



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio-Sanitari

**L’OSPEDALE PSICHIATRICO SANT’ANTONIO
ABATE DI TERAMO: UN ESEMPIO DEL SISTEMA
MANICOMIALE ITALIANO.**

**THE ST. ANTHONY ABBOT PSYCHIATRIC HOSPITAL IN
TERAMO: AN EXAMPLE OF THE ITALIAN HOSPITAL
SYSTEM.**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Augusto Ciuffetti

Tesi di Laurea di:
Francesco Franchi

Anno Accademico 2018 – 2019

INDICE

INTRODUZIONE	4
1 LA FIGURA DEL “FOLLE”	6
1.1 IL MEDIOEVO	6
1.2 LA FOLLIA TRA '500 E '700	9
1.3 L'ISTITUZIONE MANICOMIALE E LA NASCITA DELLA PSICHIATRIA	14
1.3.1 L'ISTITUZIONE MANICOMIALE	14
1.3.2 LA NASCITA DELLA PSICHIATRIA	18
2 IL PERIODO FASCISTA	22
2.1 LA LEGGE 1904	22
2.2 IL MANICOMIO COME STRUMENTO DI REPRESSIONE POLITICA	27
2.2.1 I SOGGETTI COINVOLTI NELL'INTERNAMENTO	28
2.3 LOTTA ALLA DEGENERAZIONE DELLA RAZZA	30
2.3.1 ALCOLISMO E SOVVERSIONE	31
2.4 LE DONNE NEL REGIME	34
3 VERSO LA RIFORMA: GLI ANNI '60 e '70	38
3.1 LA LEGGE MARIOTTI	38
3.2 LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE	41
3.3 LA RIFORMA BASAGLIA	44
3.3.1 FRANCO BASAGLIA: L'ISPIRATORE DELLA RIFORMA	46
3.3.2 CRITICHE ALLA RIFORMA	49
4 IL MANICOMIO SANT'ANTONIO ABATE DI TERAMO	54
4.1 IL PROBLEMA DELLA FOLLIA	54
4.2 NASCITA DEL MANICOMIO DI TERAMO	56

4.3 I PRIMI ALIENISTI	59
4.4 REGOLAMENTO DEL MANICOMIO	62
4.5 CRONACA DEL MANICOMIO DI TERAMO	63
4.6 FOLLI RICOVERATI	66
4.7 MALATI CRONICI, ALCOLISMO ED EPILESSIA	68
4.8 LA CURA DELLA FOLLIA	71
4.9 NO RESTRAINT, AFFIDAMENTO E COLONIA AGRICOLA	73
4.10 PROBLEMI DI AFFOLLAMENTO	76
4.11 IL PERIODO DELLA GRANDE GUERRA	79
4.12 MARCO LEVI BIANCHINI	85
4.13 CRESCITA CULTURALE E SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA	90
4.14 PERIODO DI TRANSIZIONE	93
4.15 TERAPIE SOMATICHE	94
4.16 TRA GUERRA E DOPOGUERRA	97
4.17 NUOVI PSICHIATRI	102
4.18 ANNO DI GRANDI CAMBIAMENTI: IL 1968	103
4.19 CONTRADA CASALENA E CENTRO DI IGIENE MENTALE	105
4.20 EFFETTI DELLA LEGGE 180 DEL 1978 A TERAMO	109
4.21 CHIUSURA DEFINITIVA DELL'EX MANICOMIO	112
CONCLUSIONE	114
BIBLIOGRAFIA	116
FONTI ARCHIVISTICHE	118

INTRODUZIONE

La legge n.180 del 1978, conosciuta come “Legge Basaglia”, ha predisposto in Italia la progressiva chiusura di tutti i Manicomi e l’avvio di esperienze di reintegrazione sociale dei ricoverati basate su servizi territoriali di tipo preventivo-riabilitativo. Pur avendo lasciato irrisolte diverse problematiche, essa ha avuto il merito di restituire il soggetto sofferente alla comunità: il “malato” ora cammina per le strade, entra nei bar, parla con la gente ed è anche difficile riconoscerlo, tanto che la linea di confine che separa il mondo dei “sani” da quello dei “malati” appare sempre più labile e sottile.

L’obiettivo di questa tesi è quello di tracciare l’excursus storico che ha portato a tale riforma, analizzando nel dettaglio l’evoluzione del sistema manicomiale e della struttura stessa del Manicomio, primo luogo di custodia del malato. Nel primo capitolo viene trattata quella che storicamente viene definita “follia”, le sue implicazioni nella società e negli individui che ne erano affetti. Il suo trattamento muta nel corso dei secoli: viene inizialmente allontanata, poi relegata ed infine rinchiusa. Nell’800 essa viene riconosciuta come malattia da curare e studiare: inizia così la medicalizzazione della follia, spinta dall’innovazione della scienza medica. Sarà solo nel ’900 che avremo in Italia la prima legge nazionale unitaria in merito, la n.36 del 1904, la quale non subirà variazioni sino agli anni ’60. A tal proposito, nel secondo capitolo, mi sembrava doveroso parlarne, soprattutto per le implicazioni che essa ha avuto sotto il periodo fascista. Durante il ventennio si delinea, infatti, lo sfruttamento della flessibilità della Legge, la quale venne utilizzata dal regime come strumento di controllo sociale per medicalizzare il dissenso. Nel capitolo successivo viene poi descritta la Riforma degli anni ’60-’70, il ruolo di Franco Basaglia nella deistituzionalizzazione, il cambiamento dal paradigma della custodia a quello della cura. Infine, nel quarto ed ultimo capitolo, ho presentato la storia dell’Ospedale Psichiatrico di Teramo, la quale inizia nel

Maggio del 1880 e termina, con la sua chiusura effettiva, il 31 Marzo del 1998. Grazie ai documenti, reperiti nella Biblioteca Provinciale Melchiorre Delfico di Teramo, sono riuscito a tracciare un quadro evolutivo della struttura e della sua organizzazione, potendo avere così un concreto esempio del Sistema Manicomiale Italiano del tempo.

1 LA FIGURA DEL “FOLLE”

1.1 IL MEDIOEVO

Nel Medioevo il folle non era del tutto escluso dalla società, ma sopravviveva al suo interno come parte costitutiva di essa.¹ Si guardava alla follia con timore, poiché essa era segno del demonio e condannava l'individuo che ne era colpito ad abbandonarsi ai vizi in una vita fuori dalla grazia di Dio, rendendosi colpevole di atti amorali da condannarsi. Venivano, così, indicati come “folli” individui appartenenti alle più svariate tipologie umane, in generale tutti coloro che tenevano un comportamento che si discostava dalle rigide regole imposte dalla morale cristiana e la malattia era segno della presenza del demonio all'interno di coloro che ne erano afflitti, un demonio che andava “tirato fuori” affinché il soggetto potesse tornare libero. Questa operazione di liberazione si concretizzava nell'esorcismo e, qualora questo si fosse rivelato insufficiente ad allontanare il demonio, l'unica strada possibile rimaneva quella dell'eliminazione fisica dell'indemoniato attraverso le fiamme del rogo. Era la Santa Inquisizione il tribunale ecclesiastico addetto a processare la presunta strega o il presunto stregone: qualora questi fosse stato giudicato colpevole, diventava un'entità disumanizzata. Il suo corpo, ormai del tutto invaso dal male, perdeva le sue caratteristiche umane, la sua essenza umana vera e propria. La sua uccisione, quindi, era legittima: non veniva ucciso un individuo, ma un essere del tutto posseduto. Tuttavia, dove gli istituti religiosi non avevano la totalità del dominio, l'arte, la letteratura e la cultura dell'epoca riservavano al folle un ruolo sociale e simbolico che impediva il suo totale isolamento. Nell'ampia letteratura medievale di racconti e di favole morali, emerge la fascinazione con la quale si guardava a lui: egli viene considerato possessore di conoscenze oscure e proibite, e dalla sua

¹ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, Milano, BUR Saggi, 1998.

bocca escono parole vicine alla verità. Se da una parte, quindi, gli istituti religiosi combattono la follia a loro modo, avvalendosi dei giudizi della Santa Inquisizione, la società tutta è intimorita e attratta allo stesso tempo da questa figura. Essa reagisce con un comportamento ambivalente: da una parte accetta il ruolo del folle per il suo valore simbolico e costruisce il suo personaggio nell'immaginario collettivo, dall'altra lo allontana fisicamente dalla città. I folli venivano spesso affidati a marinai e costretti a lunghi viaggi a bordo di battelli verso altri luoghi. Le città ospitanti, fungendo da mete di pellegrinaggio, si preoccupavano di provvedere alla sopravvivenza degli insensati, adempiendo al dovere etico proprio di una comunità cristiana nei confronti dei bisognosi: la carità. Questa circolazione dei folli, la loro partenza e il loro imbarco, rispondono innanzitutto ad esigenze di utilità sociale e alla necessità di sicurezza per i cittadini. La navigazione dei folli mostra la sua utilità pratica, poiché *“affidare il folle ai marinai significa evitare certamente che si aggiri senza meta sotto le mura della città, assicurarsi che andrà lontano, renderlo prigioniero della sua stessa partenza”*.² Il folle, quindi, era abbandonato al suo destino in un viaggio che, potenzialmente, poteva anche essere l'ultimo.

Il periodo medievale fu caratterizzato dalla pervasività dell'etica cristiana in tutte gli ambiti della società, nei suoi costumi e nella sua cultura e, come è ovvio, nella modalità di gestione delle problematiche di fronte cui una comunità viene posta. Quello della malattia mentale, anche se è improprio ancora parlare di malattia poiché ad essa non si danno spiegazioni organiche ma solo religiose, non è ancora considerato un problema sociale vero e proprio. Se la comunità cristiana si interessa al destino dei folli è solo perché è dovere imposto da Dio aiutare i bisognosi. Gli esorcismi ne sono la prova: sono il tentativo di liberare gli oppressi

² M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p. 17.

dal demone oppressore, così come ne sono una prova i pellegrinaggi forzati verso altri luoghi, lunghi viaggi spirituali nell'acqua purificatrice.

1.2 LA FOLLIA TRA '500 E '700

È con la fine del Medioevo e l'inizio dell'età moderna che la follia inizia ad essere percepita effettivamente come un problema sociale e diventa, di conseguenza, compito dell'ordinamento civile la sua gestione. Il primo grande cambiamento è quello che avviene nelle coscienze. Lutero e la Riforma Protestante mettono in discussione la bontà delle opere di carità della Chiesa verso i bisognosi ed esaltano invece il lavoro, l'operosità e il profitto come segni della benevolenza di Dio. Il povero, il miserabile, sono tali per loro colpa e difetto, non sono padroni della propria esistenza e per questo non vanno né soccorsi né sostenuti, ma eventualmente ricondotti verso la via della produttività attraverso metodi correttivi: chi si dissocia da questo meccanismo segna la sua inutilità sociale e per questo viene condannato ed escluso. Entreranno, quindi, a far parte della grande platea degli esclusi i mendicanti, i criminali, i malati e, ovviamente, i folli. La follia perde così il suo alone di sacralità, viene, in un certo senso, laicizzata e inizia ad essere considerata come un vero e proprio problema sociale. Pertanto è questo *“il momento in cui la follia è percepita nell'orizzonte sociale della povertà, dell'incapacità del lavoro, dell'impossibilità di integrarsi al gruppo; il momento in cui essa entra a far parte dell'ordinamento civile”*.³ Nei suoi confronti, di conseguenza, nasce una nuova sensibilità, non più religiosa ma sociale: la tematica diventerà questione di ordine pubblico da far rispettare, motivo per il quale verranno predisposte istituzioni apposite, alcune sostenute ancora da ordini religiosi, ma la cui gestione è soprattutto borghese. Prende così avvio la fase del grande internamento e, se volessimo scegliere una data come punto di riferimento, sarebbe il 1656, anno in cui a Parigi viene emesso il decreto di fondazione dell'*Hopital général*. Da questo momento tutte le istituzioni di carità preesistenti

³ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p. 83.

verranno accorpate sotto un'unica amministrazione, verranno nominati direttori a vita che eserciteranno il loro potere giurisdizionale sui poveri fuori e dentro l'ospedale e, un anno più tardi, verrà creata una “milizia dell’Ospedale” che, sotto il comando del direttore, si occuperà di dare la caccia ai mendicanti e ai vagabondi. Nel giro di pochi anni sorgono in tutta la Francia case di internamento che spesso vanno ad occupare i luoghi degli antichi lebbrosari, già presenti nell'immaginario collettivo come luoghi di esclusione e di isolamento. Foucault, nella sua opera, definisce *L'Hopital général* “terzo stato della repressione: esso è uno strano potere che il re crea tra la polizia e la giustizia, ai limiti della legge”. Questi luoghi sono ben lontani dall'essere luoghi di cura poiché, tra la società e il soggetto che viene internato, si stabilisce un particolare sistema implicito di obbligazioni: egli ha il diritto di essere nutrito, ma deve accettare la costrizione fisica e morale dell'internamento⁴ e deve lavorare in modo produttivo per accrescere il benessere del proprio paese. L’esigenza morale e sociale che spinge all'internamento dei corrotti si è rivelata, quindi, anche una tattica economica per riassorbire la disoccupazione e per sviluppare le manifatture. Il XVII secolo, in sintesi, ha avuto il demerito di riassorbire il malato di mente all'interno di una massa indifferenziata di tipi umani accomunati dall'incapacità di occupare un ruolo “normale” all'interno della società borghese. L'internamento avvicina fisicamente tipi umani tra loro differenti, accomunati dalla loro “asocialità”, intendendo con questo termine la loro tendenza a comportamenti non conformi alle norme sociali costituite. Il loro avvicinamento fisico contribuisce a far sì che essi vengano avvicinati gli uni agli altri nell'immaginario collettivo, fino alla costruzione di un'immagine sociale della follia il cui scheletro è ancora visibile nella nostra società. Saranno internati senza distinzione accanto alle “persone con lo spirito alienato” o “diventate del tutto folli” omosessuali, dissoluti, prostitute,

⁴ M. Foucault, *Storia della Follia nell’Età Classica*, Milano, cit. p. 69.

libertini, prodighi e sifilitici, come pure coloro che, manifestando comportamenti che vanno contro i precetti della religione, si fanno promotori del disordine: ai bestemmiatori, agli empi, ai profanatori, così come anche ai suicidi, agli astrologi e ai maghi non verranno più inflitte le tradizionali condanne, ma saranno internati poiché i loro atti dimostrano la loro insania. Da questo momento, dunque, la follia inizia ad essere misurata secondo una certa distanza in rapporto alla norma sociale: è folle colui che *“oltrepassa da se stesso le frontiere dell'ordine borghese”*.⁵ Tutte queste tipologie umane vengono rinchiusi e sottoposti a trattamenti morali, punitivi e correttivi, poiché a loro viene attribuita la colpa della loro insensatezza. I lebbrosari ospiteranno così i nuovi lebbrosi, il cui stigma è meno visibile ma altrettanto alienante. Alienante perché questi soggetti perdono le loro qualità di soggetti di diritto: in virtù del loro riconoscimento come “perturbatori del gruppo”, assorbiti all'interno delle strutture correttive, rinunciano alle loro responsabilità, ai loro obblighi civili, alla loro libertà. La decisione di internare è presa dai magistrati che ricorrevano molto raramente alla perizia medica chiamando, invece, a testimoniare la famiglia, il vicinato, il curato della parrocchia. L'internamento si configura così come punizione etica poiché all'origine della follia si percepisce una volontà perversa, il male, e proprio questo cedimento di volontà è quello che va punito. Ecco perché il termine del tempo dell'internamento, quando c'è un termine, non è certo quello della guarigione, quanto piuttosto quello del pentimento, è cioè il tempo giudicato necessario affinché i rinchiusi paghino per le loro colpe morali, le riconoscano e si pentano per esse. Sarebbe tuttavia parziale affermare che tra i secoli XVII e XVIII i folli fossero trattati puramente e semplicemente come dei prigionieri di polizia. Esistevano, infatti, anche degli ospedali dotati di uno statuto speciale dedicato a coloro che avevano perso la ragione. A Parigi, per esempio, vi è un ospedale a

⁵ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p.77.

statuto speciale riservato a quei poveri che hanno perduto la ragione e che, pertanto, necessitano di essere curati con salassi, purghe, vescicanti e bagni. Questo è l'Hotel-Dieu, dove i folli giudicati "curabili" venivano rinchiusi in piccole cuccette chiuse dotate di due sole piccole finestre.⁶

Si noti che, sebbene la medicina del periodo non abbia dato il suo contributo né nell'invenzione di nuovi strumenti tecnici né in quella di specifiche modalità di cura, fu proprio in questi secoli che nacque la nozione di "cura" nella accezione che noi utilizziamo: questa inizia a configurarsi come un processo a tappe nel quale è necessario prima individuare i sintomi, le forme che la malattia prende, ricercandone le cause. Si inizia a parlare di processo poiché essa deve correggersi e modificarsi in base ai suoi effetti, anche contraddirsi quando è necessario. La teoria medica inizia, così, a procedere per tentativi, prefigurando quello che diventerà ben presto "il territorio clinico". Vengono elaborate alcune idee terapeutiche che hanno organizzato le cure della follia e che, neanche un secolo più tardi, verranno giudicate fantastiche e saranno per lo più abbandonate. Le cure individuate sono le più disparate e vanno dall'utilizzo dei bagni, alla somministrazione di ferro, fino all'uso dell'oppio come farmaco universale. Si noti, dunque, che durante il periodo del grande internamento, come afferma Foucault, *"l'esperienza della follia come malattia, per quanto ridotta, non può essere negata"*. Tuttavia, per quanto non sia del tutto ignorato un approccio "medico" alla follia, è evidente che questo è del tutto secondario rispetto a quello giuridico-poliziesco: l'arbitrarietà con cui si stabilisce se un insensato debba trovare posto nei reparti di un ospedale o tra i detenuti di una casa di correzione, la facilità con cui uno stesso soggetto può essere spostato da un luogo all'altro, testimoniano un'alterazione nella coscienza della follia: far passare un folle dal registro dell'ospedale a quello della casa di correzione significa far scomparire i

⁶ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, Milano, BUR Saggi, 1998.

segni che lo distinguevano. Ecco che il processo di esclusione sociale viene affiancato e alimentato da quello della stigmatizzazione. A ben guardare, sarà da questo momento che la malattia mentale inizia a configurarsi come stigma, come elemento di degradazione morale e, di conseguenza, inferiorizzazione sociale. Infatti, nonostante i progressi che la scienza medica raggiunse nel corso dei secoli, rimase comunque la coscienza di una follia che è indice di colpa e di inferiorità.

1.3 L'ISTITUZIONE MANICOMIALE E LA NASCITA DELLA PSICHIATRIA

1.3.1 L'ISTITUZIONE MANICOMIALE

Alla fine del '700 l'entusiasmo e la fiducia nella funzione correttiva delle case d'internamento iniziano a scomparire soppiantati dalla paura nei confronti di quei luoghi che sembrano essere il ricettacolo *“di tutto ciò che la società ha di più immondo e vile”*.⁷ Tutto il “male” che la società civile aveva tentato di allontanare da se stessa, nelle varie forme che esso assumeva, siano esse quelle della malattia, della criminalità, della corruzione dei costumi, della povertà, inizia a riemergere dai luoghi stessi dove si era tentato di rinchiuderlo. Nell'immaginario collettivo le case d'internamento rimandano ad un'idea di *“putredine che riguarda tanto la corruzione dei costumi quanto la decomposizione della carne”*,⁸ al loro interno il male cova, si alimenta, e libera vapori nocivi e corrosivi che minacciano intere città. Di qui la necessità di riformare le case d'internamento, purificandole per ridurre la possibilità di contaminazione e impedire al male e alle malattie di viziare l'aria circostante. Un'altra idea, inoltre, mina le fondamenta delle case d'internamento. Queste, infatti, mantenute a spese dello Stato, si configurano come una forma di assistenzialismo nei confronti della povertà che, si afferma, *“entra in complicità con la miseria e contribuisce a svilupparla”*.⁹

A questo tipo di “assistenzialismo fallimentare” si contrappone la convinzione che sia necessario lasciare che la popolazione sia libera di muoversi all'interno dello spazio sociale: laddove si creano delle sacche di povertà sarà il mercato stesso a riassorbirle, nella misura in cui esse formeranno della manodopera a buon

⁷ Mercier, *Tableau de Paris*, t. VIII, p. 1. (Foucault 1961)

⁸ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p.297.

