica incolumità, per l'esorbitante potere attribuito ai tecnici»³². A queste osservazioni Leonardo Bianchi, psichiatra di spicco e relatore della legge, rispose confermando il rischio di abuso ma sostenendo che il pericolo era inferiore a quello rappresentato dalla rapida evoluzione di alcune forme di pazzia e al loro potenziale di «scoppi di furia distruttrice di cose e vite»³³. Il provvedimento, inoltre, inquadra come oggetto dell'azione psichiatrica le «persone affette per qualunque causa da alienazione mentale quando siano pericolose a sé o per gli altri o riescano di pubblico scandalo»³⁴. Questa indicazione, contenuta già nell'articolo uno, faceva di fatto prevalere la funzione di custodia su quella di cura e consentiva quindi agli alienisti di entrare in una sfera che era sempre stata di esclusiva pertinenza di polizia e magistratura. Nonostante alcune aperture verso una gestione alternativa della custodia in manicomio³⁵, l'ospedale psichiatrico rimase concordemente considerato il luogo perfetto per il fatidico incontro tra tutela dell'ordine pubblico e sperimentazione medica, il contesto entro cui realizzare le aspirazioni paternalistico-umanitarie degli alienisti e il simbolo del progresso medico-sociale³⁶. Allo stesso modo in cui il manicomio era il luogo simbolo dell'incontro tra sicurezza e scienza, la legge del 1904 era la sintesi tra la rappresentazione politica del folle come elemento di pericolosità sociale e la volontà medica di avere un ruolo nel progetto di riforma delle istituzioni contro ogni forma di comportamento definibile come antisociale e prova ne erano i criteri per l'ammissione in manicomio: pericolosità sociale e pubblico scandalo³⁷.

La legge sugli alienati disattese le speranze politiche di un contenimento del numero di internamenti: a pochi mesi dallo scoppio della Grande Guerra, nel 1914, il numero di ricoverati era pari a 54311 ovvero 152,6 persone ogni 100.000 abitanti³⁸. Se il potere psichiatrico nei manicomì era sostanzialmente assoluto, le mura di questi stessi edifici ne rappresentavano anche il reale confine perché ogni influenza psichiatria sulla sfera sociale e politica sembrava essersi esaurita:

Al mutamento di prospettive (...), corrisponde (...) una più generale crisi del filantropismo ottimistico e progressista che aveva caratterizzato la fase della formazione della psichiatria italiana. Gli scandali manicomiali e poi, con il varo della legge Giolitti, l'esaurirsi di una battaglia politica trentennale, sono seguiti dal ripiegarsi dell'azione degli psichiatri in una prassi consolidata, nella quale il perpetuarsi della segregazione manicomiale è attutito nella dimensione ideologicamente asettica dell'organicismo dominante. (...) All'abbandono delle ambizioni socialmente filantropiche e scientificamente totalizzanti del «risorgimento psichiatrico», corrisponde, con l'affermazione dell'organicismo e la riduzione delle malattie mentali a malattie nervose, un appiattimento dell'azione dello psichiatra,

³² Cfr. R. CANOSA, *op. cit.*, p. 115.

³³ A. LONNI, *op. cit.*, p. 272.

³⁴ Legge 1904, art. 1.

³⁵ A. CASSIN, G. GEPPINI, *Un'esperienza di no-restraint: l'Ospedale psichiatrico di Udine agli inizi del Novecento*, in A. DE BERNARDI (a cura di), *op. cit.*, pp. 211-266.

³⁶ F. GIACANELLI, G. CAMPOLI, *La costituzione positivistica della psichiatria italiana*, in «Psicoterapia e Scienze Umane», 7, 1973, p. 3.

³⁷ F. DE PERI, *Il medico e il folle. Istituzione psichiatrica e sapere scientifico tra Ottocento e Novecento*, in F. DELLA PERUTA, *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, Torino, Einaudi, 1984, pp. 1129-1130.

³⁸ M. MORAGLIO, *Dentro e fuori il manicomio. L'assistenza psichiatrica in Italia tra le due guerre, «Contemporanea»*, 9, 1, 2006, p. 17.

che ridimensiona le antiche ambizioni a favore di una prassi professionale strettamente definita³⁹.

Alla vigilia dello scoppio della Prima guerra mondiale, la psichiatria italiana aveva, quindi, ormai esaurito lo slancio proprio della seconda metà del XIX secolo che l'aveva portata a condurre importanti battaglie per il riconoscimento della professione, per la stesura di una legislazione unitaria in materia di salute mentale e l'istituzione di un numero sempre maggiore di manicomì (47 strutture su 69 province) ma allo stesso tempo non aveva raggiunto obiettivi sostanziali nella cura: era ancora tristemente attuale l'assunto per cui la ricerca di terapie in ambito psichiatrico si rivelava per lo più un'opera sfinente e senza sbocchi.

³⁹ Cit. da F. STOK, *La formazione della psichiatria*, Roma, Il Pensiero scientifico, 1981, pp. 135-136.