



Identità e corpi negati

Ilaria Mutini.

Nell'ambito di un tema come quello che concerne il presente numero di "Aperture", ovvero "il corpo", lo studio che segue è volto a descrivere la condizione del corpo, o meglio la negazione di esso, derivata dalla promulgazione della legge del 14 febbraio 1904 n. 36 "Disposizione sui manicomi e sugli alienati", e alle conseguenze della stessa all'interno dell'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma. Tale legge, presentata dall'allora Ministro dell'Interno G. Giolitti, costituisce la prima normativa dello Stato unitario in materia di manicomi, che rimarrà in vigore fino alla promulgazione della legge stralcio Mariotti del 1968, a sua volta sostituita dalla successiva legge n.180 del 1978 detta anche legge Basaglia.

L'internamento dei malati di mente, dei disoccupati e dei vagabondi, che costituivano una minaccia all'ordine sociale, è la risposta che viene data dalla società borghese in tutta Europa già dal secolo XVII. Nascono così diversi istituti (ospizi, opere pie, manicomi, ecc.) deputati a ospitare l'intera categoria degli emarginati sociali. Costoro non verranno più tollerati dalla comunità, come avveniva nel Medio Evo. Di tutta la massa degli "esclusi" si farà carico lo Stato, "mantenendoli" in istituti di vario genere, per far sì che l'ordine sociale non venga compromesso. In cambio di questa "cura" lo Stato toglierà loro la libertà attraverso l'internamento. Il mutamento di sensibilità nei confronti della follia, che si verifica nella società capitalistica, è direttamente correlabile al nuovo valore attribuito alla miseria. Quest'ultima, che già a partire da Lutero e Calvino porta i segni di una puni-

zione intemporale, verrà concepita come un ostacolo al buon funzionamento dello Stato. La povertà scivola quindi da un'esperienza religiosa che la santifica a una concezione morale che la condanna. Alla stessa stregua, la malattia mentale si presenta come un ostacolo alla logica competitiva del sistema sociale borghese.

A livello storico, il riferimento determinante del periodo in cui viene promulgata la legge è costituito dalla grave crisi dell'agricoltura e dell'industria nell'ultimo quarto del XIX secolo, con il conseguente dilagare della disoccupazione e del fenomeno migratorio. Ogni anno circa 100.000 persone varcheranno i confini italiani per cercare mezzi di sussistenza all'estero e, dopo il 1901, le emigrazioni toccheranno la quota media di 500.000 unità annue. Il fenomeno migratorio lascerà dietro di sé tutti coloro che sono malati e inabili al lavoro, provocando un aumento degli emarginati e dei ricoveri in manicomio.

Si deve inoltre ricordare l'azione dei governi di fine secolo, ovvero, "la crisi costituzionale, gli interventi repressivi nei confronti dei partiti di sinistra, dei sindacati e degli operai. In questo periodo non c'è discriminazione netta fra pazzi, socialisti, anarchici e oziosi. Tutta questa gente è predestinata, in un modo o nell'altro, al carcere o al manicomio. Il problema, in ultima analisi era la gestione della devianza, come presupposto per garantire un ordinato vivere civile"¹.

La legge Giolitti nasce, dunque, dalla necessità di contenere il fenomeno della devianza. D'altra parte il primo articolo della legge recita: "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo". Gli ospedali non sono destinati ai malati in quanto tali, ma solo a coloro considerati pericolosi o di pubblico scandalo. Quindi escluso il ricovero volontario rimane soltanto il ricovero coatto.

Si va così incontro alle esigenze degli stremati bilanci provinciali, connotando il manicomio non come un ente assistenziale, bensì come una istituzione predestinata a interventi di pubblica sicurezza. La legge riflette, inoltre, la maggiore preoccupazione della politica liberale, ossia il pareggio del bilancio statale. Si cercava quindi di economizzare sulle spese ritenute "inessenzia-

¹ V. Accattatis, *La legge sugli alienati*, in *La pratica della follia*, Atti del primo convegno nazionale di Psichiatria Democratica, Gorizia 22-23 giugno 1974, Venezia, Critica delle Istituzioni, 1975.

li”, come quelle destinate agli ospedali (finanziati dalle province e dai comuni) mentre lo Stato indirizzava i propri fondi a spese considerate “essenziali”, ovvero quelle funzionali allo sviluppo economico del Paese.

Sulla base di tali principi ispiratori è facile immaginare come vennero gestiti i manicomi: le difficoltà economiche si traducevano spesso in mancanza di personale addetto alle cure e alla sorveglianza dei malati, con conseguente necessità di adoperare sistemi di contenzione come la camicia di forza, il letto di contenzione ecc.