⁹ *Ibidem*, cit. p. 347.

mercato. Commercio e industria andranno a svilupparsi automaticamente più in fretta proprio in quelle zone e permetteranno al mercato di riposizionarsi in equilibrio. Siamo alle origini del pensiero liberale, che vede proprio in un certo tipo di libertà la sola forma di assistenza valida. Perché questo sia possibile è necessario che i poveri siano capaci di lavorare, solo così possono essere elementi positivi nella società. Viene fatta, così, una distinzione tra “poveri validi” e “poveri invalidi”: il malato è un peso morto, rappresenta un elemento “passivo, inerte, negativo” poiché il suo ruolo nella società è solo quello di consumatore. A due nature di povertà diverse, corrispondono due diverse modalità di assistenza. Fornire assistenza ad un povero valido significherà fornirgli il modo di assistere se stesso con le proprie forze ed il proprio lavoro. L'assistenza ai poveri invalidi, invece, avviene attraverso la beneficenza, primo dei doveri sociali per il cittadino, *“incondizionato tra tutti poiché è la condizione stessa della società, il legame più vivente tra gli uomini, il più personale e allo stesso tempo il più universale”*.¹⁰

La società, quindi, si ritira e retrocede: il luogo naturale della guarigione viene individuato nella famiglia, nell'ambiente dove il malato vive. I poveri, dunque, escono dalle case d'internamento nelle quali, per quasi due secoli, erano stati rinchiusi per loro colpa ed errore. La povertà cessa di essere sintomo di degrado morale e viene riqualificata. Le case d'internamento, a seguito di questo mutamento di paradigma, vengono sempre meno utilizzate, si svuotano dai poveri, e aumentano le critiche nei confronti della loro funzione e della loro organizzazione. Si inizia a guardare tra le tipologie umane degli internati, e ci si accorge che tra *“gli internati, i libertini, i dissoluti, i figliuoli prodighi, vi sono uomini il cui disordine è di altra natura”*.¹¹ Se ne accorgono economisti, sorveglianti, direttori, medici, e se ne accorgono gli internati stessi che protestano

¹⁰ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p. 349.

¹¹ *Ibidem*, cit. p. 335.

e si lamentano con magistrati e ministri. Quello che si condanna è la promiscuità di folli e *corrigendi*, e si sottolinea il fatto che gli internati, qualsiasi sia la loro colpa, meriterebbero un trattamento migliore di quello che li confonde con gli insensati. Non si discute affatto, invece, sulla giustizia o meno dell'internare i folli: questi hanno perso l'uso della ragione e meritano di essere esclusi dalla società e la società ha il compito di difendere se stessa da loro attraverso l'esclusione. Dal 1770 la pratica dell'internamento inizia a diminuire, e “*mentre tutte le altre figure imprigionate tendono a fuggire, la sola follia vi resta, ultimo relitto, estrema testimonianza di questa pratica che fu essenziale al mondo classico, ma il cui senso ci appare ora misterioso*”.¹² Si riducono il più possibile le pratiche di internamento per chi si è macchiato di colpe morali (libertinaggio, conflitti familiari), si designano individui incaricati di visitare le case d'internamento per accertarsi che i folli non siano mischiati agli altri prigionieri, si individuano strutture destinate ad ospitare solo gli insensati. A differenza dei comuni malati, ai quali, come già detto, dovevano provvedere le famiglie o comunque le sfere private, la follia “*reclama uno statuto pubblico e la definizione di uno spazio di confino che garantisca la società dai suoi pericoli*”.¹³ La società, in altre parole, non può ignorare il problema, deve invece organizzare delle strutture apposite per gestirlo e controllarlo. Alla follia si inizia a guardare, per la prima volta nel mondo occidentale, come ad una malattia isolata dalla povertà e da tutte le altre figure della miseria e dell'empietà, e si inizia a riflettere sui problemi che implica l'assistenza ai malati. Da questo inizierà la ricerca di un equilibrio tra l'esclusione pura e semplice dell'internamento e l'approccio medico di cura. Da una parte si avverte la necessità di rinchiudere i folli che le famiglie non possono sorvegliare, per premunire la società contro il pericolo che essi

¹² M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p. 332.

¹³ *Ibidem*, cit. p. 361.

rappresentano, dall'altra quella di concedere loro i benefici delle cure mediche o di quelle ospedaliere, che avrebbero se fossero ricchi. Si vuole trovare, dunque, una via intermedia tra *“il dovere di assistenza prescritto da una piet  astratta e i timori legittimi suscitati da uno spavento realmente provato”*.¹⁴ L'esito di queste proposte si rende evidente: Ospedalizzazione e Internamento vengono per la prima volta riunite in un'unica forma istituzionale e si stabilisce che le cure siano somministrate nel luogo stesso in cui si attua l'esclusione:   a questo punto che prende forma il Manicomio come luogo in cui l'isolamento del malato mentale diventa parte integrante della sua cura nonch  dell'osservazione del caso clinico oggetto della cura stessa.

Tra il 1750 e il 1850 la riforma prende corpo: a partire da Francia e Italia, in tutta Europa, vengono predisposti ospedali destinati agli insensati e se ne stabiliscono gli statuti. Pinel in Francia e Chiarugi in Italia si distinguono per i loro contributi al rinnovamento della scienza medica: i loro trattati sono di certo mossi da una spinta filantropica, ma ci  che maggiormente emerge   *“un progetto di umanizzazione dell'uomo attraverso la conoscenza scientifica”*.¹⁵ In Italia esemplare   il San Bonifazio di Firenze, identificato nel 1789 dal Chiarugi, allora direttore dell'Istituto, come la prima struttura manicomiale esplicitamente dichiarata medica e psichiatrica. Egli, all'interno di tale struttura, teorizzava *“la curabilit  delle malattie nervose attraverso una pratica di internamento finalizzata al rispetto del malato e al suo sollievo fisico”*.¹⁶ Il malato viene cos  liberato dalle sue catene, e non soltanto in modo figurato: sar  Pinel, nel 1793, ad ordinare per primo di toglierle dai polsi e dalle caviglie degli internati di Bicetre:

¹⁴ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Et  Classica*, cit. p. 336.

¹⁵ F. De Peri, *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento* in *Storia D'Italia*, annali, Vol. 7, p. 1070, Einaudi, Torino 1984.

¹⁶ G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Societ  e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997, cit. p. 195.

al loro posto si preferirà “uno stretto corpetto di traliccio o di robusta tela, che rinserra e imprigiona le braccia”. Si tratta della camicia di forza, studiata per contenere i movimenti e irrigidirsi quando questi diventano più violenti. È da sottolineare che, per la prima volta, viene assegnata una priorità al giudizio medico nello stabilire se un individuo denunciato come folle sia o meno un individuo da internare e durante il periodo del suo internamento egli sarà sottoposto a monitoraggio costante ad opera degli agenti di servizio e degli ispettori sanitari: saranno loro a dover stabilire se il comportamento denunciato è sintomo di una forma patologica o se invece si tratta di una temporanea perdita di lucidità. Il progresso rispetto al passato è indubbio, ma è anche vero che a questi guardiani viene così affidato un compito: delimitare il dominio della follia assolvendo coloro che compiono atti motivati da ragioni al di fuori di esso. Il loro potere sarà assoluto all’interno dei Manicomi: si creeranno dei rapporti di dominazione che mostreranno terribili conseguenze per i sottomessi, quelle conseguenze che, molto in seguito, spingeranno medici psichiatri alla riflessione sulla validità o meno della struttura manicomiale e, infine, alla sua condanna.

1.3.2 LA NASCITA DELLA PSICHIATRIA

Il Manicomio dell’800 diventa non solo il luogo dove le malattie si curano, ma anche e soprattutto il luogo dove il sapere medico può organizzarsi in modo scientifico, secondo gli orientamenti che il positivismo dava. Diventa fondamentale l’osservazione dei casi, l’esperienza diretta assume una funzione essenziale. Il folle inizia ad essere considerato come una “macchina rotta” lesionata nel cervello,¹⁷ la sua malattia viene riconosciuta a tutti gli effetti e diventa compito della medicina occuparsi di essa, non più della polizia o dei giudici. Lo psichiatra italiano Andrea Verga, nel 1873, in occasione

¹⁷ V. Andreoli, *Istruzioni per essere normali*, BUR, Milano, 1999, Cit. p. 13

dell'inaugurazione dell'anno psichiatrico, definì la pazzia come “*un'affezione congiunta del cervello, per la quale essendo rimasto più o meno viziato lo sviluppo del medesimo, un individuo non può esercitare che imperfettamente e irregolarmente le speciali funzioni della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà e appare perciò diverso dalla comune degli uomini; oppure un'affezione acquisita ed accidentale del cervello, per la quale, alterandosi le relative funzioni della sensibilità, dell'intelligenza e della volontà, un individuo appare diverso dalla comune degli uomini e da quel che era egli stesso*”.¹⁸ Gli psichiatri della seconda metà del XIX secolo, dunque, prendono a riferimento per le loro ricerche la teoria clinica di stampo organicista che sosteneva l'origine organica dei disturbi psicotici e cercava di classificare i sintomi in modo ordinato al fine di individuare il decorso della malattia e la sua prognosi. Questo cambiamento di paradigma si evidenzia anche a livello terminologico, cambia il modo di definire la follia stessa: Pinel inizia a parlare di alienati mentali e di *alienisti* con riferimento a quei medici specializzati che operano nello spazio dell'alienazione mentale. Prende avvio la “*medicalizzazione della follia*”,¹⁹ con vari esiti nei vari paesi, terreno sul quale muove i suoi primi passi la nascente psichiatria.²⁰ Si può, dunque, constatare come “*la psichiatria sia coinvolta sin dalla sua nascita in tutta una serie di esigenze di tipo prettamente sociale, fino ad arrivare alla pretesa che essa riesca a far scomparire l'angoscia sociale con un tocco di ingegneria umana*”.²¹

¹⁸ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979, Cit., p. 57.

¹⁹ F. Stock, *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma, Il pensiero scientifico, 1983, Cit. p. 21.

²⁰ L. Cabras, E. Campanini, D. Lippi, *Uno psichiatra prima della psichiatria: Vincenzo Chiarugi ed il trattato "Della pazzia in genere e in specie"(1793-1794)*, Firenze, 1993.

²¹ R. D'Alessandro, *Lo specchio rimosso*, Milano, Franco Angeli, 2008, cit. p. 19.

Il Manicomio, dunque, si presenta come un'istituzione totale e autonoma, con delle sue regole ed una sua organizzazione: il Manicomio stesso è la cura dei malati, nonché terreno di esperienza per la ricerca medica. Il folle doveva essere sottratto dalla società per la quale era potenzialmente pericoloso e dalla quale riceveva stimoli di eccitazione che comportavano un peggioramento della malattia; per lui veniva previsto un mondo artificiale, sano, privo di elementi di disturbo, in cui tutto, dall'architettura all'arredamento, dal lavoro alla disciplina, aveva una funzione terapeutica. Solo all'interno di questo microcosmo, le pratiche idroterapiche, la contenzione, l'uso di sostanze calmanti, acquistavano il valore di validi ausili alla terapia principale, che consisteva fondamentalmente sempre e soltanto nella vita manicomiale. Fondamentali sono ordine, isolamento, silenzio. Seguendo le parole di Pinel: *“non ci si deve stupire dell'estrema importanza che io attribuisco al mantenimento della quiete e dell'ordine in un ospedale per alienati, e dell'attenzione che riservo alle qualità fisiche e morali che una simile sorveglianza richiede, poiché proprio in questo risiede uno dei fondamenti del trattamento della mania. Senza tutto ciò, infatti, non è possibile ottenere né osservazioni esatte né una guarigione permanente, quale che sia, per altri versi, il ricorso ai medicinali più noti e diffusi”*.²² L'isolamento nel ritiro è altrettanto terapeutico. Scrive Foucault: *“nel ritiro il gruppo umano è ricondotto alle sue forme originarie e più semplici: si tratta di riportare l'uomo ai rapporti sociali elementari e assolutamente conformi all'origine; e ciò significa che essi devono essere a un tempo rigorosamente fondati e rigorosamente morali. Così il malato si troverà ricollocato nel punto in cui la società è appena sorta dalla natura e dove di svolge in una verità immediata che tutta la storia umana ha contribuito in seguito a scompigliare. Si suppone che saranno cancellati dallo spirito dell'alienato tutti gli artifici, i vani disordini, i legami e gli obblighi estranei alla*

²² M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli, 2004, cit. p. 20.

natura che la società moderna ha potuto deporvi".²³ Il 30 giugno 1830 in Francia viene emessa la legge che regolamentava le modalità e le condizioni del ricovero in Manicomio: questo istituto sarà dedicato alle persone "pericolose a se stesse e agli altri e che creano pubblico scandalo". L'Italia deve attendere il 14 febbraio del 1904 per avere una legge nazionale che regoli tutti i manicomi del paese. Fino a quel momento non esisteva una legislazione unitaria e ogni istituto, sotto la guida del proprio direttore, aveva piena autonomia. È un'ispezione sui Manicomi del regno, svolta dal ministro dell'Interno Giovanni Nicotera, a mostrare l'esigenza di un intervento: sovraffollamento, scarsità di condizioni igieniche, inadeguatezza degli strumenti di cura, fatiscenza dei locali e mancanza di registrazione clinica emergono come problemi che non possono più essere ignorati. Nel 1904, perciò, sotto il governo di Giolitti, viene approvata una legge nazionale unitaria (legge 36) che sancisce, tra le altre cose, l'obbligo di ricovero solo per i "dementi" pericolosi e scandalosi, l'attribuzione delle spese alle province, l'ammissione in manicomio solo dopo procedura giuridica (salvo casi d'urgenza) e l'istituzione di un servizio speciale di sorveglianza per gli alienati. L'Asilo, dunque, nel corso della prima metà del '900, si consolida come "*Istituzione Totale*"²⁴ mentre la psichiatria, seppur mossa da presupposti di scientificità, prigioniera del pregiudizio di organicità, si inverte in un esercizio classificatorio di sintomi, segni, comportamenti attribuiti a questa o quella patologia e le cure somministrate all'interno dei manicomi sono sempre di carattere sedativo.

²³ M. Foucault, *Storia della Follia nell'Età Classica*, cit. p. 405.

²⁴ E. Goffman, *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1972.

2 IL PERIODO FASCISTA

2.1 LA LEGGE 1904

Durante il periodo fascista si dimostrò una certa continuità rispetto alle norme che regolavano l'internamento e la gestione delle strutture manicomiali. A tal proposito si noti che la Legge del 1904 è rimasta sostanzialmente invariata fino alle prime Riforme della fine degli anni '60 e la definitiva Riforma Basaglia. Questa continuità regolamentare dipese dal fatto che la Legge 1904 presentava caratteristiche di “flessibilità” ed “elasticità” di interpretazione, le quali la rendevano permeabile a un regime impegnato sin dall'inizio a mettere fuori gioco gli oppositori politici e a colpire il dissenso con ogni mezzo. Di particolare efficacia fu la possibilità d'internare d'urgenza un soggetto, quantomeno per il tempo necessario alla sua osservazione. Questa procedura venne utilizzata spesso per internare gli schedati politici. Coloro che per intenti ed azioni dimostravano un'appartenenza politica classificabile genericamente come “dissenso fascista”, venivano segnalati come squilibrati psichici e pertanto screditati dal punto di vista sociale e morale. Il riconoscimento della follia trasformava velocemente i soggetti da semplici oppositori del regime in vere e proprie minacce sociali. La finalità repressiva che veniva perseguita attraverso il ricovero psichiatrico è quindi del tutto evidente: la situazione era anche accentuata dalle “forzature” operate dagli organi di polizia, dal momento che erano ben poche le garanzie previste dalla legge a tutela dei diritti individuali. Secondo la Legge del 1904 ogni autorità locale di pubblica sicurezza poteva ordinare il ricovero in via provvisoria, ma soltanto in caso di urgenza, sulla base di un certificato medico. Dopo un periodo di osservazione, massimo di trenta giorni, l'eventuale internamento definitivo veniva deliberato dal Tribunale Locale, in base alla relazione del Direttore del Manicomio. A quest'ultimo erano riconosciute piena autorità sugli aspetti sanitari,

economici e organizzativi dell'Istituto, mentre restavano in carica alle Province le spese per il mantenimento degli alienati poveri. Per quanto riguarda la vigilanza sul funzionamento degli istituti, essa era affidata al Ministero dell'Interno ed ai Prefetti.²⁵ La legge va considerata come un intreccio tra i propositi di una classe politica del periodo, che si richiamava all'assunto della pericolosità del malato di mente per pregiudizio e per una logica difesa sociale delle classi subalterne, e la volontà di una parte del sapere medico, che da tempo spingeva per partecipare alla riforma delle istituzioni, finalizzata “alla repressione di comportamenti antisociali”. Il connubio di queste portò nell'individuazione della “pericolosità sociale” e del “pubblico scandalo” come unici criteri di internamento.²⁶ Gli psichiatri vennero dunque chiamati ad esercitare, nella gestione dell'ordine pubblico, un ruolo che in passato era trattato esclusivamente della polizia e dai Giudici.²⁷ Corrispose loro anche la piena responsabilità, di fronte allo Stato ed alla società, rispetto ai pericoli che gli alienati potevano provocare. Durante il fascismo questa responsabilizzazione sarebbe risultata centrale nell'uso dell'internamento psichiatrico come strumento di repressione politica. Il regolamento che completava la legge 1904 (Regolamento sui manicomi e sugli alienati) approvato con decreto del 16 agosto 1909 stabiliva che qualora il direttore avesse ritenuto guarito l'internato, avrebbe potuto dimmetterlo in via di prova, ma sotto la sua completa responsabilità. Le dimissioni però sarebbero diventate definitive solo con un Decreto del Presidente del Tribunale che esercitava la propria giurisdizione nel territorio.

²⁵ Legge 14 Febbraio 1904 n. 36, “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.*”

²⁶ Valeria Paola Babini, *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.

²⁷ R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia, dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.