È evidente il parallelismo tra le istituzioni della psichiatria (manicomi) e quelle dell’apparato giudiziario (carceri). “Con queste ultime infatti le istituzioni psichiatriche hanno in comune la stessa logica, che è logica della sanzione e della separazione, lo stesso oggetto, il comportamento ‘asociale’ e deviante, la stessa funzione, la tutela della società dalla pericolosità sociale che esso rappresenta”.² Questa somiglianza è confermata dall’esame della legislazione manicomiale di molti Stati europei, dove si stabilisce che il Ministro dell’Interno, responsabile dell’ordine pubblico, vigili sul funzionamento del manicomio. La psichiatria trova la sua collocazione proprio tra la medicina e la giustizia, visto il ruolo di controllo sociale che essa ha sempre esercitato. La necessità di far fronte al pericolo che la follia e la diversità in generale costituisce, portava a far prevalere le istanze segregative su quelle di cura.

I principi su cui si basa la società liberal-borghese, quei principi di cui la legge vuole essere espressione, sono contrari, però, alla soppressione della libertà dell’individuo. “Il concetto stesso di ‘pericolosità sociale’ su cui appunto si fonda il diritto della società a difendersi, non è più sufficiente in regime liberale a giustificare la possibilità di restrizione della libertà individuale. Si rendono necessarie da una parte altre giustificazioni che razionalizzino le misure restrittive nell’interesse dell’individuo; dall’altra, tutto un sistema di cautele e garanzie, come la presenza dell’autorità giudiziaria al momento dell’internamento perché non vi siano abusi nelle restrizioni delle libertà. La malattia diviene dunque, la giustificazione razionale dell’internamento”³.

Tutto ciò evidenzia una contraddizione insita nello Stato libe-

² G. Lo Russo, L. Onnis, *Manicomio e legislazione psichiatrica in Italia (1904 - 1978) Profilo storico e note critiche*, in “Giornale Storico di psicologia dinamica”, vol. VI, fasc. 7, Napoli, 1980.

³ Ibidem.

rale. Se da una parte infatti, lo Stato garantiva dei diritti alla libertà, di contro, creava degli istituti miranti a limitare fortemente le garanzie assicurate. In questa situazione formalmente contraddittoria viene sancita la regola riguardante l'imputabilità del malato di mente. Il Codice Penale Zanardelli (1889) all'art. 47 stabiliva che: "Non è punibile colui che, nel momento in cui ha commesso il fatto, era in tale stato di deficienza o di morbosa alterazione di mente da togliergli la coscienza dei propri atti e la possibilità di operare altrimenti. Il giudice può tuttavia ordinare che sia ricoverato in un manicomio criminale o comune, per rimanervi fino a che l'autorità competente lo giudichi necessario". L'alienazione mentale escludeva l'imputabilità e la conseguente pena da scontare, ma, di fatto, dando la possibilità al giudice di comminare una "misura di sicurezza" che non aveva termini precisi di tempo, si otteneva lo stesso risultato, cioè la reclusione del malato di mente, senza che ciò significasse esplicitamente una pena da scontare. In tal modo, la società era tutelata da qualsiasi pericolo, dato che nel Codice Zanardelli erano presenti sia la pena sia un embrione di misura di sicurezza, applicabili a seconda della necessità.

Chiarite da parte del legislatore le misure da adottare nei confronti del malato di mente che aveva commesso un reato, restavano da stabilire le misure da adottare nei confronti dell'alienato che non aveva commesso reato. Anche in questo caso la legge Giolitti prevede un intervento sulla persona affetta da malattia mentale, che si basa sulla presunta pericolosità del malato. Quest'ultima non fa riferimento a fatti precisi, ma si attiene a interpretazioni che potrebbero dimostrarsi arbitrarie, perché fondate su comportamenti o tipi di malattia. A tal riguardo è significativo l'art. 1 della legge sopra citato. Il concetto espresso è chiaro: dovevano essere ricoverati tutti coloro che potevano costituire un pericolo per la società, oppure essere oggetto di scandalo. L'esigenza di custodia prevale su quella di cura. Dalle discussioni tenute sul tema alla Camera dei Deputati e al Senato, emerge come l'attenzione data al problema della follia e alle relative cure da apportare al malato, sia decisamente secondario, come secondaria appare l'attenzione prestata alle eventuali cause che inducono alla follia. Lo scrupolo principale verte sulla necessità di segregare il malato. La scelta che viene fatta è quella della "incapacitazione"⁴ ovvero si vuole rendere le persone affette da malat-

⁴ A. Lonni, *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in A. De Bernardi (a cura di), *Follia psichiatri e società*, Milano, 1982.

tia mentale incapaci di recare danno alla società. Il danno inflitto in questo modo al malato è ritenuto inferiore rispetto a quello che tale soggetto potrebbe recare alla società, se lasciato libero.

A creare i presupposti per l'affermazione del concetto di pericolosità sociale fu il principio deterministico-antropologico di marca lombrosiana. La diversa concezione dell'essere umano, propria del positivismo, fa slittare l'attenzione dal reato, inteso come fatto, al reo. All'interesse per la pericolosità del fatto subentra quindi l'interesse per la pericolosità della persona, poiché il reo è considerato portatore di anormalità fisiopsichiche e le sue azioni rispondono a determinate leggi di causalità, senza che egli possa decidere in modo responsabile. Questa concezione dipende anche dallo stato della conoscenza delle malattie mentali che, proprio in questo periodo, si basa su ipotesi descrittive ispirate da modelli organicistici. Durante tutto il secolo scorso, il concetto di pericolosità attribuito al malato di mente era legato alla scarsa conoscenza della psichiatria, della psicologia e dell'antropologia. Tale concetto di pericolosità non si limita al secolo scorso, ma lo travalica, come testimonia la legge Giolitti che, come si è visto, sanciva la pericolosità del malato di mente. Il riferimento ad esigenze di difesa sociale, presenti in questa legge, e l'abuso del potere di ricovero in manicomio possono far luce sulle conseguenze dannose di tale procedimento sul malato, ma annullano, di fatto, quelle garanzie della libertà personale dalle quali era nata la necessità di una nuova regolamentazione. La legge del 1904 viene concepita nell'ambito culturale positivistico e della scuola giuridica chiamata appunto Scuola Positiva. Questa, assumendo in modo rigoroso i principi dell'evoluzionismo darwiniano, era giunta a distinguere differenze organiche e psichiche fra i diversi strati sociali, dove naturalmente gli strati inferiori rappresentavano i gradini più bassi dell'evoluzione di quella stessa società attraverso i secoli. Così, coerentemente agli studi antropometrici di Cesare Lombroso, si poteva giungere a classificare la criminalità come atavismo e a definire come criminali intere razze o categorie sociali.

La legge, inoltre, sanciva la piena autorità del direttore del manicomio sull'andamento di questo istituto. In realtà, non soltanto i direttori dei manicomi, ma la scienza psichiatrica riceveva le soddisfazioni da lungo tempo reclamate.

A questo proposito è da notare il cammino parallelo percorso dal malato di mente e dalla figura dello psichiatra, fin dalla fine del secolo XIX. In una società che progrediva "le persone con turbe mentali e comportamentali erano sempre più trasformate in

un gruppo chiaramente identificabile, segregato dalla società dell'Ottocento negli straripanti ospedali psichiatrici e al tempo stesso erano oggetto di una fiorente attività per la psichiatria praticante. Più la società diventava razionale, più era privilegiata la normalità, tanto più diventavano visibili i pazzi, o per meglio dire invisibili, perché venivano reclusi, lontani dalla mente e dalla vista. Evidentemente queste due situazioni erano connesse tra loro, due facce della stessa medaglia. La crescente identificazione di una categoria distinta di malati mentali procedeva di pari passo con la comparsa della professione che li identificava e si prendeva cura di loro”⁵.

A tal proposito, gli articoli 4 e 5 della legge definiscono le competenze del direttore e testimoniano il potere assunto dalla psichiatria. In virtù di tali disposizioni, al direttore veniva conferita piena autorità sull'andamento sanitario interno del manicomio e l'alta sorveglianza su quello economico e su tutto ciò che concerneva il trattamento dei malati. Il direttore esercitava il potere disciplinare ed era obbligatorio il suo parere nella compilazione dei regolamenti interni del manicomio. Il lento processo di affermazione della psichiatria, durato due secoli, trovava compimento in questa legge. In modo particolare, nel periodo che va dalla metà del XIX secolo fino alla promulgazione della legge Giolitti, la psichiatria si affermò nel panorama nazionale, definendo se stessa in rapporto alla medicina generale, alla giustizia penale e alla pubblica amministrazione. Il manicomio diventa, da un lato, lo spazio istituzionale per la nuova scienza psichiatrica, e dall'altro, lo spazio giuridico e sociale dei malati di mente, “cittadini con il loro statuto speciale, incolpevoli / reclusi, segregati / tutelati, destinati ad essere sospettosamente scrutati dal potere per tutta la loro esistenza”⁶. A questo proposito l'art. 66 del Regio Decreto di applicazione della legge Giolitti avrebbe sancito la dimissione dal manicomio in via di esperimento. Ciò si traduceva in un controllo continuo sul malato, fino a quando il direttore del manicomio non lo reputava guarito. Inoltre la schedatura al casellario giudiziale, in caso di ricovero definitivo in manicomio, legava la persona all'apparato giudiziario, lasciando un segno indelebile sul suo destino e fornendo uno strumento per il controllo sistematico delle generazioni future.