La responsabilizzazione esponeva i Manicomi a divenire dei veri e propri contenitori di malati che disturbavano l'ordine pubblico. Consapevoli di tale rischio, negli anni successivi, molti psichiatri discussero su quelle che erano le forme di assistenza extraospedaliera, la psicoanalisi e le tecniche di custodia manicomiale (come ad esempio il sistema di ospedalizzazione open-door o le pratiche di no-restraint).²⁸ Sta di fatto che purtroppo si riprodussero le dinamiche registrate negli anni precedenti, le quali avevano visto il ricorso al ricovero indirizzato verso settori sociali ben precisi: quelli della devianza e della marginalità. Al termine della Grande Guerra Leonardo Bianchi (psichiatra, deputato e Direttore del Manicomio Provinciale di Napoli) riteneva fosse quindi necessaria una riforma della legge (di cui egli stesso era stato relatore). Il principio della "pericolosità sociale" doveva essere rivisto poiché, coi criteri restrittivi esclusivamente di pubblica sicurezza, la legge contribuiva indubbiamente "all'incremento della follia" in quanto un numero non indifferente di epilettici, di nevrastenici e di imbelli non sarebbero mai entrati in Manicomio perché non considerati socialmente pericolosi, restando perciò liberi. A causa di quella che era la centralità della categoria di pericolosità sociale, i Manicomi erano sempre più strutture deputate alla custodia degli alienati piuttosto che alla loro cura, trasformandosi in istituti di isolamento e sequestro di matti. Si chiedeva pertanto l'eliminazione della categoria della pericolosità non per poter internare di più, ma per poter orientare i Manicomi verso una funzione sanitaria e terapeutica, liberandoli da quella meramente custodialistica. Si chiedeva inoltre la cancellazione delle disposizioni che prevedevano la responsabilità del Direttore nel caso di dimissioni in prova di un alienato, qualora la condotta di quest'ultimo fosse sfociata in comportamenti illegali o comunque dannosi per sé o per gli

²⁸ M. Moraglio, *Dentro e fuori il Manicomio. L'Assistenza psichiatrica in Italia tra le due Guerre*, in "Contemporanea. Rivista Storica dell'800 e del '900", a. IX, Gennaio 2006.

altri.²⁹ L'approccio del fascismo verso la legge 1904 seguì una direzione opposta a quella sperata da Bianchi. I pregiudizi sul binomio malattia mentale-pericolosità si rafforzarono e, nel corso del ventennio, il regime non solo non mise mano ad una riforma che tendesse a valorizzare gli aspetti terapeutici nell'approccio legislativo al trattamento della malattia mentale, ma anzi ne consolidò gli aspetti autoritari e repressivi. Il concetto di pericolosità sociale venne esteso e furono rafforzati gli elementi più marcatamente legati al controllo poliziesco, attraverso disposizioni che miravano a responsabilizzare al massimo la famiglia e la classe medica, soggetti che per primi si sarebbero dovuti accorgere dei segni di squilibrio e che quindi per primi dovevano essere chiamati a segnalarlo. Con l'avvio della fascistizzazione della società italiana venne approvato il Codice Penale del 1930 (Codice Rocco) il quale introdusse nuovi reati in materia di controllo delle malattie mentali, come la "*omessa custodia degli alienati*" o la "*omessa denuncia*".³⁰ Il nuovo Codice disponeva anche l'obbligo di iscrizione nel Casellario Giudiziario dei ricoverati, una norma contestata da molti psichiatri membri della Lega Italiana di Igiene e profilassi mentale. Negli anni del Fascismo il numero degli italiani internati in Manicomio continuò a far registrare un costante aumento: nel periodo tra il 1927 e il 1941 i ricoverati passarono da 62.127 a 94.946. Questo aumento si inserisce all'interno della politica fascista legata alla "lotta per la salute fisica della razza" ed alla politica demografica, le quali diventarono per il regime obiettivo simbolico e politico. Mussolini era convinto che la forza dell'Italia si sarebbe dovuta basare su una risorsa: la popolazione. Pertanto vennero implementate politiche intese a rafforzare

²⁹ L. Bianchi, *A proposito della riforma della legge sui Manicomi e sugli alienati*, in Rivista sperimentale di freniatria, 1922, citato in Moraglio, *Dentro e fuori il Manicomio*.

³⁰ Valeria Paola Babini, *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.

l'integrità e la sanità fisica e morale degli italiani, finalizzata all'aumento demografico attraverso interventi sulla maternità, sull'infanzia, sulla salute in generale. Furono create l'Opera Nazionale maternità ed infanzia o l'Opera Nazionale Balilla, furono organizzate Colonie elioterapiche per i bambini così come fu incentivata l'attività sportiva e promossi interventi mirati all'organizzazione sanitaria.³¹ Questi obiettivi resero impossibili in Italia politiche eugenetiche negative volte all'eliminazione dei malati mentali. Tuttavia, almeno dal punto di vista pseudoscientifico, l'impegno di alcuni settori del fascismo a diffondere convinzioni e pregiudizi circa la necessità di operare una selezione qualitativa della popolazione era alto. La rivista "*La difesa della razza*", ad esempio, propagandava l'adozione di misure più dure nella lotta alla degenerazione, concentrando l'attenzione sull'ereditarietà delle malattie mentali (tra le quali la paranoia la nevrosi) e sui possibili rimedi, dal certificato prematrimoniale obbligatorio alla sterilizzazione dei malati. Anche la rivista "*Razza e Civiltà*" non lesinava critiche sull'impianto della legge 1904 sostenendo che, a causa della classica formula dell'assenza di pericolo per sé e per gli altri, dai Manicomi continuavano ad essere dimessi individui tarati, lasciati quindi liberi di contrarre matrimonio e di generare una prole a cui sarebbe stata trasmessa una "triste eredità". Si insisteva sulla rivista che, qualora non si fosse giunti ad una politica razziale basata su "*Igiene e profilassi rigorose, se non addirittura drastiche*", ci si sarebbe dovuti aspettare un continuo incremento del numero degli anormali ed un continuo aggravamento delle infermità da essi trasmesse.³²

³¹ G. Vicarelli, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997.

³² Matteo Petracchi, *I matti del Duce, Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Roma 2014.

2.2 IL MANICOMIO COME STRUMENTO DI REPRESSIONE POLITICA

La maggior parte dei casi di ricovero psichiatrico, legati agli schedati politici del tempo, risale ad un periodo successivo al 1927. Sembra infatti che, negli anni contraddistinti dall'estensione del controllo politico su ampi settori istituzionali, il ricorso all'internamento psichiatrico degli oppositori si sia affiancato ai più noti strumenti per la repressione del dissenso. Con il fascismo il controllo della Pubblica Sicurezza entrò direttamente anche nei Manicomi. Si noti che il Ministero dell'Interno e l'autorità di Pubblica Sicurezza, a seguito di un internamento, continuavano a pretendere notizie costanti relative al ricoverato. La degenza si protraeva talvolta per lunghi anni, tanto che la prosecuzione della vigilanza portava a volte a rimostranze degli stessi militi, i quali la ritenevano inutile. Gli schedati, infatti, erano già sotto la stretta sorveglianza di coloro che erano adibiti a tale compito all'interno del Manicomio. Inoltre, essendo circondati da folli, sembrava irrazionale raccogliere ulteriori elementi rispetto alla condotta politica che attuavano all'interno dell'Istituto. Risulta quindi più interessante la questione riguardante la responsabilizzazione del Direttore il quale, come accennato precedentemente, poteva dimettere in via di prova un internato ritenuto da lui stesso guarito. Sulle dimissioni di uno schedato politico, infatti, si manifestavano maggiormente le ingerenze degli uomini e delle strutture preposte alla vigilanza politica. Alle direzioni psichiatriche veniva sempre chiesto di informare la Pubblica Sicurezza nel caso di liberazione di un antifascista dal Manicomio. Proprio per questo va fatto notare che il personale sanitario, a volte, annotava le indicazioni della Questura direttamente sulla copertina della cartella clinica dell'internato. In altri casi, questura e commissariati, intimavano alle direzioni psichiatriche l'obbligo di consegnare loro il paziente in caso di dimissione, o comunque di aspettare la loro autorizzazione prima di farlo uscire

dall'ospedale. Queste erano tutte circostanze che rappresentavano forme di pressione che si trasformavano in un freno allo sviluppo di un'azione medica libera e cosciente.

2.2.1 I SOGGETTI COINVOLTI NELL'INTERNAMENTO

Nella maggior parte dei casi di internamento la procedura seguita per gli antifascisti fu quella d'urgenza, la quale disponeva che l'autorità locale di pubblica sicurezza potesse ordinare il ricovero in via provvisoria, sulla base di un certificato medico. Questa deroga alla prassi ordinaria trasformò subito l'eccezione in consuetudine largamente praticata. La prima autorità che poteva determinare un ricovero d'urgenza era il Podestà, il quale provvedeva in prima persona ad emettere l'ordinanza per il ricovero dell'alienato, in quanto titolare della funzione di Pubblica Sicurezza. L'intervento del Podestà poteva essere provocato anche da autorità ad esso sovraordinate, come i Prefetti o i Questori. Per l'internamento d'urgenza, come già detto, era necessario un certificato medico. Tuttavia, nelle questure e nelle prefetture la presenza di un medico non era prevista. Pertanto, quando un questore voleva far visitare un antifascista, doveva ricorrere a un medico fiduciario. In casi estremamente urgenti, inoltre, il ricovero di un potenziale alienato poteva venire addirittura senza certificato medico, il quale sarebbe stato prodotto successivamente dai sanitari della clinica stessa.³³ La dinamica dell'internamento poteva essere quindi la seguente: i poliziotti, su mandato del Questore, si presentavano in ospedale registrando un paziente che poi conducevano direttamente in osservazione psichiatrica, sostenendo che il soggetto che accompagnavano fosse un pericoloso squilibrato proveniente da una dei reparti dell'ospedale stesso. Il medico che interrogava il

³³ Matteo Petracchi, *I matti del Duce, Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Roma 2014.

soggetto sentiva ripetere da questi la solita storia riguardante il fatto che egli fosse un perseguitato, un confinato, un arrestato, un pedinato da mesi o sorvegliato da anni. Si può quindi immaginare come l'effetto psicologico rappresentato dalla presenza degli uomini in divisa conducesse inevitabilmente il sanitario a trarre conclusioni diagnostiche che riconoscevano, nel racconto del paziente, gli effetti del delirio di persecuzione suggerito dalla questura. Possiamo quindi affermare che la politicizzazione di Questori e Prefetti rappresenti un elemento che sicuramente può contribuire a spiegare molti dei ricoveri psichiatrici che sembra furono dettati da considerazioni politiche o di ordine pubblico piuttosto che da un'effettiva pericolosità sociale. Tale intervento era comunque del tutto legittimo in quanto, come secondo legge del 1904, l'ammissione degli alienati nei Manicomi poteva essere richiesta anche da "*chiunque altro*" lo facesse "*nell'interesse degli Infermi e della società*". Si consideri inoltre che, durante il fascismo, il controllo sociale e la repressione politica si erano eretti a sistema e che quindi, dietro la definizione di "*chiunque altro*", si poteva celare una molteplicità di soggetti potenzialmente interessati a provocare un ricovero. Interi settori della società vennero chiamati a condividere le funzioni di polizia politica, sia con la partecipazione a organizzazioni fasciste che con il diretto coinvolgimento nel sistema.³⁴ Di fronte ad un apparato del genere non era difficile trovare qualcuno che, per premura o per scrupolo, sotto tutela degli interessi della società, segnalava uno schedato politico anche se solo per un minimo accenno di anormalità, vera o presunta.

³⁴ M. Canali, *Le spie del regime*, Il Mulino, Bologna 2004.

2.3 LOTTA ALLA DEGENERAZIONE DELLA RAZZA

Il fascismo, conquistato definitivamente il potere, fissò nel Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (prima del 1926 a poi del 1931) le regole da attivare per il controllo dei degenerati e delle classi pericolose, oltre che dell'alienazione mentale. Il provvedimento dell'ammonizione, ad esempio, era previsto non solo per coloro che venivano designati come oppositori politici, ma anche per gli oziosi, i vagabondi, i diffamati per i delitti di prostituzione o altro. Nella parte dedicata alle disposizioni relative alle persone pericolose per la società si stabiliva che non solo i medici specialisti, ma anche gli esercenti della qualsiasi professione sanitaria, avevano l'obbligo di denunciare all'autorità locale di Pubblica Sicurezza, entro due giorni, le persone da loro assistite o esaminate che risultassero affette da malattia di mente o grave infermità psichica. L'obbligo, pertanto, riguardava anche i medici Condotti e gli infermieri, prevedendo anche la segnalazione delle persone affette da cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti.³⁵ Secondo le idee dell'epoca la degenerazione era figlia di patologie conseguenti comportamenti considerati immorali, l'abuso di alcool e la prostituzione in particolare. Naturalmente anche la tubercolosi, dipendente dall'ambiente in cui si vive più che dalla condotta assunta, poteva avere effetti negativi sui caratteri delle generazioni future. Questa però poteva essere combattuta attraverso interventi di risanamento delle situazioni più disperate, per esempio migliorando la salubrità delle città o delle abitazioni. Le malattie provocate dal disordine sessuale e dall'alcol, invece, potevano essere combattute non tanto con un intervento sull'ambiente ma con un intervento sull'uomo, volto a disciplinarlo, rendendolo consapevole dell'importanza che in termini generali assumevano alcune condotte individuali. A tal riguardo il fascismo approvò il Regolamento per la profilassi delle malattie veneree e sifilitiche, entrato in vigore

³⁵ Articoli 153, 164-165 Regio Decreto n. 773 del 18 Giugno 1931, Testo Unico delle leggi di Ps.

nel marzo del 1923. Successivamente, nel 1929, la normativa strinse ancor di più i controlli giungendo a considerare sospetti tutti coloro che si rifiutavano di sottoporsi alla visita medica.³⁶ L'idea che la sifilide provocasse malattia ereditaria, facilitando nei discendenti una predisposizione ad ammalarsi di malattie mentali, generava preoccupazione tra medici e criminologi, i quali spinsero nel chiedere la denuncia obbligatoria dei malati. La pericolosità sociale della sifilide era insita nel decorso della malattia, la quale poteva determinare psicosi irreversibili, anticipate da clamorosità e manie di grandezza. A quel punto, per il soggetto colpito, si aprivano le porte del Manicomio.³⁷ Oltre a questo vi era anche l'idea diffusa che l'ereditarietà delle tare psichiche rappresentasse un fattore di degenerazione, pertanto molti casi di antifascisti internati in Manicomio furono ricondotti a tale convinzione.

2.3.1 ALCOLISMO E SOVVERSIONE

Il consumo di vino, birra, acquavite ed altri distillati, diffuso tra le classi lavoratrici, ha cominciato ad essere considerato come un fattore di sovversione e di disordine sociale sin dai tempi della Comune di Parigi. In Italia, Cesare Lombroso sostenne che l'alcool fosse la causa di tanti delitti per una pluralità di ragioni: perché molti uomini erano “tratti dall'ubriachezza al delitto”, perché molti altri delinquevano “per potersi ubriacare”, mentre i vigliacchi, nell'inebriamento, trovavano “il coraggio necessario alle nefande imprese”. Il criminologo, inoltre, sosteneva che i bevitori generavano “figli delinquenti”.³⁸ L'atteggiamento del Fascismo rispetto all'alcool fu ambivalente, orientato ad esaltarne il consumo senza mai però perdere di vista il valore dell'autocontrollo. La legislazione

³⁶ G. Gattei, *La sifilide, : medici e poliziotti intorno alla “Venere politica”*, cit. pp 793-5.

³⁷ Matteo Petracci, *I matti del Duce, Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Roma 2014.

³⁸ Pier Marian Furlan, *Alcol, alcolici, alcolismo*, Editore Bollati Boringhieri, 1990.

fascista produsse, tra il 1925 e il 1933, una serie di provvedimenti volti a tutelare la produzione nazionale, il più importante dei quali fu la legge n.1164 del 1930, “*Disposizioni per la difesa di vini tipici italiani*”. Nello stesso tempo alcune pubblicazioni si impegnarono a sostenere che non era affatto dimostrato che il vino fosse dannoso per la natalità. Tuttavia, l’associazione tra alcool, degenerazione e pericolosità sociale rimase sempre presente. I numeri rappresentavano una pesante realtà: oltre 1343 soggetti vennero internati in Manicomio, perché colpiti da psicosi alcoliche, tra 1926 e il 1928. Una media di quasi 450 casi l’anno, che potrebbe essere estesa tranquillamente anche al periodo successivo. Secondo alcune rivelazioni condotte alla fine degli anni ’30, invece, si erano registrate 582 morti per alcolismo acuto e cronico nel 1937, 481 nel 1938 e appena venti in meno nel 1939. In queste cifre, “*La difesa della razza*” avrebbe trovato argomenti validi per riproporre studi che evidenziavano come, nella metà dei casi, la prole di un genitore alcolizzato fosse composta da individui sterili mentre, nella restante metà, o i figli nascevano morti o sarebbero diventati degli individui “tarati”.³⁹

Possiamo dire che si trova riscontro di tutto questo in alcuni dei ricoveri psichiatrici che hanno coinvolto alcuni schedati politici, i quali possono essere spiegati dalle pratiche di controllo sociale attivate per combattere la potenziale pericolosità degli alcolisti e contrastare i rischi della degenerazione della razza. Si ricordi, come premessa a tutto questo, che i documenti di Pubblica Sicurezza riflettevano i pregiudizi che si erano affermati negli anni precedenti in merito al legame tra alcool, classi pericolose e sovversione. Tali pregiudizi trovavano poi spazio anche nella satira e nel costume. Pertanto il luogo che veniva maggiormente controllato, durante il fascismo, era l’osteria. Essa era

³⁹ L. Businco, *Salute della famiglia, forza della razza*, in “*La difesa della razza*”, 20 dicembre 1938, 4, p.37.

generalmente frequentata da operai ed artigiani, i quali preferivano l'aggregazione spontanea a quella obbligatoria dell'Opera Nazionale Dopolavoro. Tale luogo svolgeva una funzione di socializzazione diversa da quella impostata dal regime, generando la circolazione e l'apprendimento di forme di opposizione sociale. Proprio per questo non bisogna stupirsi delle numerose denunce, arresti e processi legati non solo alle esclamazioni di qualche ubriaco, ma anche ai discorsi ed ai commenti relativi a notizie di attualità avvenute nelle Taverne. Tale premessa è necessaria per distinguere i casi di internamento psichiatrico, che sembrano dettati dal mero abbruttimento provocato dall'alcool, da quelli per i quali la segnalazione sui presunti accessi nel bere sembra essere stata utilizzata come strumento per screditare ulteriormente l'opposizione politica, secondo logica quantitativa che assecondava i pregiudizi delle classi dominanti. D'altronde, più sovversivi venivano segnalati per le loro presunte debolezze verso l'alcool, più l'abuso dello stesso poteva essere identificato come un carattere proprio del sovversivismo e, per estensione, dell'antifascismo.

2.4 LE DONNE NEL REGIME

Il regime concentrò gli sforzi nel consolidare una coscienza culturale fondata sulla divisione tra i sessi, mescolando concetti precedenti e trasformandoli in ideologia coerente, inserendoli al centro di un programma pedagogico declinato al femminile che avrebbe dovuto inserire attivamente le donne all'interno dello stato fascista, senza tuttavia scalfirne i suoi ruoli tradizionali. L'obiettivo doveva essere quello di farne delle componenti produttive, orientate ad assolvere compiti e doveri nell'interesse della collettività, per portare nella famiglia, nella scuola, nella vita sociale lo “*spirito virile*” e la “*morale eroica*” del Fascismo.⁴⁰ Sulla base di questo si invitava a coltivare, della natura femminile, la personalità delicata e profonda, prima garanzia di una casa ordinata e abbellita con gusto, dove era possibile cogliere il “*frutto del paziente accurato lavoro e dello squisito senso ornamentale delle nostre donne*”. Si consigliava di ispirarsi alle sane tradizioni della casa italiana, apprendendo quei rudimenti di economia domestica che avrebbero consentito alle donne di esercitare “*l'arte più difficile e più discussa tra le pareti domestiche: preparare un buon pranzo, senza spendere più del necessario*”. Inoltre, durante il Ventennio, la funzione dell'essere madre venne trasformata in missione patriottica, strumentalmente esaltata per costruire la prassi politica del Fascismo nei confronti della donna.⁴¹ Essa non era più una funzione meramente naturale, ma bensì una funzione anche “Statale”, la quale acquisiva una valenza sociale che assicurava figli sani alla patria a scapito delle singole identità, dell'autonomia dei corpi, dell'inclinazione degli animi, delle libertà personali. Il fine ultimo del regime era quello di costruire una figura femminile responsabile verso se stessa e verso la società, delle proprie azioni e delle proprie

⁴⁰ M. Addis Saba, *La politica del regime fascista nei confronti della donna*, in Rivista abruzzese di studi storici dal fascismo alla Resistenza, A. VI, 1985, 1, p.40.

⁴¹ Ibidem.

aspirazioni. Una donna nuova, prodotto genuino della civiltà fascista, partecipe dell'attività Nazionale, inquadrata nello stato fascista unitario come una “*cellula produttiva armonizzata con tutte le altre cellule produttive di un armonico organismo*”.⁴² Alla donna fu quindi chiesto di contribuire alla vita della nazione: impiegando la forza della sua dedizione e della sua abnegazione nella passività della sfera domestica, essa avrebbe dovuto organizzarne l'energia dei componenti che la costituivano, compensandone le amarezze e le frustrazioni derivanti dalla vita pubblica. La “perfetta fascista” avrebbe dovuto evitare di assumere atteggiamenti che esulavano dalla propria natura e guardarsi bene dall'invadere il campo di azione maschile, poiché “*può molto più giovare all'ideale per cui lavora se cerca di sviluppare in bene le sue attitudini femminili, anziché cimentarsi nel campo di azione maschile, dove riuscirebbe sempre imperfetta*”.⁴³ Al buon padre di famiglia, invece, era delegato il compito di instillare il rispetto per l'autorità, oltre che essere primo educatore e tutore della moglie e dei figli. Proprio per questo rispondeva pubblicamente della loro condotta, qualora non intervenisse immediatamente a correggerne le deviazioni.⁴⁴ Il controllo, in particolare, sarebbe dovuto essere più stretto attorno al comportamento morale della donna, perché esso rappresentava “*il sintomo più altamente suggestivo, sul prossimo, della moralità della famiglia e di quella del suo capo*”.⁴⁵ Ecco quindi che il meccanismo della sorveglianza sulle condotte individuali si veniva ad organizzare ed articolare in maniera meticolosa, divenendo parte integrante del corpo sociale, attuato da tutti gli individui che lo componevano, i

⁴² Annacarla Valeriano, *Malacarne, Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Editore Donzelli, 2019.

⁴³ Meldini, *Sposa e Madre esemplare* cit., p. 133.

⁴⁴ Loffredo, *Politica della famiglia* cit., p. 374.

⁴⁵ *Ibidem* cit., p. 445.

quali potevano sia subirlo che esercitarlo.⁴⁶ Pertanto, sulla base di quanto detto finora, non vi è da stupirsi che le richieste di portare una donna in Manicomio prendessero forma, il più delle volte, da coloro che erano più vicini alla sua persona: parliamo quindi del marito, dei genitori, dei figli, dei parenti più vicini e dei medici Condotti, i quali spesso usavano tali richieste per oscurare storie scomode come violenze domestiche, conflitti personali, intolleranza alla disciplina, comportamenti disordinati. Queste infrazioni alla norma finivano per raccogliersi sotto il più vasto ambito del disturbo dell'ordine pubblico, il quale era per legge una condizione che obbligava il ricovero in Manicomio dell'individuo. Va inoltre ricordato che, a questo meccanismo di sorveglianza “primaria”, si affiancava poi quello attuato dal regime attraverso i controlli della polizia. A tal proposito va fatto notare che esistevano sanzioni relative alle condotte femminili definite “poco rassicuranti”. Secondo le Leggi di Pubblica Sicurezza, infatti, la polizia aveva facoltà di intervenire nei confronti di coloro che sostavano in luoghi pubblici in atteggiamento di adescamento, senza però specificare quali fossero gli atteggiamenti che potessero dare adito a tale tendenza. Questo implicava che le donne equivoche potessero essere fermate e, se incapaci di dimostrare di avere un’occupazione, arrestate per esercizio della prostituzione: costoro venivano poi condotte in Manicomio per la loro “pericolosità sociale” e per il “pubblico scandalo” che procuravano.⁴⁷

Possiamo quindi concludere dicendo che, in questa breve parentesi storica italiana, l’Istituzione Manicomiale ebbe un peso non indifferente, dal momento che fu l’organo nel quale si medicalizzavano e diagnosticavano gli errori “della fabbrica umana” che non riuscivano a fondersi nelle prerogative dello Stato. Innegabile fu, durante il periodo fascista, la mera funzione custodialistica del

⁴⁶ M. Foucault, *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano, 2010.

⁴⁷ Gibson, *Nati per il crimine* cit., p. 325.

diverso, la quale fu totalmente esaltata seguendo una progressiva medicalizzazione del dissenso, perpetrata in funzione del controllo sociale e mai indirizzata verso la funzione sanitario terapeutica tanto auspicata.

3 VERSO LA RIFORMA: GLI ANNI '60 e '70

3.1 LA LEGGE MARIOTTI

Per vedere modifiche alla normativa sui Manicomi bisognerà attendere gli anni '60. Tale immobilità legislativa dipese dalla generica arretratezza della società italiana e dalla classe medica, la quale era rimasta arroccata su posizioni organiciste e biologiche, poco incline alle nuove correnti di pensiero psichiatriche che, negli anni '50, si andavano affermando in tutta Europa. Gli anni '60 furono anni di rivoluzione e di messa in discussione di ogni forma di autorità e potere. Riflessioni sulle nuove possibilità di trattamento dei malati di mente misero infatti in luce i limiti del sistema di assistenza basato sul Manicomio, evidentemente non appropriato a rispondere ai bisogni delle persone malate. Pertanto, sulla base di questo, nel 1968, vennero emanate la Legge n.132 (Legge Mariotti) e la Legge n.431 (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica), le quali rivestirono un ruolo fondamentale nel cambiamento e nella modernizzazione delle politiche in materia di salute mentale. La Legge Mariotti faceva parte di un programma di riforma più ampio che si prospettava l'idea di riformare radicalmente il sistema istituzionale che si era affermato, proponendo l'organizzazione di un sistema di servizi per la salute mentale.⁴⁸ Tale legge si ispirava alla politica di settore di matrice francese che, pur spostando l'assistenza sul territorio, non escludeva né metteva mai in discussione la funzione del Manicomio.⁴⁹ Pur non realizzando una riorganizzazione del sistema generale di assistenza psichiatrica, essa contribuì a scalfire il modello istituzionale introducendo nuove categorie di analisi: la legge non si riferiva più ai Manicomi ma adottò, in linea con la medicalizzazione della

⁴⁸ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁴⁹ P. Cipriano, *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Editrice Elèuthera, 2018.

malattia mentale, la dizione di Ospedali Psichiatrici. L'oggetto della cura erano i disturbi psichici e non più le alienazioni. Infine, aboliva il riferimento alla custodia per sostituirlo con forme di assistenza sanitaria, specializzata e sociale.⁵⁰

Di seguito le innovazioni più rilevanti:

- 1) Introduzione del ricovero volontario, senza limitazioni delle libertà personali, assimilando i pazienti psichiatrici agli altri malati, nella prospettiva di accomunare l'ospedale psichiatrico a qualsiasi altro ospedale;
- 2) Realizzazione dei Centri di Igiene Mentale (C.I.M.) come forma embrionale dei futuri servizi di comunità;
- 3) Sostituzione dell'iscrizione al Casellario Giudiziario con l'anagrafe psichiatrica.

L'istituzione dei C.I.M. è stato il presupposto per lo sviluppo del lavoro di équipe, introducendo il concetto per cui l'istituzione dovesse trasformare la funzione di controllo in funzione di assistenza a disposizione delle persone. I C.I.M., dal punto di vista delle finalità, integravano le attività del Manicomio agendo su un versante fino ad allora non considerato, quello della prevenzione e della riabilitazione.⁵¹ La legge Mariotti operò dei progressi nell'ambito delle politiche di salute mentale che possono essere così sintetizzati:

- 1) Denominazione dei Manicomi in Ospedali Psichiatrici, trasformando la malattia mentale in questione sanitaria e non più di ordine pubblico, facendo riacquisire al malato la dignità e la libertà di esprimere il consenso ai trattamenti;

⁵⁰ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁵¹ *Ibidem*.

- 2) Territorializzazione delle cure attraverso l'istituzione dei C.I.M.,
alternativi alla struttura manicomiale;
- 3) Abrogazione dell'annotazione del ricovero nel Casellario
Giudiziario, facendo scomparire l'equazione fra malato di mente e
criminale.

Per vedere lo smantellamento del paradigma e la costruzione dell'alternativa all'istituzionalizzazione bisognerà attendere la riforma degli anni '70. Con la legge n.180 del 1978, infatti, si fecero passi decisivi che, considerando il malato di mente uguale a qualsiasi altro malato, permisero di superare il paradigma custodialistico e istituzionale della psichiatria, inducendo un vero e proprio cambiamento che rappresentava un esempio isolato nel panorama europeo.

3.2 LA DEISTITUZIONALIZZAZIONE

Nel corso degli anni '70 si svilupparono diverse esperienze, differenti per ispirazioni ed obiettivi, che si concretizzarono in esperimenti di trasformazione delle istituzioni psichiatriche.⁵² La legge 180, approvata nel 1978 e assorbita nello stesso anno dalla legge 833, cambiò totalmente il paradigma: il malato non veniva più considerato naturalmente pericoloso, per sé e per gli altri, o di pubblico scandalo. La conseguenza di questo spostamento di paradigma fu che l'obbligo alle cure, quando necessarie, non avveniva più per tutelare la società dal pericolo della persona, ma per un dovere etico di cura.⁵³ Il paradigma che si andava ad affermare, quindi, era quello della deistituzionalizzazione, intesa come azione di contrasto a tutti gli aspetti dell'istituzione psichiatrica, non solo al Manicomio. Basaglia si riferisce per la prima volta al concetto di deistituzionalizzazione al Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale del 1964. Egli vi afferma che *“la distruzione del manicomio è un fatto urgentemente necessario, se non semplicemente ovvio.”* Con questa frase Basaglia sanciva l'azione di contrasto all'istituzionalizzazione prodotta dall'organizzazione della psichiatria e in particolar modo dal Manicomio, istituzione fondamentale di questo apparato.⁵⁴ Il processo di deistituzionalizzazione, che ha caratterizzato le politiche italiane in materia di salute mentale, prese il via dalla constatazione che l'oggetto della psichiatria non era la malattia, ma *“la sofferenza mentale all'interno del percorso di vita del soggetto e collocata nel contesto sociale”* e quindi l'obiettivo non poteva essere la guarigione, ma dare alla persona la possibilità di vivere, senza che

⁵² S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁵³ P. Cipriano, *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Editrice Elèuthera, 2018.

⁵⁴ R. Piccione, *Il futuro dei servizi mentali in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, Milano 2004.

la diversità venisse reclusa ed esclusa. In Italia questo processo si basò su due fasi e si realizzò su due livelli: uno manicomiale e uno territoriale. Queste due fasi non furono due momenti diversi, ma due prevalenze di interessi e opportunità: lotta al Manicomio e costruzione di servizi. L'obiettivo della prima fase era la cura della malattia istituzionale perché il trattamento manicomiale, se prolungato oltre un certo numero di mesi, produceva un comportamento patologico nel paziente che nel Manicomio assumeva particolarità di cui bisogna tenere da conto: in primo luogo a subire il ricovero era una persona più fragile, già portatrice di una sofferenza psichica; in secondo luogo l'équipe del Manicomio tendevano ad attribuire le manifestazioni comportamentali non tanto alla degenza nell'istituzione, quanto al disturbo psichiatrico per il quale la persona era rinchiusa.⁵⁵ Il paziente ricoverato rappresentava, quindi, il prodotto finito della macchina del Manicomio che, nato ufficialmente per curare, risultava essere generatore di malattia. La seconda fase, quella che si doveva realizzare a livello territoriale, rappresentava un nuovo modo di fare psichiatria nella comunità, soprattutto riorganizzando e realizzando i servizi psichiatrici in un dipartimento di salute mentale che rappresentasse una realtà alternativa al Manicomio. Il cambiamento dal paradigma istituzionale a quello della deistituzionalizzazione richiese un cambiamento anche dei punti di riferimento: se infatti l'istituzionalizzazione aveva ridotto la persona alla sua malattia, la deistituzionalizzazione mirava al potenziamento della soggettività della persona, ponendo attenzione alla vita quotidiana e lavorando per arricchire le risorse e le opportunità. Un empowerment del paziente che gli restituiva una reale

⁵⁵ R. Piccione, *Manuale di psichiatria*, Bulzoni, Roma 1995.

contrattualità sociale.⁵⁶ Le implicazioni dell'applicazione del paradigma della deistituzionalizzazione si declinavano a due livelli: uno epistemologico ed un altro organizzativo e di funzionamento dei servizi. A livello epistemologico è evidente la critica al modello medico, il quale prevedeva che una malattia dovesse essere indagata per giungere ad una diagnosi e decidere una terapia. La deistituzionalizzazione rifiutava questo modello, che si poneva come obiettivo la guarigione, dal momento che l'oggetto non era più un danno da riparare, ma l'esistenza sofferente legata al contesto e alla storia dell'individuo. Per questo approccio l'obiettivo non era guarire, ma curare nel senso di "prendersi cura". Ciò comportò una critica e un rifiuto totale delle tecniche di cura della psichiatria tradizionale poiché, secondo il paradigma della deistituzionalizzazione, l'efficacia degli interventi e dei metodi utilizzati dipende dal contesto (organizzazione del servizio, rapporto con il paziente) e dalla finalità volta alla ricostruzione dell'esistenza del soggetto e reinserimento nella società. A livello organizzativo, la deistituzionalizzazione teorizzava una progressiva ma radicale trasformazione dei servizi per l'assistenza psichiatrica, con l'obiettivo di sostituire l'istituzione manicomiale con servizi territoriali in grado di rispondere ai bisogni di salute mentale di una specifica comunità.

⁵⁶ R. Piccione, *Il futuro dei servizi mentali in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, Milano 2004.

3.3 LA RIFORMA BASAGLIA

La Legge n.180 del 1978 viene considerata la vera svolta nella cura dei malati mentali: il riconoscimento della persona malata di mente come titolare di diritti, l'attenuazione dell'attributo della pericolosità e dello scandalo che avevano connotato i ricoveri, l'assistenza psichiatrica proiettata, sono tutti elementi connotativi della trasformazione delle politiche nel settore della salute mentale.⁵⁷ I principi che ispirarono la legge sono: la convinzione che la malattia mentale andasse trattata nell'ambito della rete dei servizi territoriali, che l'assistenza psichiatrica fosse parte integrante dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, che il malato mentale avesse gli stessi diritti degli altri malati e che solo in casi di verificata necessità si potesse ricorrere ai ricoveri obbligatori. La Legge 180, infatti, a differenza delle precedenti normative in materia, non fu pensata come legge speciale, riproponendo la distinzione tra malattie fisiche e mentali, ma come parte di un più ampio progetto di riforma tanto che, nel dicembre del 1978, le disposizioni della Legge 180 furono assorbite nel testo di riforma del sistema sanitario. Per quanto concerne l'assistenza psichiatrica le novità più importanti introdotte dalla legge sono state senz'altro l'introduzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.), l'abolizione dei Manicomi e il divieto di costruirne di nuovi. Appare rilevante sottolineare che l'art. 1 della Legge n.180 del 1978 imponga, come principio generale, il trattamento volontario, stabilendo come eccezione il Trattamento Sanitario Obbligatorio inteso come *extrema ratio*. Esso è disposto dall'autorità sanitaria, previa proposta di un medico, laddove esistano alterazioni gravi dello stato di salute o gravi ragioni di sanità pubblica tali da giustificare il provvedimento per l'impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura. La conseguenza è un

⁵⁷ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

rovesciamento di prospettiva rispetto alla normativa precedente, poiché la volontarietà del trattamento diventa la regola.⁵⁸ La volontà del legislatore di abolire i manicomi e vietarne la ricostruzione rappresenta la dimostrazione che potevano esistere alternative all'istituzionalizzazione, suffragate da esperienze di trasformazione già messe in atto prima della riforma, a Gorizia, a Perugia, a Reggio Emilia e ad Arezzo: si può infatti affermare che sono state proprio le esperienze che si sono sviluppate a livello locale che hanno influenzato i contenuti della riforma, dimostrando la possibilità di un sistema psichiatrico privo del Manicomio.⁵⁹ La Legge 180 ha imposto il principio secondo cui “i trattamenti e gli accertamenti sanitari sono volontari, ad eccezione di casi espressamente previsti dalle leggi dello Stato” (Art.1). Ne consegue, quindi, un rovesciamento di prospettiva, dato che la volontarietà diventa una regola che si traduce attraverso il consenso manifesto del soggetto: questo trasforma la relazione di potere tra medico e paziente, rendendola più egualitaria e partecipativa. In questo contesto il consenso non è puramente formale, ma assume il valore di una volontà partecipativa all'intervento, divenendo strumento di tutela dei diritti del paziente. Si può quindi affermare che, nel contesto dell'istituzione psichiatrica, la rivoluzione si concretizza anche nel superamento del rapporto oggettivo con il paziente, fino ad una relazione in cui egli è riconosciuto come soggetto che può esercitare i propri diritti. La riaffermazione dei diritti civili e politici, come parte integrante della condizione di cittadini appartenente anche ai pazienti psichiatrici, è stata una grande conquista della 180. Per la tutela della personalità del cittadino, la Legge ha introdotto il diritto di scelta del medico e del luogo di cura conferendo, anche al malato psichiatrico, il diritto di vantare una pretesa nei

⁵⁸ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁵⁹ *Ibidem*.

confronti dei servizi di cura e il consenso al paziente di comunicare con chi ritenga più opportuno. Tale diritto, dal punto di vista storico, ha rappresentato un grande passo in avanti, considerando che i regolamenti dei Manicomi attribuivano al Direttore il potere di decidere visite e colloqui per i pazienti.⁶⁰

3.3.1 FRANCO BASAGLIA: L'ISPIRATORE DELLA RIFORMA

La rilevanza della Legge n.180 del 1978 va al di là del contenuto giuridico: la sua portata culturale ha determinato un nuovo atteggiamento, una nuova visione, una nuova considerazione della follia e del diverso: nuove letture del rapporto tra istituzione e malato, tra medico e paziente e tra politica e società.⁶¹ Per queste motivazioni Basaglia risulta un rivoluzionario perché con il suo passaggio nella psichiatria il “modello manicomio”, ovvero il paradigma scientifico secondo cui il Manicomio fosse terapeutico, entra in crisi e viene sostituito da un altro paradigma, secondo cui la distruzione del manicomio è il fatto più urgente da affrontare per porre le basi di una nuova politica in materia di salute mentale. La riforma psichiatrica è stata influenzata dall'azione e dal pensiero di Basaglia, per questo è importante mettere in luce le tappe fondamentali che hanno contribuito a questo cambiamento di paradigma. La dimensione antistituzionale del pensiero basagliano emerge già nel primo Congresso Internazionale di Psichiatria Sociale, tenutosi a Londra nel 1964, in cui Basaglia denunciava la principale contraddizione psichiatrica, ossia l'inconciliabilità tra prassi di custodia e controllo e il fine terapeutico. Per Basaglia la disumanità dell'ospedale psichiatrico è perpetrata rispettivamente da due figure: la prima è il legislatore,

⁶⁰ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁶¹ R. Carli, R. M. Paniccia, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano 2011.

che rappresenta il mandato politico delle istituzioni, la seconda è lo psichiatra, esecutore di tale mandato.⁶² La riflessione attorno alla malattia mentale, quindi, non può prescindere da una riflessione sulla società: si identificano pertanto una classe egemone e una subordinata. La prima definisce la norma, la seconda la interiorizza e la subisce, nonostante non corrisponda ai propri bisogni.⁶³ Secondo Basaglia la società è formata su un profondo dualismo che oggi è dominato dalle scienze umane, che si specializzano nella distinzione tra normale e anormale. La psichiatria si forma come disciplina che permette questa divisione, riducendo il diverso ad un mero oggetto da eliminare dalla società a favore della sicurezza. In questo modo essa si pone come pratica per allontanare ed isolare chi mette in pericolo la stabilità della comunità. La critica di Basaglia comincia proprio dall'individuazione di una delle principali contraddizioni della psichiatria: la cura del malato è il ritorno alla libertà. *Se si riconosce nella libertà un valore terapeutico, allora non è accettabile che sia il legislatore a disporre di essa.*⁶⁴ Già Erving Goffman, il cui merito è stato quello di aver smascherato l'ideologia che sottintende alle istituzioni totali, aveva messo in luce questa natura esclusiva: nelle istituzioni totali l'autonomia della persona viene annullata perché in contrasto con l'ordine e la regola che dominano il manicomio. Nel momento in cui il malato entra nell'istituto, esso cade in un processo di spersonalizzazione che consiste in primis nella perdita della dimensione relazionale e della propria cultura quotidiana, che si esprime nel linguaggio e nel vestiario. Successivamente viene sottoposto ad una serie di procedure d'ammissione, le quali si realizzano nella perdita della propria libertà di espressione e relazione, al fine di interpretare il

⁶² F. Codato, *Che cos'è l'antipsichiatria? Storia della nascita del movimento di critica alla psichiatria*, Edizioni Psiconline, Chieti 2013.