⁵ R. Porter, *Storia sociale della follia*, trad. it. Milano, 1991.

⁶ F. Giacanelli, prefazione a R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, 1980.

I presupposti culturali di tale legge, si riflettono nei termini completi in cui la legge venne applicata. A tal riguardo sono significativi i risultati della ricerca effettuata nell'archivio del manicomio di Santa Maria della Pietà di Roma relativamente agli anni 1904 - 1924⁷. Dai documenti esaminati emerge l'uso dei sistemi di contenzione meccanica all'interno del manicomio. Quando si parla di contenzione meccanica, si allude alla camicia di forza, alle cosiddette "ghette di contenzione", alle "fasce di contenzione", ma anche alle camere di isolamento.

Gli stessi metodi di cura sono indice della violenza perpetrata sul paziente. Si pensi all'ergoterapia, o terapia del lavoro, un metodo considerato dalla psichiatria dell'epoca come portatore di ordine e tranquillità nella mente dell'alienato. A prescindere dalle considerazioni propriamente mediche, di fatto l'ergoterapia era un buon mezzo di sussistenza per il manicomio che, in questo modo, attraverso la produzione di indumenti, nonché di prodotti alimentari, derivanti dal lavoro dei ricoverati, faceva fronte ai continui problemi di ordine economico in cui versava.

Altro sistema di cura che va menzionato era la malarioterapia, adottata nel manicomio romano dal 1921. Allora era stata accertata l'influenza benefica dei processi febbrili e in particolar modo di quelli malarigeni per la cura delle malattie mentali. Il manicomio era munito di un laboratorio di malarioterapia capace di fornire in qualsiasi periodo dell'anno diversi plasmodi provenienti da un allevamento fatto in uno speciale termostato. La malaria venne inoculata sia attraverso plasma, sia attraverso anofeli. Purtroppo con l'adozione della malarioterapia il ricoverato venne utilizzato anche come cavia, dato che l'applicazione di tale terapia offriva un vasto campo per lo studio della malaria.

Fin dal suo ingresso in manicomio, il ricoverato era tenuto a indossare una sorta di divisa, e a depositare tutti i propri effetti nell'"ufficio di fagotteria". Il processo di negazione dell'identità individuale era suggellato dall'attribuzione di un numero di matricola, che avrebbe sostituito per tutto il periodo di permanenza all'interno dell'istituto il nome del malato. Seguiva poi una suddivisione dei ricoverati in base alla patologia e in base alla categoria. Quest'ultima divideva i malati comuni, ovvero gli indigenti, (mantenuti in manicomio a spese della Provincia) dai ricoverati del "pensionario" del manicomio che pagavano una

⁷ I. Mutini, *L'ospedale psichiatrico di Santa Maria della pietà di Roma dopo la legge Giolitti. La direzione Mingazzini (1904-1923)*. A. a. 1995-96. Tesi di laurea. Università degli studi di Roma "Tor Vergata".

retta. A parte le differenze di trattamento derivanti dal pagamento della retta, si deve notare anche che se ai medici dell'istituto era permesso mostrare ai propri studenti i casi clinici nei reparti dei ricoverati comuni, tale pratica non era ammessa nel "pensionario". Anche le operazioni successive al decesso del ricoverato presentavano modalità diverse: al divieto di vestire i cadaveri, che dovevano essere trasportati nudi nella camera incisoria, veniva fatta eccezione per quelli del "pensionario".

Inoltre la vita del paziente all'interno del manicomio era priva di distrazioni. I pochi permessi di uscita concessi ai malati "tranquilli", vennero sospesi nel 1909, a causa della carenza di personale.

Ad aggravare le condizioni in cui versavano i ricoverati, intervenne anche il permanente problema del sovraffollamento del manicomio, un fatto questo che si traduceva in gravi carenze di carattere igienico e logistico. In tale situazione di disagio non erano rari i tentativi di evasione da parte dei ricoverati, tanto che l'allora direttore dell'istituto, in varie ordinanze obbligò il personale del manicomio a rimuovere qualsiasi oggetto che potesse servire per evadere. Significativa a questo proposito era la considerazione di A. Giannelli (allora primario di un reparto) a proposito dei sistemi di sicurezza adottati nel manicomio, quando sosteneva che "la vigilanza in tal modo si fa più difficile, la organizzazione più complessa ed il controllo più accurato; ma la esperienza di anni ci ha fatto rilevare che gli inconvenienti nostri non sono superiori a quelli di altri istituti a carattere carcerario"⁸.

⁸ A. Giannelli, *Il nuovo Ospedale Provinciale "Santa Maria della Pietà"*, Roma, 1937.