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ F. Codato, *Che cos'è l'antipsichiatria? Storia della nascita del movimento di critica alla psichiatria*, cit. p. 165.

ruolo di malato, voluto dall'istituzione.⁶⁵ Questo riferimento ha consentito a Basaglia di allargare il problema del malato di mente alla sfera socio-politica e di iniziare il lavoro di chiusura dei Manicomi: egli era sempre più cosciente di quanto gli psichiatri rappresentassero una funzione di controllo su una forma di devianza dalla norma. La consapevolezza maturata da Basaglia, a seguito del suo contatto diretto con il Manicomio, lo portò a prendere in considerazione tutte le relazioni che accomunano e costruiscono gli individui, ritenendo necessario uscire dalla rigidità dell'istituzione totale, che invece vorrebbe degli individui tutti uguali e conformi.⁶⁶ Il contributo di Basaglia fu quello di superare la condizione di uguaglianza e conformismo prodotta dall'istituzione psichiatrica, attraverso la liberazione del malato dalla sua condizione di dipendenza prodotta dall'istituzione, facendolo diventare un normale cittadino. La presenza del malato doveva essere, nel territorio e nella società, qualcosa di reale e non fittizio. Ciò che lo psichiatra tentò di fare non era mettere in discussione l'esistenza della malattia mentale, ma di sconfiggere la malattia istituzione, attraverso la creazione di un sistema di servizi radicato nel territorio.⁶⁷ Il primo punto della rivoluzione basagliana era la creazione di una realtà terapeutica non finalizzata alla detenzione del malato. Se infatti la struttura ospedaliera è stata costruita per difendere il sano dal folle, allora l'apertura dei Manicomi verso la realtà esterna potrà permettere alla società di prendere coscienza che la malattia mentale è una patologia che può essere affrontata senza metodi coercitivi.⁶⁸ Il secondo punto della riforma consisteva nella riconsiderazione dello spazio e del tempo del malato, riabituando

⁶⁵ E. Goffman, *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1972.

⁶⁶ F. Codato, *Follia, potere ed istituzione. Genesi del pensiero di Franco Basaglia*, UniService, Trento 2010.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Ibidem.

le persone alla propria possibilità di scelta. L'atteggiamento di Basaglia fu quindi di critica costruttiva, mirato alla distruzione di ciò che c'era per creare qualcosa di nuovo. Con questo non si vuole sostenere che egli sia stato l'unico responsabile della rivoluzione psichiatrica, tuttavia appare doveroso riconoscere l'importanza del contributo che il suo intervento e il suo pensiero hanno avuto nel cambiamento radicale del paradigma, dalla custodia alla "presa in carico" della cura.

3.3.2 CRITICHE ALLA RIFORMA

Nonostante la Legge Basaglia sia ritenuta una delle più libertarie al mondo in tema di salute mentale, per Basaglia e i suoi collaboratori rappresentò un compromesso, se non una sconfitta. John Foot scrive che, nei mesi precedenti, Basaglia e gli altri psichiatri antistituzionali non erano per niente entusiasti della proposta di riforma psichiatrica, in particolar modo vi erano due aspetti poco convincenti: il Trattamento Sanitario Obbligatorio e l'apertura dei piccoli reparti psichiatrici negli ospedali, i quali rappresentavano un'involuzione rispetto alla territorializzazione pensata da Basaglia.⁶⁹ Si può affermare, quindi, che tale Legge si impose il compito impossibile di stabilire una nuova cultura dall'oggi al domani, spingendo verso un'unica direzione, quella della de-manicomializzazione globale, ignorando molti altri aspetti importanti come la realtà clinica di alcune malattie mentali, il carattere specialistico dei disturbi della mente, la funzione didattica delle facoltà. La critica più decisa alla Legge 180 riguarda il fatto di non aver pianificato le conseguenze della chiusura dei Manicomi. La loro chiusura, pur rappresentando una svolta epocale e una conquista, non si tradusse all'epoca in quel miglioramento della condizione del malato mentale a cui Basaglia aveva

⁶⁹ J. Foot, *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017.

aspirato. L'errore principale fu di non considerare il fatto che il Manicomio era per moltissime persone il luogo in cui avevano costruito la loro dimensione esistenziale. Al di fuori di esso non vi erano alternative di vita, ma solo una società che li aveva allontanati e con cui non avevano più contatti. La chiusura degli ospedali psichiatrici non fu immediata e con difficoltà si realizzò l'organizzazione dei servizi; in molti casi i pazienti dimessi furono abbandonati a loro stessi, in alcuni casi perché le famiglie non erano disposte a riaccoglierli in casa, in altri perché, dopo anni in Manicomio, le famiglie non esistevano più. Lo sforzo della psichiatria territoriale ebbe dei buoni esiti in quelle regioni in cui già si erano sperimentate delle esperienze alternative all'istituzione; ma in altre zone, lontane dall'esperienza basagliana, le equipe ebbero enormi difficoltà a lavorare nei nuovi contesti e con finalità del tutto diverse.⁷⁰ I limiti incontrati dopo l'entrata in vigore della Legge 180 sono ricercabili nell'ideologia che ha caratterizzato gli anni della riforma: l'affermazione della cultura egualitaria, la lotta contro la discriminazione e l'emarginazione sociale, promosse dalla Legge Basaglia, miravano al reinserimento del paziente nella famiglia e nella società, tendendo ad "incolpare" il sistema familiare (per essersi liberato della diversità) e il sistema sociale (per aver promosso il conformismo istituzionalizzando il diverso). In sintesi, si può affermare che l'ideologia non fu sufficiente per realizzare il progetto di riforma, in quanto mancavano metodologie e tecniche che rendessero possibile il progetto. Infatti, se il sistema culturale della Legge 180 ebbe una buona tenuta nei primi anni dell'attuazione legislativa, con il passare del tempo iniziò a formarsi una forte critica nei suoi confronti.⁷¹ Un altro limite della

⁷⁰ F. Codato, *Follia, potere ed istituzione. Genesi del pensiero di Franco Basaglia*, UniService, Trento 2010.

⁷¹ R. Carli, R. M. Paniccia, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano 2011.

Legge 180 è riscontrabile nell'aver affidato alle regioni la realizzazione, in attuazione dell'art.118 della Costituzione e per le materie elencate nell'art.117 della Costituzione, dei provvedimenti in materia di salute mentale, generando difformità di trattamento su tutto il territorio. La Legge prevedeva che le Regioni individuassero gli ospedali generali nei quali istituire i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e che negli ospedali psichiatrici potessero essere ricoverati solo coloro che erano già stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della legge. Si venne così a creare un vuoto assistenziale per quei pazienti che necessitavano di cure in stato di ricovero e che non erano mai stati ricoverati prima.⁷² La Legge entrò in vigore in una situazione di vuoto settoriale, per quanto concerne le strutture territoriali di assistenza psichiatrica, aggravata da una impreparazione del personale medico ed infermieristico a fronte di una modalità di lavoro che, di fatto, generò comportamenti difformi tra le regioni nell'applicazione della nuova normativa. La Legge 180 non ha fornito un modello compiuto di soluzione ai problemi psichiatrici, ma ha avuto il merito di ricollocare il rapporto tra il malato e il medico non più entro i luoghi istituzionali, ma entro il territorio e la comunità. Ha affermato un nuovo approccio alla salute mentale, modificando gli obiettivi dal controllo sociale alla promozione e prevenzione della salute e del benessere del malato mentale, spostando l'intervento dal ricovero ospedaliero ai servizi territoriali.⁷³ Sul piano organizzativo si traduce nell'inserimento dei servizi psichiatrici all'interno dei servizi sociali e sanitari, in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e segregazione, al fine di favorire il recupero e il reinserimento sociale (art. 2, comma 2, Legge 180/1978).

⁷² S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

⁷³ R. Carli, R. M. Paniccia, *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano 2011.

Il cuore della trasformazione istituzionale, avvenuta con la riforma Basaglia, è rappresentato dalla prospettiva di creare una rete di strutture all'interno del territorio capaci di dare risposte assistenziali ai bisogni del paziente psichiatrico. L'obiettivo della riforma è stato quello di uscire dalla rigidità dell'istituzione totale, che non permetteva la comprensione dell'uomo ma voleva solo il controllo su di esso.⁷⁴ Lo scopo della riforma, come sostiene Codato, non è stato di mettere in discussione l'esistenza della patologia mentale, quanto di sconfiggere la malattia istituzionale. Per fare ciò si propose la creazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), una struttura in grado di offrire garanzia, coordinamento e programmazione degli interventi nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione. Nel quadro della riforma i dipartimenti, realizzati solo successivamente alla riforma, avrebbero dovuto operare per garantire che i servizi costituissero un complesso organizzato e coerente, evitando frammentarietà e carenza di azioni, assicurando raccordo tra servizi, comunità e istituzioni.⁷⁵ Volendo fare un bilancio complessivo, si può quindi affermare che la Legge Basaglia ha compiuto notevoli progressi: in primo luogo ha operato una trasformazione del malato psichiatrico da oggetto di custodia a soggetto di diritti, mettendo in secondo piano le esigenze di controllo che fino ad allora avevano prevalso. In secondo luogo ha individuato, nell'assetto dipartimentale, le funzioni di cura, riabilitazione e prevenzione, concentrando queste tre funzioni in un'unica struttura. Infine, la Legge ha cercato di rovesciare il paradigma, passando dalla ghettizzazione ed esclusione del malato al recupero della persona.

⁷⁴ F. Codato, *Follia, potere ed istituzione. Genesi del pensiero di Franco Basaglia*, UniService, Trento 2010.

⁷⁵ S. Rossi, *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.

La riforma psichiatrica si è sviluppata in simbiosi con la Legge n. 833 del 1978, la quale ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale e l'opera di deistituzionalizzazione, che però non doveva limitarsi all'abbattimento delle strutture manicomiali, bensì prospettare dei servizi alternativi attraverso l'istituzione di un sistema di cura territoriale, in grado di agire a livello della prevenzione e della riabilitazione. Ciò può essere considerato una conseguenza inevitabile della scelta di rottura fatta dalla riforma, per la quale la distruzione dell'istituzione totale segnava un punto di non ritorno.

Dalla metà degli anni 80, fino a quasi tutti gli anni 2000, l'azione di riorganizzazione dei servizi è stata accompagnata nell'ambito terapeutico dal ricorso alla psicoterapia, rivolta in particolar modo alla nuova utenza affetta da disturbi emotivi e di personalità.

4 IL MANICOMIO SANT'ANTONIO ABATE DI TERAMO

4.1 IL PROBLEMA DELLA FOLLIA

La storia della follia in provincia di Teramo affonda le sue radici nel XIX secolo, quando il problema dei folli cominciò a turbare la pubblica opinione. In precedenza i malati di mente non avevano Cure, assistenza o forme di asilo. In realtà la malattia mentale non veniva riconosciuta come entità nosologica dai medici e non aveva pertanto fisionomia e dignità clinica. Gli epilettici e gli agitati venivano considerati degli indemoniati, i depressi erano derubricati a deboli ed inetti per malavoglia o tristezza, i ritardati mentali etichettati come poveri infelici e tutti coloro che compivano atti non convenienti alla morale erano da sanzionare. La tolleranza all'interno della famiglia era spesso la principale forma di sostegno per coloro che Manifestavano problemi cognitivi e comportamentali. Qualora fosse mancato questo appoggio, l'unica corrispondenza che questi poveri disperati avevano con le istituzioni era costituita dalla repressione e dalla punizione finalizzata al mantenimento dell'ordine pubblico. Questi individui, in realtà malati nella mente e fragili nel corpo, ricavavano la loro condizione di alterazione mentale soprattutto dalla povertà dalla fame e dalle difficili condizioni di vita. queste circostanze, assommate alla sofferenza mentale, non determinavano quasi mai un'esistenza prolungata e l'elevata mortalità di questa fascia di popolazione tendeva a soffocarne l'emergenza. Nel corso dei secoli, con il miglioramento delle condizioni sociali di alimentazione, si registrò il progressivo aumento numerico della popolazione e della età media. Conseguentemente, andò aumentando l'aspettativa di vita anche nei più deboli e la malattia mentale progressivamente divenne più rivelabile. A Teramo il problema non veniva avvertito in termini numericamente elevati e pertanto si scelse di inviare di volta in volta i malati di

mente ad Aversa. Con il passare del tempo il numero di malati teramani, di fatto deportati ad Aversa, crebbe e così pure il disagio delle famiglie per andarli a trovare in quella sede tanto lontana, impresa che a quell'epoca comportava alcuni giorni di viaggio. Con l'Unità d'Italia furono abbattuti i confini tra Regno delle Due Sicilie e Stato Pontificio. Da Teramo, anche per la costruzione della linea ferroviaria lungo la dorsale Adriatica fu più facile l'accesso verso nord dove erano da tempo in attività altri istituti di ricovero. I malati teramani furono inviati inizialmente a Pesaro e poi a Macerata, ma in caso di mancata disponibilità continuavano ad essere inviati anche al Manicomio di Aversa. Il nuovo direttore di quest'ultimo, il professor Gaspare Virgilio, dopo aver di fatto constatato l'eccessivo sovraffollamento dell'Istituto, proprio in questo periodo bloccò i ricoveri ed invitò le deputazioni provinciali di appartenenza a ritirare i rispettivi ricoverati. La Deputazione Provinciale di Teramo si trovò quindi ad avere il problema di collocare i malati da qualche parte.

4.2 NASCITA DEL MANICOMIO DI TERAMO

Nel 1878 il Prefetto di Teramo Angelo Lipari, a nome della deputazione Provinciale di Teramo, si rivolse al Dott. Berardo Costantini, Presidente di fresca nomina della Congregazione di Carità, per affrontare il problema del rimpatrio dei ricoverati inviati nel corso degli anni ad Aversa e a Macerata. Vi era l'intenzione, da parte dei Manicomi di tali città, di rinviare nelle Province di appartenenza i malati più tranquilli per fare spazio a quelli acuti.⁷⁶ Il Prefetto della vicina L'Aquila chiedeva inoltre alla Congregazione di Carità di Teramo di farsi carico di un certo numero di folli che non trovavano sistemazione alcuna all'interno della propria provincia. Per far fronte a tutto questo Berardo Costantini acconsentì alla proposta della Deputazione Provinciale e mise a disposizione un locale al pianoterra dell'Ospedale Sant'Antonio. La prima persona malata di mente ad essere accolta nel maggio del 1880 fu una donna vedova di cinquant'anni di Teramo. Nel 1881 furono ricoverati altri malati e fu aperta ufficialmente la sezione Manicomiale.⁷⁷ Durante il primo anno furono curati 20 malati (7 uomini e 13 donne), di cui cinque furono dimessi ed uno morì. Il gruppo era costituito da pazienti cronici, epilettici e imbecilli gravi, ma tendenzialmente tranquilli.⁷⁸ Il controllo medico era garantito dallo stesso Berardo Costantini e l'assistenza infermieristica era affidata alle Suore ed agli infermieri dell'Ospedale Civile: non erano presenti medici alienisti. Le rette dei pazienti, in base all'art 174 n.10 della Legge comunale e provinciale del 22 marzo 1865 n.2248 (Legge Lanza) gravavano sulle Delegazioni Provinciali. Costantini arguì che quei pagamenti

⁷⁶ Biblioteca Provinciale Melchiorre Delfico Teramo (BPDME), Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità Teramo, anno 1880.

⁷⁷ Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

⁷⁸ Ibidem.

potessero essere preziosi per le casse della Congregazione di Carità, inoltre anche altre delegazioni provinciali sprovviste di manicomi avrebbero inviato dal proprio territorio i loro malati, innescando un vero affare economico. L'iniziativa avrebbe inoltre fatto cessare la diaspora dei malati mentali della provincia di Teramo e sarebbe stata un sollievo per i parenti, costretti ad effettuare lunghi viaggi per poterli andare a visitare. Finito l'affare, il Presidente della Congregazione di Carità mise a disposizione altri locali per accogliere i malati che tornavano da Aversa e da Macerata, ma anche per quelli inviati da Chieti, L'Aquila e Campobasso.⁷⁹ Nel 1882 la Deputazione Provinciale decise di affidare al Manicomio di Teramo, oltre ai malati cronici, anche quelli acuti qualora se ne fosse presentata l'occasione.⁸⁰ I malati venivano all'epoca ammessi in base a certificato medico mediante l'autorizzazione della Deputazione Provinciale, che corrispondeva alla Congregazione di Carità una retta giornaliera di Lire 1,50 pro capite. Nel 1886, sempre nell'ottica di ottenere un profitto, vi fu da parte della Congregazione di Carità l'ipotesi di aggregare alla nascente struttura psichiatrica anche un Manicomio Criminale, comprendente un padiglione maschile ed uno femminile per detenuti infermi o sospetti di malattie mentali. Per chiudere il cerchio della devianza da segregare e incrementare l'affare, fu avanzata anche l'ipotesi di aprire un Riformatorio per minorenni corrigendi.⁸¹ Queste proposte non ebbero però effettiva realizzazione e le proprietà limitrofe alla struttura, le quali erano state di interesse per quei progetti non realizzati, furono comunque in seguito acquisite per ampliare il Manicomio. Nel frattempo Berardo Costantini

⁷⁹ Si tenga conto che, al di sotto di Teramo, lungo la dorsale Adriatica, non esistevano in quel periodo manicomi in Abruzzo, Molise e neppure in Puglia.

⁸⁰ Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

⁸¹ BPMDTE, registro verbali del consiglio di amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1886.

guardava avanti e, nell'ipotesi di una candidatura a Sindaco di Teramo, pensò che fosse necessario affidare la direzione del Manicomio ad uno specialista del settore. Si rivolse a vari ambienti manicomiali italiani per avere consiglio e nominativi da invitare all'eventuale concorso. Augusto Tamburini, Direttore del Manicomio di San Lazzaro di Reggio Emilia, indicò il nome di Raffaele Roscioli, peraltro originario della Provincia di Teramo.

4.3 I PRIMI ALIENISTI

Al termine del mandato di Berardo Costantini, al 1° Gennaio 1890, erano presenti nella Sezione Maniaci dell'Ospedale Civile 146 ricoverati (83 uomini e 63 donne), di cui 79 erano della Provincia di Teramo⁸². Berardo Costantini aveva presentato anche le sue dimissioni come medico del Manicomio e, per impegni di natura istituzionale, non trovò più il tempo di prestare la sua opera gratuita. L'assistenza dei folli passò quindi a Tommaso Gaspari e Lorenzo Paris, sanitari dell'Ospedale Civile. A subentrare alla presidenza della Congregazione di carità fu l'avvocato Augusto Muzii, il quale si trovò ad ereditare l'incombenza di fornire un organico specialistico alla Sezione Maniaci dell'Ospedale Civile. Egli bandì in tempi brevi il concorso per il posto di Direttore del Manicomio. A tal proposito fu deliberato di scindere l'organico dell'Ospedale Civile da quello impegnato nell'assistenza dei folli, istituendo di fatto il Manicomio quale evoluzione della Sezione Maniaci. Il concorso si svolse nella primavera del 1892 e vide vincitore il professor Raffaele Roscioli, il quale prese servizio alla fine del mese di Agosto. Alcuni nomi illustri che parteciparono al concorso da ricordare sono Eugenio Tanzi e Raffaele Brugia. Raffaele Roscioli era nato a Giulianova il 14 Aprile del 1861 da famiglia gentilizia di ispirazione risorgimentale. Laureatosi in Medicina e Chirurgia a Napoli nel 1884 ben presto prese l'indirizzo neuropsichiatrico, tanto che nello stesso anno fu assunto a seguito di pubblico concorso al Manicomio di San Lazzaro di Reggio Emilia, sede della Clinica Psichiatrica Universitaria di Modena. Sotto la sapiente guida del Direttore di recente nomina Augusto Tamburini si approfondirono le pratiche terapeutiche, vi fu la suddivisione dei reparti in base alla gravità delle malattie, si intrapresero attività socio-riabilitative, venne stabilmente introdotto l'uso della cartella clinica e utilizzato l'uso della

⁸² Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

fotografia a scopo diagnostico e documentario, fu intrapresa la formazione del personale e venne istituita una scuola professionale per infermieri. Reggio Emilia in quegli anni fu un importante centro di riferimento culturale per la psichiatria: fu sede di congressi internazionali e più volte l'istituzione partecipò ad esposizioni italiane e mondiali (Medaglia D'oro all'Expo di Parigi). In questo clima il giovane Raffaele Roscioli visse i suoi primi due anni di attività professionale e di ricerca, nei quali non mancò contribuire con pubblicazioni nel campo della neuropatologia. Nel 1886 vinse il concorso da medico ordinario presso il Manicomio Psichiatrico Consortile Vittorio Emanuele II di Nocera Inferiore, dove continuò la sua produzione scientifica. Ad attirare l'attenzione a livello internazionale fu una sua pubblicazione di stampo antropologico (*Le asimmetrie fronto facciali nei pazzi*, pubblicata su il Manicomio Moderno, rivista del 1889) che gli valse una favorevole recensione da parte di Jules Soury, docente a Parigi ed autore di un importante trattato di neurologia. Nel 1891 fu nominato Direttore del prestigioso Manicomio Fleurent, dove proseguì la sua attività con vari lavori pubblicati sul Bollettino del Manicomio Privato Fleurent a Capodichino di Napoli. Nel 1892 partecipa e vince il concorso che gli permette di fare ritorno nella sua terra natia. Il prestigioso incarico è conseguito a soli 31 anni di età. Roscioli era il primo alienista a metter piede all'interno del Manicomio di Teramo. Contemporaneamente fu assunto come assistente Cleto Pieranunzi, originario di Ancarano. Successivamente, nel 1902, fu nominato vicedirettore e contestualmente fu indetto un concorso per un posto da assistente al quale parteciparono otto concorrenti: il vincitore fu Francesco Lener, di origini napoletane, proveniente dal manicomio di Nocera Inferiore⁸³. Francesco Lener ebbe però all'interno del Manicomio di Teramo una vicenda che sfociò in un

⁸³ BPMDTE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1902.

contenzioso giudiziario con la Congrega. A tal proposito Francesco Savini, presidente della Congregazione di Carità, nell'ottobre del 1902 lo sospese per 8 giorni dal servizio. Lener non accettò il provvedimento e fece ricorso alla Giunta Provinciale amministrativa della Prefettura di Teramo.⁸⁴ Si fronteggiano in quella sede i migliori avvocati del Foro teramano con l'unico risultato di far trapelare la scabrosa vicenda dalle mura antiche del Manicomio (pare si fosse comportato in modo troppo galante con alcune Figlie della Carità, le quali se ne lamentarono presso l'amministrazione dell'ente). Dopo pochi mesi Lener pensò bene di lasciare Teramo per trasferirsi al Manicomio di Racconigi, vicino Cuneo. A sostituirlo fu chiamato il dottor Leonardo Claps.⁸⁵ L'anno successivo fu anche assunto il medico teramano Egisto De Nigris.⁸⁶

⁸⁴ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1902.

⁸⁵ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1903.

⁸⁶ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1904.

4.4 REGOLAMENTO DEL MANICOMIO

Con l'arrivo di Raffaele Roscioli si posero alcuni problemi. Il più impellente riguardava chi dovesse essere ricoverato in Manicomio ed in particolare ci si chiedeva a chi spettasse la decisione di ammettere il malato nell'istituzione. Nel 1893 fu stilato il primo regolamento del manicomio. All'articolo 1 recitava: “*il Manicomio fa parte dell’Ospedale Civile di Sant’Antonio Abate sotto la sorveglianza e la dipendenza della congregazione di carità*”. L’autorità suprema era il Presidente della Congrega a cui veniva concessa la prerogativa di ammettere i malati in base a determinati criteri. Alla delegazione Provinciale era affidato il compito di pagare la retta dei malati mentali riconosciuti ed ammessi. Il consigliere Luigi Bonolis, che era medico, fece notare che il Presidente non poteva però stabilire se coloro che dovevano essere ammessi realmente fossero affetti da malattie mentali. Per tale motivo la procedura per l'ammissione dei malati fu modulata in modo tale che fosse sancita dal Presidente, previo certificato medico che attestava la malattia mentale. Nei casi urgenti di ricovero, la certificazione medica doveva essere effettuata invece entro le 24 ore per convalidare il ricovero. Le dimissioni dei pazienti venivano altresì stabilite dal Presidente della Congrega su proposta del Direttore del Manicomio.⁸⁷ Furono inoltre deliberate dalla Congrega le spese per migliorie alla struttura e per l’edificazione di un gabinetto idroterapico.⁸⁸

⁸⁷ BPMDTE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1893.

⁸⁸ BPMDTE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1893.

4.5 CRONACA DEL MANICOMIO DI TERAMO

Nell'anno in cui entrarono in servizio Roscioli e Pieranunzi, al 1° gennaio 1892 erano presenti 185 ricoverati (110 uomini e 75 donne), di cui 97 erano della provincia di Teramo.⁸⁹ L'arrivo di Roscioli e Pieranunzi determinò un notevole cambiamento all'interno del manicomio teramano. I fascicoli personali dei pazienti cominciarono ad avere la fisionomia della cartella clinica con la descrizione della condizione psichica e con la registrazione degli eventi patologici. Le sindromi psichiatriche vennero quindi inquadrare secondo le vedute del tempo, sistematicamente furono effettuati consuntivi e rilievi statistici. Raffaele Roscioli fece inoltre pubblicare dalla Congrega di Carità di Teramo un bollettino periodico dal titolo *Cronaca del Manicomio di Teramo*, sul modello di analoghe pubblicazioni del Manicomio Fleurent e del Manicomio di Nocera Inferiore dove aveva lavorato. In esso venivano riportati i dati dell'attività del manicomio e interessanti articoli scientifici. Roscioli ne era il direttore e su ogni numero non mancava di far sentire la sua presenza con un articolo su un argomento psichiatrico che di volta in volta spaziava su temi scientifici di attualità o di particolare interesse. Sul periodico veniva curata mirabilmente la statistica del Manicomio, con le cifre di ingressi, uscite, guarigioni e decessi. Vi erano meticolosamente elencate le malattie mentali diagnosticate e si menzionavano attentamente anche tutte le altre patologie non psichiatriche riscontrate, per le quali i pazienti venivano collocati in un'apposita sezione di infermeria. Sulla rivista veniva stilata anche una rubrica sull'andamento clinico dei singoli malati citati per nome, con l'iniziale del cognome e la località di provenienza. Per gli eventi più eclatanti, come nei casi di pellagra descritti sul bollettino, veniva illustrato con dovizia di particolari il quadro clinico e venivano citate per esteso le

⁸⁹ Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

generalità e la provenienza del paziente, oltre al nome del medico curante che lo aveva inviato al ricovero. L'impronta data da Roscioli che aveva maturato le sue esperienze in ambienti culturali di grado elevato in presenza di alcuni tra i maggiori alienisti italiani, poneva quindi il Manicomio di Teramo sullo stesso piano dottrinale degli altri istituti di ricovero per malati mentali presenti in Italia. Domenica 29 giugno 1902 un particolare evento, mondano e istituzionale al tempo stesso, movimentò la vita del manicomio di Teramo. Cesare Lombroso, Augusto Tamburini e Gaspare Virgilio, tre alienisti tra i più eminenti in Italia, furono accolti in visita nella struttura psichiatrica teramana.⁹⁰ Erano giunti a Teramo per svolgere incarichi peritali in tribunale e nella giornata di domenica, in cui erano liberi, avevano voluto omaggiare con la loro presenza il manicomio di Teramo ed il suo Direttore. A fare gli onori di casa furono il Presidente della Congregazione di Carità, Francesco Savini, e i medici del Manicomio. Raffaele Roscioli a Reggio Emilia era stato allievo e collaboratore di Augusto Tamburini e ad Aversa aveva lavorato con Gaspare Virgilio, direttore della sezione giudiziaria. Cesare Lombroso, titolare della cattedra di psichiatria all'Università di Torino e fondatore dell'antropologia criminale, era l'alienista più noto in quel momento ed anche la figura più eminente della medicina forense in Italia. Gaspare Virgilio, suo seguace, era invece il direttore del manicomio criminale giudiziario di Aversa. Augusto Tamburini, direttore del manicomio di Reggio Emilia è titolare della cattedra di psichiatria dell'università di Modena, era invece in Italia uno degli alienisti più prestigiosi e certamente anche il più autorevole organizzatore delle strutture di ricovero per i malati di mente a livello nazionale. Alla fine della loro visita gli illustri ospiti si congratularono per l'organizzazione del Manicomio di

⁹⁰ *Cronaca della Congregazione di Carità e del Manicomio di Teramo*, anno IX, N.2, Marzo-Aprile 1902; Anno IX, N.3, Maggio-Giugno 1902.

Teramo, giunto ormai a 20 anni dalla sua nascita e al decimo anno di direzione di Raffaele Roscioli.

4.6 FOLLI RICOVERATI

Alla fine del 1892 i ricoverati del Manicomio di Teramo erano circa 203, prevalentemente malati cronici, in leggero incremento numerico rispetto all'anno precedente. Provenivano in gran parte dalla provincia di Teramo, ma una folta colonia (circa 90 malati) era costituita da Aquilani che non avevano strutture di ricovero sul proprio territorio. Nel 1893 ci fu un consistente incremento delle presenze con 114 nuovi ricoveri.⁹¹ Nel 1894 furono accolti 36 pazienti della provincia dell'Aquila provenienti dal manicomio Fleurent, che comportarono un ulteriore aumento della popolazione dell'Istituto.⁹² Questa tendenza fu confermata negli anni successivi. Al 1° gennaio 1897 i ricoverati avevano superato abbondantemente le 300 unità e dal 1° gennaio 1900 le 400. Le patologie più frequenti riscontrate nel 1893 erano quelle descritte come mania senza furore, seguite subito dopo da melanconia semplice, imbecillità e frenosi epilettica. Particolare attenzione veniva posta per alcuni casi di pellagra, determinanti frenosi pellagrosa.⁹³ I decessi furono in quell'anno 38, con percentuale di 11,98% sui pazienti presenti. Tra le cause veniva segnalato in 12 occasioni un imprecisato marasma, mentre in altri 9 casi si era verificata una gastroenterite. Assai preoccupanti erano inoltre i 4 decessi per tubercolosi polmonare, in quanto il manicomio era una comunità chiusa, all'interno della quale evidentemente il micobatterio circolava. La mortalità scese negli anni successivi al 7,12% nel 1902 ed al 5,61% nel 1903, cifre tra le più basse registrate nell'ambito dei manicomi presenti in Italia, in cui la percentuale dei decessi era tendenzialmente superiore al

⁹¹ *Cronaca del Manicomio di Teramo*, anno II, N.2, Marzo-Aprile 1894.

⁹² Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

⁹³ *Cronaca del Manicomio di Teramo*, anno II, N.2, Marzo-Aprile 1894.

10%, con punte che raggiungevano il 15%.⁹⁴ Le punte massime dei decessi si registrarono negli anni 1889 (24,77%) e 1890 (18,41%), periodo in cui era in atto una pandemia influenzale che imperversò anche a Teramo. In compenso in quel 1893 furono dimessi 27 pazienti dichiarati guariti e 16 migliorati. Di questi però ve ne erano 25 che erano stati ricoverati nel corso dell'anno e quindi con patologie suscettibili di guarigione (erano quindi pazienti acuti). Al contrario, tra i pazienti entrati nello stesso 1893, ve ne erano ben 32 (11 epilettici 9 paralitici e 12 imbecilli come la nosografia del tempo li definiva) senza possibilità di alcun recupero (erano quindi da considerarsi cronici fin dal loro ingresso).⁹⁵ Si pose anche il problema di identificare i folli guariti da poter dimettere. Lo stesso Roscioli ammetteva che non era facile distinguere chi fosse effettivamente guarito, in quanto in sede di Consiglio della Congrega affermava che i “matti non facilmente rinsaviscono”. In effetti si erano verificati dei casi in cui il paziente dimesso era ricaduto nella malattia mentale ed era stato dopo poco rinvio in Manicomio dalle autorità cittadine. Si decise pertanto di istituire un reparto di osservazione dove al paziente da dimettere per due o tre mesi veniva data maggior libertà ed anche la possibilità di uscire per la città in compagnia di un infermiere.⁹⁶

⁹⁴ *Cronaca della Congregazione di Carità e del Manicomio di Teramo*, 31 Dicembre 1903, n. 3-6.

⁹⁵ *Ibidem*.

⁹⁶ BPMDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1893.

4.7 MALATI CRONICI, ALCOLISMO ED EPILESSIA

I malati cronici presenti nel manicomio costituivano un problema di non poco conto. Gli stessi medici lamentavano il fenomeno e riferivano che questi pazienti in realtà non erano affetti da forme di follia acuta con agitazione e carattere di pericolosità, tanto da poter essere mantenuti in famiglia o in appositi istituti di semplice assistenza. Nella maggior parte dei casi si trattava di forme di demenza organica, con danni cerebrali che determinavano un grave decadimento cognitivo e spesso anche l'immobilizzazione a letto. Molti dei ricoverati avevano la diagnosi di paralisi progressiva. Altre patologie che determinavano la cronicità erano quelle congenite (idiozia, imbecillità, cretinismo), oppure quelle acquisite, come quelle da alcolismo e da carenza di vitamina PP (pellagra al suo stadio estremo). Erano di fatto pazienti lungodegenti, destinate a rimanere definitivamente in Manicomio e pertanto la Deputazione Provinciale di Teramo, o quella di relativa provenienza, era costretta a pagare le rette fino al termine della loro esistenza. Le Deputazioni Provinciali (fino al 1888 presiedute dal Prefetto e successivamente da un presidente eletto), compresa quella di Teramo, non erano però dell'avviso di mantenere definitivamente in manicomio i malati cronici, che in maggioranza erano anziani o persone fragili. La loro collocazione naturale sarebbe dovuta essere o in casa propria oppure nell'Ospizio di Mendicità, nel primo caso a carico quindi dei familiari, nel secondo con retta a carico della stessa Congrega di Carità, qualora fossero stati inseriti nell'elenco dei poveri del proprio comune. La Deputazione Provinciale di Teramo riuscì nel 1902 a spuntare una riduzione della retta giornaliera per i malati cronici, da 1,5 a 1,3 lire al giorno.⁹⁷ La disputa tra amministrazioni manicomiali e deputazioni provinciali sull'opportunità dei

⁹⁷ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1902; Cronaca della Congregazione di Carità e del manicomio di Teramo, 31 Dicembre 1903, N. 3-6.

ricoveri e sull'importo delle rette era comunque diffusa in tutta Italia ed è continuata per decenni tra polemiche reciproche e minacce di smobilitazione dei ricoverati.

Per quanto riguarda invece il fenomeno dell'alcolismo possiamo innanzitutto dire che esso fu in Italia materia trattata dagli alienisti, i quali richiamarono l'attenzione sull'aumento progressivo nelle statistiche manicomiali delle psicosi. Egisto De Nigris e Raffaele Roscioli relazionarono la situazione al III congresso medico degli Abruzzi e Molise, che si tenne a Teramo nell'ottobre del 1908. I due alienisti teramani riscontrarono che dal 1893 al 1908, su 1404 ammissioni in manicomio, 65 furono di alcolisti, dei quali 14 erano recidivi. Si trattava quindi di una cifra assolutamente bassa che probabilmente sottostimava il fenomeno, in quanto l'alcolismo solo in una fase estrema portava alla psicosi. In provincia di Teramo l'alcolismo non era pertanto molto diffuso: interessava soprattutto uomini dai 21 ai 51 anni abitanti le zone rurali. L'abuso maggiore era quello di vino e le psicosi comparivano soprattutto quando, all'abuso dello stesso, subentrava quello di superalcolici. Il provvedimento escogitato per combattere l'alcolismo era quello di eliminare i pochi centimetri cubici di vino che i ricoverati ricevevano giornalmente. Va ricordato che una delle terapie più frequentemente praticata all'epoca, nell'Ospedale Civile ed in Manicomio, era generalmente il supporto alimentare con vino rosso invecchiato o chinato (si compravano grossi quantitativi di vino per i malati come se esso fosse un farmaco vero e proprio). Si prenda poi, a titolo di esempio, anche il Ferrochina ideato a fine Ottocento da Felice Bisleri. Questa bevanda, che tuttora si trova nei bar, non a caso si vendeva nelle farmacie ed era un caposaldo della terapia ricostituente per correggere l'anemia.

Per quanto riguarda invece l'epilessia essa è una sindrome neurologica su base irritativa del cervello che si manifesta con perdita di coscienza, numerose scariche muscolari o, in alternativa, con uno stato di assenza. Gli epilettici venivano nei

secoli passati considerati come indemoniati e non come malati. Cesare Lombroso vedeva in essa un modello di malattia degenerativa legata alla follia, alla tendenza criminale ed alla deformazione fisica e morale. Le teorie positiviste vedevano quindi l'epilettico non come un individuo sano colpito da un danno cerebrale, ma bensì come un individuo contrassegnato da degenerazioni già riscontrabili tra i suoi genitori o tra i suoi parenti più stretti. Le crisi convulsive, quindi, non avrebbero fatto altro che svelare la malattia latente. Non vedendo essa nel 1800 cure efficaci, fu considerata una malattia psichiatrica e quindi assegnata come di competenza degli alienisti. I malati di epilessia furono pertanto considerati pericolosi e tendenzialmente da ricoverare in Manicomio. Molti pazienti subivano una forte cronicizzazione della malattia, dovuta alla mancanza di cure adeguate. Raffaele Roscioli definiva l'epilessia "una vera piaga del nostro Manicomio", in quanto forniva tra gli Ammessi al Ricovero un alto contingente di pazienti.⁹⁸ Simile all'epilessia era la considerazione che si dava all'epoca dell'isteria.⁹⁹ Essa si trattava in realtà di una nevrosi, spesso osservabile nell'Ottocento, che colpiva spesso donne della buona società e si presentava sotto forma di crisi con temporanea perdita di conoscenza, paralisi, cecità ed incapacità di proferir parola. I sintomi, al cessare della crisi, scomparivano. Secondo la psicoanalisi del tempo questo fenomeno era attribuibile ad un trauma infantile rimosso dalla memoria. Nei decenni successivi la patologia è stata riscontrata sempre meno ed attualmente i pochi casi osservati vengono riferiti a situazioni depressive o a crisi esistenziali.

⁹⁸ Raffaele Roscioli, *Relazione sul Manicomio di Teramo per l'anno 1908*, in *Cronaca del Manicomio di Teramo*, anno XVII, N. 1-2, Maggio 1909.

⁹⁹ Marco Levi Bianchini, *L'Isterismo dalle antiche alle moderne dottrine*, Drucker, Padova 1913.

4.8 LA CURA DELLA FOLLIA

A Teramo, come si è detto, la gran parte dei ricoverati era costituita da malati cronici e non più recuperabili. Il Manicomio raccoglieva questi pazienti isolandoli dal mondo che gli aveva travolti emotivamente. In questa sede, secondo le vedute del tempo, venivano protetti e curati dapprima con il riposo (*clinoterapia*), poi con bagni caldi e rilassanti gli agitati (*balneoterapia*), o con docce fredde per stimolare melanconici (queste ultime venivano fatte raramente, in quanto riacutizzano le congiuntiviti che erano endemiche nel Manicomio).¹⁰⁰ Mantenuti in un ambiente pulito, confortevole e silenzioso, i malati venivano ben nutriti e impegnati in occupazioni leggere e piacevoli quali la lettura, il canto e la recitazione. Era molto importante il rispetto delle regole, delle prescrizioni e degli orari, unitamente alle limitazioni ed ai divieti che avevano il pregio di fornire certezze sul modo di vivere e di comportarsi. La loro vita veniva quindi scandita in modo “regolare e rassicurante”. I pazienti, in un secondo tempo, venivano avviati all'*ergoterapia*, attività lavorativa che veniva seguita da infermieri dotati di apposita professionalità. In realtà venivano assunti contadini ed artigiani, i quali venivano dichiarati infermieri e facevano da sorveglianti ai pazienti nelle attività dei campi o nei vari mestieri (Sarto, fornaio, falegname, lavandaia, rammendatrice, ecc.). Per i folli più agitati non esistevano terapie specifiche, pertanto l'unico metodo con cui venivano “curati” era quello della contenzione. A tal proposito venne utilizzata spesso un'invenzione francese di fine Settecento: la camicia di forza. In casi estremi il paziente veniva messo in isolamento e talvolta lo si immobilizzava a letto. Le cure farmacologiche del tempo, invece, erano assai inefficienti e si basavano sull'utilizzo di camomilla, valeriana, oppio o estratto di giusquiamo. Roscioli e Pieranunzi facevano ricorso a ricostituenti del sistema nervoso nelle forme asteniche (ferro, china, olio di fegato di merluzzo, fosforo di

¹⁰⁰ *Cronaca del Manicomio di Teramo*, anno VI, N. 3-4-5-6, 1898.

zinco, arsenico).¹⁰¹ In caso di agitazione si ricorreva o alla balneoterapia oppure all'utilizzo di bromuro di potassio, il quale aveva un'azione sedativa. Alternativamente si utilizzava anche la iosciamina (simile all'atropina, ad azione sedativa)¹⁰². Nei casi di epilessia si utilizzava inoltre la duboisina fino e, in casi refrattari, anche al salasso con sanguisughe. Nel caso di depressi che rifiutavano il cibo (*sitofobia*) si faceva ricorso all'alimentazione forzata, effettuata attraverso l'utilizzo della *sonda di Faucher*.¹⁰³ Nella paralisi progressiva dell'ultimo stadio dell'infezione luetica invece veniva eseguita una cura puramente sintomatica con l'ergotina, un vasocostrittore con capacità di accentuare le contrazioni muscolari. Tutto ciò serviva a rallentare gli effetti della malattia.¹⁰⁴

¹⁰¹ *Cronaca del Manicomio di Teramo*, Gennaio-Febbraio 1895, N. 1-2.

¹⁰² *Cronaca del Manicomio di Teramo*, Marzo-Aprile 1897, N. 1-2.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Cronaca del Manicomio di Teramo*, Gennaio-Febbraio 1896, N.1.

4.9 NO RESTRAINT, AFFIDAMENTO E COLONIA AGRICOLA

Dal 1896 si cominciò a concedere una maggiore libertà ai folli tranquilli, con possibilità di uscita e di contatti con i parenti. Dal maggio del 1909 si arrivò al no restraint assoluto.¹⁰⁵ Questo tipo di terapia, la quale eliminava ogni forma di contenzione, presupponeva ampi spazi, stanze di degenza poco affollate ed un numeroso personale infermieristico. Nonostante tali requisiti mancassero, nel Manicomio di Teramo gli inconvenienti furono pochi e l'esperimento ebbe un esito positivo. Da quel momento il ricorso all'isolamento fu scarsamente utilizzato e si tentò di limitare l'utilizzo della contenzione.¹⁰⁶

Per fornire più libertà ai pazienti si fece ricorso anche all'affidamento familiare. Già dal 1906 si tentava un esperimento di affido omofamiliare di 55 pazienti, i quali venivano seguiti in regime ambulatoriale dal dottor Cleto Pieranunzi. Uno solo invece era il caso di affidamento etero familiare.¹⁰⁷

Un altro valido esperimento di vita all'aperto e di ergoterapia fu, seppur limitatamente, la Colonia Agricola. Già dal 1892 Raffaele Roscioli ravvisò il problema edilizio della struttura ospedaliera teramana, collocata all'interno dell'antica cerchia muraria cittadina è formata da preesistenti edifici di antica costruzione adattati a luogo di ricovero. Dal 1896 si pensò all'edificazione di un nuovo ospedale psichiatrico con più padiglioni ed annessa Colonia Agricola: in questo modo sarebbe stato possibile lo svolgimento dell'ergoterapia all'aria aperta e di attività collegate ai laboratori.¹⁰⁸ Nel 1901 Pasquale Ventili, a capo della

¹⁰⁵ Raffaele Roscioli, Cronaca del Manicomio di Teramo, anno XVII, N. 3-6, 1909.

¹⁰⁶ Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

¹⁰⁷ Ibidem.

¹⁰⁸ Ibidem.

Deputazione Provinciale, lanciò la concreta proposta di edificare il nuovo Manicomio.¹⁰⁹ Da un lato la Congregazione di Carità avrebbe dovuto pensare ad edificare lo stabile, mentre dall'altro la Delegazione Provinciale avrebbe dovuto provvedere a collocare i malati psichiatrici all'interno di esso (a proprie spese, come prevedeva la legge). La scelta del terreno di edificazione, invece, sarebbe stata di comune accordo tra i due enti. Fu proprio questo uno dei più grandi e invalicabili problemi che portarono ad un nulla di fatto di tutta la vicenda: il piano finanziario che la Congrega avrebbe dovuto proporre non fu reso mai noto, i terreni limitrofi alla città (scelti come luogo di edificazione dell'opera) avevano problematiche di viabilità non facilmente risolvibili in tempi brevi, alcune voci prevedevano poi un ipotetico progetto di legge per obbligare le Deputazioni Provinciali a costruire e gestire i propri Manicomi. Pertanto, da parte delle figure di spicco dei due enti, vi erano sull'argomento vedute nettamente contrastanti.¹¹⁰ La Congregazione di Carità aveva tutto l'interesse a mantenere il Manicomio a bassi costi nei vecchi locali, con rette pagate dalle varie Deputazioni Provinciali: edificare un nuovo Manicomio avrebbe impoverito e indebitato al lungo le casse della Congrega. La Deputazione Provinciale invece non trovava conveniente edificare e gestire in proprio un Manicomio, i cui costi sarebbero stati eccessivi. Si ricordi che i folli della provincia di Teramo presenti in Manicomio costituivano infatti solo un terzo dei 589 ricoverati del 1904 e le loro rette da sole non sarebbero bastate a coprire le spese di gestione e tantomeno per finanziare una eventuale edificazione del manicomio (qualora il progetto di legge fosse stato accolto). La retta giornaliera per i ricoverati era inoltre particolarmente

¹⁰⁹ BPM DTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1901.

¹¹⁰ BPM DTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1901.

conveniente per la Delegazione Provinciale di Teramo, più bassa di quella richiesta dalle altre province e sensibilmente inferiore a quella praticata dagli altri manicomi italiani. L'ipotesi di avere due distinti Manicomi a Teramo, l'uno della Congrega e l'altro della Delegazione Provinciale, in definitiva sarebbe stata economicamente disastrosa per i due enti che, in concorrenza tra loro, si sarebbero dovuti dividere i ricoverati e ognuno avrebbe avuto insufficienti introiti delle rette per pareggiare le spese. A spazzare via ogni iniziativa fu però il commissariamento della Congregazione di Carità nel 1904, sancita dal Consiglio di Stato per irregolarità amministrative riscontrate dalla giunta Provinciale amministrativa e stabilito dopo vari ricorsi dal Consiglio di Stato. Lo stesso Regio Commissario Gaetano Manca, insediato nel 1904 per amministrare la Congregazione di carità e correggerne la rotta, viste le condizioni che si erano create ammise che la situazione non era conveniente e che per il momento lui stesso sconsigliava di intraprendere l'impresa. Nel 1905 fu comunque aperta la Colonia Agricola, con circa 20 malati tranquilli. Nel 1907 fu stilato dall'Ingegnere Giuseppe Marcozzi, membro del consiglio di amministrazione della Congregazione di Carità, un primo progetto per il nuovo Ospedale Psichiatrico che sarebbe dovuto sorgere su quei terreni. Nel 1911 la Colonia Agricola fu dotata, su progetto dell'Ingegnere Barboni, di una prima via carrozzabile per l'accesso diretto alla strada statale Teramo-Giulianova. Subito dopo fu impiantato l'indispensabile collegamento telefonico per permettere il diretto contatto con la sede centrale del Manicomio.¹¹¹

¹¹¹ BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1911.

4.10 PROBLEMI DI AFFOLLAMENTO

La crescita del numero dei pazienti del Manicomio risultò costante fin dall'inizio pertanto, dopo pochi anni dalla sua apertura, ci furono problemi di affollamento. Per questo, tra il 1881 e il 1899, erano state acquistate sul versante di Porta Vezzola ben 11 proprietà contigue all'Ospedale di Sant'Antonio, al fine di ampliare la capacità ricettiva del Manicomio. Il costante arrivo di malati mentali, soprattutto della provincia dell'Aquila, incrementava peraltro sempre più l'assembramento dei pazienti all'interno dell'istituzione. Tra il 1900 e il 1901 era presente nel Manicomio una popolazione di oltre 400 alienati, la metà dei quali provenienti dalla provincia di Teramo e con una nutrita presenza di Aquilani. Nel 1899 arrivarono 56 sfollati da Roma. Nel 1902 dal Manicomio della Lungara di Roma arrivarono circa 100 malati, i quali non fu facile sistemare all'interno dei locali. La richiesta di ricoveri dell'Aquila inoltre era sempre crescente: ne furono inviati 60 nel 1903 e 38 nel 1904. La saturazione fu raggiunta tra il 1904 e il 1906 con 600 malati di mente ricoverati, la metà dei quali era della provincia di Teramo.¹¹² Come già detto, in quel periodo vi fu il commissariamento della Congregazione di Carità per gravi irregolarità amministrative. Il commissario Gaetano Manca stilò al termine del suo mandato una completa ed esaustiva relazione sugli istituti amministrati dalla congrega. Vennero rilevate gravi carenze igieniche ed ambientali del Manicomio, i cui locali apparivano come degli "alveari umani". Secondo l'osservato speciale, l'istituto era più simile ad una prigione che ad un ospedale.¹¹³ Esso si presentava come un insieme di vecchi edifici, in passato abitazioni private, acquistati perché circostanti al nucleo

¹¹² Guido Garbini, *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

¹¹³ Gaetano Manca, "Un anno di amministrazione straordinaria", Commissione di Inchiesta anni 1902-1905 sulla Congregazione di Carità di Teramo, Archivio di Stato Teramo(ASTE).

ospedaliero originario. La ristrettezza degli ambienti e l'esiguità del personale non consentivano inoltre che la terapia e le attività lavorative potessero essere svolte adeguatamente ed essere estese alla maggior parte dei ricoverati. Gli spazi scoperti erano inoltre scarsi e insufficienti, situati al centro del complesso manicomiale e circondati da edifici ed alte mura, le quali impedivano ogni visuale esterna. L'estensione del complesso manicomiale era di circa 1000 metri quadri, con disponibilità di circa 14 metri cubi per persona (compreso il personale addetto). L'igiene era assai scarsa, tanto che Gaetano Manca dovette intervenire per migliorare questo aspetto: vennero intonacate e imbiancate numerose mura, sostituiti i pavimenti di mattone con quelli di mattonelle lavabili, vennero pulite e bonificate le fognature e infine fatti costruire, dove non ve n'erano, cessi e servizi igienici. Il commissario fece inoltre trasferire nella vicina Fonte della Noce il servizio di lavanderia, che al centro del complesso ospedaliero era deposito di biancheria lercia e fonte di sgradevoli olezzi.¹¹⁴ Dato il sovraffollamento venne sperimentato l'affido di alcuni pazienti (44 teramani tornarono in famiglia) e prese avvio la Colonia Agricola (20 malati tranquilli). Nel 1906 i ricoveri provenienti da L'Aquila furono bloccati e nello stesso anno la Deputazione Provinciale di Roma ritirò ben 55 folli. Furono inviati inoltre 10 bambini all'Istituto Ortofrenico di Bertalia, presso Bologna.¹¹⁵ Nel 1910 fu aperta la sezione femminile manicomiale per donne tranquille in Corso di Porta Romana. Nello stesso periodo alcuni pazienti furono collocati nei locali dell'Ospizio Marino di Giulianova. Tutti questi provvedimenti, purtroppo, non riuscirono a risolvere la questione e per lungo

¹¹⁴ Gaetano Manca, "Un anno di amministrazione straordinaria", Commissione di Inchiesta anni 1902-1905 sulla Congregazione di Carità di Teramo, Archivio di Stato Teramo(ASTE).

¹¹⁵ Raffaele Roscioli, *Relazione sul Manicomio di Teramo per l'anno 1907*, in *Cronaca del Manicomio di Teramo*, anno XVI, N.1-6, Maggio 1908.

tempo la vita dei pazienti nel manicomio fu legata a ristrettezze ambientali e sale di degenza affollate.

4.11 IL PERIODO DELLA GRANDE GUERRA

Alla vigilia della Prima Guerra Mondiale la stagione di Raffaele Roscioli, dopo ben oltre 20 anni di guida del Manicomio di Teramo, volgeva ormai al termine. Nel 1914, a seguito della morte del suo unico figlio maschio Domenico, il Direttore subì un grave momento di sconforto dal quale non seppe più riprendersi. L'11 giugno 1916 fu colpito da una devastante ictus cerebri che lo immobilizzò e che lo rese anche afasico. Un mese dopo, il 4 luglio 1916, Raffaele Roscioli morì. I solenni funerali si svolsero il 6 luglio 1916 nella chiesa di Sant'Agostino a Teramo e vi fu una grande partecipazione di popolo e di personalità. Il 1° gennaio 1917 prese servizio a Teramo il nuovo Direttore del Manicomio, il professor Guido Garbini. Egli era nativo di Trento e si era laureato all'Università di Perugia dove aveva percorso la sua carriera fino al grado di primario. Libero docente in clinica delle malattie nervose e mentali, era autore di oltre 40 pubblicazioni. Guido Garbini era un esperto di tecnica manicomiale e fu inoltre un valido organizzatore, tanto da poter prospettare a Teramo il futuro assetto ospedaliero per il Manicomio e l'attività agricola e industriale per i pazienti. A Garbini si riconosce una precisa analisi dello stato delle cose all'interno del Manicomio di Teramo. Nella sua relazione, la quale si fondava su quella stilata 10 anni prima da Cleto Pieranunzi, descriveva fedelmente la realtà all'interno dell'istituto.¹¹⁶ Rimarcava con soddisfazione il ridotto impiego della contenzione, il quale era riservato a pochissimi casi di pazienti agitati. Questo permetteva la possibilità di convertire delle celle di isolamento e aprire nuovi laboratori artigianali di calzoleria e sartoria per il lavoro dei pazienti, che così si aggiungevano a quelle già esistenti del falegname, del calzolaio e del fabbro. L'esempio che Garbini voleva seguire era quello del Manicomio provinciale di Arezzo, il quale era

¹¹⁶ Guido Garbini, *L'assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918)*, Relazione del Direttore G. Garbini, Tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

organizzato come una vera e propria “cittadella indipendente” seguita dal direttore Armando Pieraccini. Per la sua conformazione edilizia e per il suo livello organizzativo il Manicomio Aretino aveva meritato nel 1911 un diploma d’onore a Roma. Garbini immaginava un analogo progetto per Teramo, da realizzarsi nell’area della Colonia Agricola, la quale doveva essere ampliata con l’acquisto di terreni limitrofi. In questa nuova sede per ospitare i pazienti sarebbe stato necessario edificare i servizi e due grandi padiglioni, l’uno per gli uomini e l’altro per le donne, sul modello di grandi case coloniche. La visione di Garbini per il nuovo Manicomio Teramo era quindi un villaggio agricolo indipendente. Il progetto, inizialmente già avviato da Roscioli, fu più volte ripreso e riproposto dall’amministrazione dell’ente, ma non fu mai effettivamente portato a termine.¹¹⁷ Sul finire dell'anno 1919 Garbini presentò le sue dimissioni per tornare a Trento, sua terra natia Ormai redenta, per dirigere il Manicomio di Pergine Valsugana.

Il periodo della Prima Guerra Mondiale rese la vita all’interno del Manicomio più difficile e molte furono le ristrettezze che caratterizzarono quel periodo. Vi fu un considerevole aumento degli ingressi dei pazienti, dovuto soprattutto all’arrivo di numerosi militari. Sebbene non avesse una sezione psichiatrica militare, a norma del regolamento del 1909, il Manicomio di Teramo accolse, tra il 1915 e il 1918, ben 252 militari.¹¹⁸ La patologia mentale al fronte non mancò nel manifestarsi e molti combattenti furono colpiti da una sindrome psichiatrica non meglio definita, caratterizzata da delirio di persecuzione, amnesia e perdita della capacità di esprimersi. Gli psichiatri inizialmente furono dell’avviso che i soldati si ammalassero al fronte perché affetti da predisposizione costituzionale o da tare ereditarie. Si pensava quindi che la guerra non ne fosse la causa, ma solo l’evento

¹¹⁷ Guido Garbini, *L’assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918)*, Relazione del Direttore G. Garbini, Tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

¹¹⁸ *Ibidem*.

in cui si manifestasse la malattia già presente allo stato latente nell'individuo. Le manifestazioni mentali riscontrate tra i militari inoltre solo in parte coincidevano con quelle osservate di norma nei Manicomi. Questo problema arrivò all'attenzione del Sistema Sanitario Militare, diretto con qualifica di ministro senza portafoglio da Leonardo Bianchi, direttore della clinica di malattie nervose e mentali dell'Università di Napoli. Venne così messa in funzione, in prossimità del fronte, una rete costituita da più reparti e Ospedaletti psichiatrici di prima accoglienza. Si decise poi di allestire nei principali Manicomi, soprattutto nelle città dell'Italia settentrionale, appositi reparti per raccogliere i militari alienati.¹¹⁹ Come già accennato il Manicomio di Teramo ricoverò 252 militari provenienti dalla zona di guerra, iscritti originariamente al distretto militare di Foggia. Di questi 41 non furono riconosciuti alienati, 117 furono dimessi guariti, 49 trasferiti in altri istituti e 6 morirono.¹²⁰ I medici militari in primis tentavano di identificare i casi di simulazione inscenati da alcuni soldati che intendevano evitare la vita in trincea ed il conseguente rischio di morte. In secondo luogo va fatto notare che gli alienisti militari erano inclini a classificare i disturbi come transitori. Questo era un modo per rispedire celermente al fronte i militi "*recuperati*". Le problematiche psichiatriche causarono secondo stime ufficiali il ricovero, temporaneo e post conflitto, di oltre 40.000 soldati. Il termine "*scemo di guerra*" fu coniato non a caso per descrivere chi era stato colpito dalla sindrome psichiatrica delle trincee, ma anche per definire in maniera dubitativa il comportamento, volontario o meno, di chi ostentava disagio mentale. La situazione del Manicomio di Teramo migliorò sensibilmente con il ritiro dei soldati ricoverati la cui giurisdizione

¹¹⁹ Valeria P. Babini, *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna, 2009.

¹²⁰ Guido Garbini, *L'assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918)*, Relazione del Direttore G. Garbini, Tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

dipendeva dall'autorità militare che pagava le rette e che disponeva, in base alla propria autorità, ricoveri e dimissioni. Nell'ultimo anno di guerra il disagio all'interno del Manicomio fu accresciuto dal passaggio della pandemia influenzale denominata "spagnola", la quale determinò un aumento della mortalità all'interno della struttura. I ricoverati colpiti furono circa 350 sui 510 totali. Morirono 144 ricoverati (tasso di mortalità del 28,23% sul totale). Nella sezione femminile di Porta Romana si vi si aggiunse anche un epidemia di morbillo. Questa colpì anche il personale di assistenza e su 65 infermieri ben 48 ne rimasero affetti, un quarto dei quali con complicanze broncopolmonari. Tra questi non vi furono però casi mortali.¹²¹

Nel primo dopoguerra, dopo le dimissioni nel 1919 di Guido Garbini, il Manicomio di Teramo rimase senza Direttore. A farne le funzioni fu incaricato il Dottor Egisto De Nigris, il quale mantenne il compito fino al 1924 con la designazione del professor Marco Levi Bianchini come nuovo Direttore del Manicomio. Anche la congregazione di Carità di Teramo viveva un periodo piuttosto instabile. Il 3 novembre 1918 infatti, nel corso della pandemia influenzale denominata spagnola, era venuto a mancare il presidente Zeferino Tanzi. Il 1° gennaio 1919 Berardo Montani subentrò come nuovo Presidente della Congrega. Il disagio per la situazione di stallo e di decadenza si avvertiva pesantemente e, ad aggravare la situazione, vi fu anche una sollevazione degli infermieri del Manicomio, i quali chiedevano aumenti dello stipendio, riduzione dei turni di lavoro e nuove assunzioni per rinforzare l'organico. La sommossa fu sedata con piglio poliziesco dalla nuova Dirigenza. A procedimento disciplinare furono sottoposti quattro infermieri con tanto di interrogatorio e giudizio finale. Il capo dei rivoltosi fu licenziato e gli altri tre subirono la sospensione temporanea

¹²¹ Guido Garbini, *L'assistenza dei malati di mente nel Manicomio di Teramo (1880-1918)*, Relazione del Direttore G. Garbini, Tipografia Perugina già Santucci, Perugia 1919.

dal servizio ed una ammenda pecuniaria.¹²² Negli anni successivi si avvertì la necessità per il Manicomio di un intervento di indispensabile riorganizzazione del sistema di degenza e di ristrutturazione edilizia. La situazione di vivibilità all'interno dell'Istituto era tornata ad appesantirsi dal momento che negli ultimi anni erano stati accolti numerosi reduci della Prima Guerra Mondiale, tornati dal fronte con gravi disturbi mentali, a cui si aggiungevano 180 pazienti della provincia di Chieti (provenienti dal Manicomio di Nocera Inferiore) ed altri ancora dalla provincia dell'Aquila. Dopo poco più di un anno di amministrazione di Berardo Montani, nell'aprile del 1922, fu l'avvocato Serafino Mancini a prendere le redini della Congregazione di Carità. Questi passò subito all'azione: venne immediatamente bandito il concorso per il nuovo Direttore del Manicomio, dal momento che era indispensabile dare una guida all'istituzione. La situazione finanziaria era inoltre molto precaria ed era necessario un accomodamento per cercare di rimettere in sesto il bilancio della Congrega, su cui la gestione del Manicomio gravava non poco. Il problema finanziario fu affrontato con un aumento delle rette dei ricoverati del Manicomio, le quali erano pagate dalla Deputazione Provinciale ed erano progressivamente aumentate nel corso degli anni per i costi da sostenere e per il cresciuto numero di ricoverati. La Deputazione Provinciale non gradì, in quanto una buona fetta del suo bilancio veniva speso obbligatoriamente per le rette dei pazienti. Da questo ne scaturì un conflitto tra il Consiglio di Amministrazione della Congrega la Deputazione Provinciale. L'avvocato Serafino Mancini fece sapere che vi era una esposizione nel bilancio della Congrega di oltre duecentomila Lire per il mantenimento del Manicomio e che la convenzione con la Deputazione Provinciale sarebbe scaduta il 31 dicembre 1922. Proponeva pertanto un aumento della retta giornaliera da

¹²² BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1919.

6,50 a 8,50 lire al giorno per i malati acuti e da 4,50 a 7,50 lire per i cronici. In caso contrario avrebbe chiuso il Manicomio restituendo i malati ricoverati alla Deputazione Provinciale. A queste minacce il massimo Organo Amministrativo Provinciale rispose per le rime, affermando che avrebbe inviato i ricoverati in massa a Miano presso Napoli al manicomio Villa Russo, del direttore e proprietario Dottor Giuseppe Russo, al modico prezzo di 4 lire per la retta giornaliera. La diatriba andò avanti per mesi, finché si raggiunge un accordo. Fu stabilita una retta giornaliera unica, per malati acuti o cronici che fossero, al prezzo di 6,80 lire “*Salvo aumenti di mercato per il costo del pane e della pasta*”. La Deputazione Provinciale si impegnava inoltre a non inviare più i suoi assistiti al Manicomio Villa Russo di Miano.¹²³ Alla fine del 1922 l'avvocato Serafino Mancini chiuse il bilancio della Congregazione di Carità in perfetta parità.

¹²³ ASTE, Prefettura Gabinetto, vers. 70, b.5, f 153.

4.12 MARCO LEVI BIANCHINI

Marco Levi Bianchini¹²⁴ prese servizio nel Manicomio di Teramo il 1° Gennaio 1924. In termini culturali e organizzati vi fu una svolta importante per il Manicomio teramano, che era rimasto fermo in materia ai canoni d'ante guerra. Il nuovo Direttore diede infatti un notevole impulso alla riorganizzazione della struttura e al tempo stesso rinnovò l'aspetto scientifico e culturale dell'istituzione. Nato il 28 agosto 1875 a Rovigo da una famiglia della ricca borghesia ebraica, Bianchini si era laureato in medicina e chirurgia all'Università di Padova nel 1899 con il massimo dei voti e una tesi di argomento psichiatrico che traeva ispirazione dalle teorie di Cesare Lombroso. Chiamato alle armi, in occasione della Prima Guerra Mondiale, raggiunse il grado di Colonnello medico e Direttore di Ospedale da Campo. Questi incarichi, condotti con estremo impegno e sacrificio, gli valsero la Croce al Merito di Guerra e la nomina a Cavaliere della Corona d'Italia. Dopo La grande guerra egli era tornato a Nocera Inferiore, dove era stato nominato primario del complesso manicomiale nel 1913, ed aveva proseguito la sua intensa attività editoriale con scritti originali, traduzione e pubblicazione di testi. Nel 1915 aveva istituito la collana editoriale "*Biblioteca psichiatrica internazionale*", dal 1921 denominata "*Biblioteca psicoanalitica italiana*".¹²⁵ Il volume iniziale della collana edito da "*Il Manicomio*", casa editrice dell'omonima rivista dell'Istituto psichiatrico di Nocera Inferiore, era stata la prima traduzione italiana delle "*Cinque conferenze sulla psicoanalisi*", tenute da Sigmund Freud alla Clark University, durante il viaggio in America nel 1909. Nel 1920 Levi Bianchini muta il titolo del periodico con una più moderna denominazione di *Archivio generale di*

¹²⁴Marco Quarchioni, *Il Manicomio di Teramo e Marco Levi Bianchini*, in *Abruzzo contemporaneo*, I, 1 Giugno 1991.

¹²⁵ Marco Quarchioni, *Marco Levi Bianchini e la Biblioteca Psicoanalitica Italiana*, in *Notizie dalla Delfico*, 1, 1988.

neurologia e psichiatria, che nell'anno successivo viene perfezionato in *Archivio generale di neurologia, psichiatria e psicoanalisi*. Nel 1923 aveva ormai maturato un'adeguata esperienza e aveva iniziato ad applicare il metodo psicoanalitico e quei pazienti che presentavano le caratteristiche ideali. Nonostante al Manicomio di Nocera Inferiore avesse il titolo di primario, egli aveva tutti i titoli e le credenziali per aspirare a diventare Direttore di Manicomio. A Teramo aveva partecipato, nel 1923, al concorso indetto dalla Congrega di Carità e si era classificato secondo ex aequo. A seguito della rinuncia del primo classificato, egli fu nominato Direttore.

Al suo arrivo al Manicomio di Teramo erano presenti più di 700 pazienti. I medici erano molto pochi si ridussero ulteriormente di numero con la morte nel 1925 del dottor Egisto De Nigris. Rimasero solo i dottori Leonardo Claps e Nicola Ciaranca ad affiancare il nuovo Direttore.¹²⁶ Marco Levi Bianchini riorganizzò i reparti ed istituì nell'ambito delle tre sezioni esistenti (uomini, donne, fanciulli) varie sottosezioni in base alle patologie psichiatriche riscontrate e la loro gravità. Nel dicembre del 1927 fu effettuata un'ispezione da una Commissione Prefettizia al Manicomio di Teramo, condotta dal Prefetto, il Medico Provinciale e il professor Giovanni Mingazzini, Direttore della Clinica di malattie nervose e mentali dell'università di Roma e fondatore della scuola neurologica romana. La Commissione rilevò tre carenze fondamentali: 1) doveva essere ampliato l'organico dei Medici, 2) era opportuno aumentare il numero dei cortili e delle aree a cielo aperto, 3) era necessario un gabinetto per ricerche laboratoristiche sul sangue sul liquido cefalo-rachidiano. Sebbene fossero esigenze innegabili restava come grande problema il numero eccessivo di malati all'interno della struttura edilizia, circostanza che veniva sfiorata nel merito dalla Commissione solo con la

¹²⁶ BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1924-1925.

notazione sui cortili. Nel 1927, al concorso per l'assunzione di due medici ordinari, furono vincitori il dottor Jacopo Nardi il dottor Antonio Fittipaldi. Tuttavia nello stesso periodo vi furono le dimissioni del dottor Ciaranca, le quali resero in parte vano il rimedio alla carenza di organico. Quest'ultimo infatti restava assai scarso, con una proporzione di 3 medici e un direttore per un numero complessivo di ricoverati di 676 nel 1927 e ben 725 nell'anno successivo.¹²⁷ La situazione non era diversa nelle altre istituzioni manicomiali presenti in tutta Italia le quali, in base ad uno studio della società frenetica italiana, nel 1925 erano circa 133 così suddivise: 42 istituti provinciali, 11 opere Pie, 6 amministrazioni private o religiose, 31 ricoveri per cronici, 27 case di salute per ambienti, 12 istituti per deficienti, 4 manicomi criminali. Al 31 dicembre 1926 risultavano ricoverati nei manicomi italiani 59.992 alienati (pari al 1,5 per mille della popolazione), numero in aumento ormai da anni. Si consideri infatti che nel 1874 il numero dei ricoverati era di 12.310 e nel 1891 di 24.118.¹²⁸ L'afflusso di pazienti a Teramo era continuo, alimentato soprattutto dalle Delegazioni Provinciali dell'Aquila e di Chieti, con quella di Pescara (precedentemente territorio delle province di Teramo e Chieti) che nel 1927 inviò i suoi primi 30 alienati. La Provincia di Roma, debitrice per le rette dei suoi pazienti per 70.000 lire, fu invece invitata a riprenderseli e a collocarli in altri istituti nella Capitale. Per contenere in un ambito più vasto l'eccessivo numero di pazienti furono effettuati lavori di ampliamento dei locali e di ristrutturazione dei servizi igienici del Manicomio. Al tempo stesso l'Ospizio di Mendicità fu trasferito a Porta Romana.¹²⁹ Vennero

¹²⁷ BPMDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1927.

¹²⁸ Gustavo Modena, *La morbosità per malattie mentali in Italia nel Triennio 1926-1927-1928*, Tip. Failli, 1933.

¹²⁹ BPMDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1928.

create delle nuove sezioni staccate a Giulianova all'Ospizio Marino e a Campi, per malati “inoffensivi”, nell'ex Convento delle monache Benedettine. Erano sempre attive le sezioni staccate a Porta Romana per donne tranquille e la Colonia Agricola.¹³⁰ Il nuovo direttore inoltre effettuò un'importante innovazione: dispose la presenza della fotografia di ciascun ricoverato sulla relativa cartella clinica. Lo stesso Marco Levi Bianchini fece effettuare le prime 60 fotografie a proprie spese per complessive 100 lire dell'epoca, le quali furono rimborsate in seguito dalla Congregazione di Carità.¹³¹ In seguito la congrega si servì dell'opera del fotografo Luigi Appignani, al quale fu affidato anche il compito di sviluppare le lastre del gabinetto di radiologia. Nel 1940 fu ingaggiato il fotografo Domenico Nardini dapprima a lire 2 a foto e successivamente a 60 lire al mese.¹³² La carenza di personale fu affrontata con la richiesta di aumento del numero di infermieri psichiatrici che aumentano di circa 40 unità. L'organico dei medici, rimase invariato e sicuramente insufficiente. Sul finire del 1927, Marco Levi Bianchini cambiò la denominazione di Manicomio in quello ormai più appropriata e consona ai tempi di Ospedale Psichiatrico, che ufficialmente fu attiva dal 29 gennaio 1928. Il termine sottolineava infatti la funzione di luogo di cura per malati psichiatrici e non di luogo di isolamento e di residenza per mentecatti.¹³³ Sempre nel gennaio 1928 Marco Levi Bianchini fece aprire il dispensario di Igiene Mentale, uno dei primi in Italia dopo quelli di Milano, Arezzo, Venezia ed Ancona. Era un progetto per “*un servizio psichiatrico aperto per l'osservazione,*

¹³⁰ BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1928.

¹³¹ Ibidem.

¹³² BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1943.

¹³³ BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1928.

*l'educazione, ospedalizzazione cura di deficienti non possibili di internamento manicomiale, per la creazione cioè di un istituto psichiatrico deputato a funzionare indipendentemente dalla legge sui manicomi e sugli alienati che si è aperto ad ogni richiesta pubblica e privata, con ripartizione delle competenze passive in egual misura tra provincia di origine, comune di origine e Congregazione di Carità di origine".*¹³⁴ Il dispensario, collocato al piano terra di via Aurelio Saliceti, tra l'ingresso principale dell'ospedale ed il Monte di Pietà, funzionava anche come organo del comitato provinciale della Lega Italiana di Igiene e profilassi mentale del Patronato di assistenza per gli alienati poveri.

¹³⁴ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, 1928.

4.13 CRESCITA CULTURALE E SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA

La presenza di un nuovo Direttore coincise con una notevole crescita culturale dell'ambiente psichiatrico teramano. Marco Levi Bianchini fu particolarmente attivo in città con conferenze, interviste lasciate alla stampa cittadina, interventi e manifestazioni scientifiche e culturali locali. Fu molto attivo come perito in sede giudiziaria, in quanto spesso fu chiamato in tribunale per dirimere molte questioni di interesse psichiatrico. All'interno del Manicomio promosse la riqualificazione del personale medico infermieristico: rimise quindi in funzione la scuola per infermieri psichiatrici, rimasta inattiva fin dal tempo dello scoppio della prima guerra mondiale. Successivamente costituì una considerevole biblioteca con i più importanti testi e con le più note riviste di psichiatria e neurologia dell'epoca. Portò inoltre, da Nocera Inferiore, la rivista *Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*, di cui era stato fondatore e direttore, la quale stampò a Teramo nella tipografia La Fiorita dal 1924 e 1930.¹³⁵

La fondazione della Società Psicoanalitica Italiana avvenne il 7 giugno 1925 nella biblioteca del Manicomio. Essa vedeva presenze illustri teramane quali Egisto De Nigris, Leonardo Claps, Nicola Ciaranca, Dario Maestrini (Primario medico dell'Ospedale Civile), il dottor Luigi Lucidi (Direttore del reparto Celtico), il dottor Romolo Lucangeli (Direttore del Brefotrofio), il dott Giovanni Lucangeli (Maggiore Medico presente al consiglio di amministrazione della Congregazione di Carità). Per delegazione furono rappresentati numerosi direttori e medici illustri quali Alberto Rezza, Francesco Del Greco, Raffaele Vitolo, Giovanni Dalma, Edoardo Weiss (Direttore del Manicomio di Trieste). Fu deciso che *l'Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi* divenisse l'organo ufficiale

¹³⁵ BPMDE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1924.

della società.¹³⁶ Va ricordato che non erano anni facili per la psicoanalisi in Italia, la quale era stata trattata con indifferenza dagli psichiatri italiani fin dal suo primo apparire. La sua nascita fu un gesto di coraggio per affermare la presenza e la vitalità della psicoanalisi in Italia. Fu approvato lo statuto sociale, comprendente 10 articoli, a Teramo il 29 novembre 1925.¹³⁷ I soci vennero distinti in fondatori, ordinari, aderenti, onorari ed autorizzati esercitare la psicoanalisi. Ottennero l'autorizzazione all'esercizio Marco Levi Bianchini ed Edoardo Weiss. La presidenza dell'associazione fu assegnata a Marco Levi Bianchini per acclamazione. La società psicoanalitica italiana ebbe sede a Teramo fino al 1931, quando Marco Levi Bianchini lasciò l'Ospedale Psichiatrico di Sant'Antonio Abate e tornò a Nocera Inferiore dopo aver vinto il concorso di Direttore del Manicomio psichiatrico Consortile "Vittorio Emanuele II". La sede della società fu trasferita a Roma nello studio di Weiss, il quale aveva lasciato il Manicomio di Trieste per spostarsi nella Capitale. La rivista "*Archivio Generale di Neurologia Psichiatria e Psicoanalisi*" si spostò con Marco Levi Bianchini a Nocera Inferiore, mentre a Roma iniziò la pubblicazione della "*Rivista Italiana di Psicoanalisi*". Quest'ultima, dopo 2 anni, fu chiusa dall'autorità fascista a seguito della promulgazione delle leggi razziali, le quali comportarono la distruzione del gruppo di psicoanalisti italiani, dal momento che molti aderenti erano ebrei. Marco Levi Bianchini riuscì a eludere le sanzioni e restò in Italia, molti altri invece, come Edoardo Weiss, trovarono rifugio negli Stati Uniti d'America. Il direttore Marco Levi Bianchini fu rimosso dall'incarico di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Vittorio Emanuele II di Nocera Inferiore nel 1938. Dopo la

¹³⁶ Marco Levi Bianchini, Atti Ufficiali della Società Psicoanalitica Italiana. Teramo, 7 Giugno 1925.

¹³⁷ Marco Levi Bianchini, Atti Ufficiali della Società Psicoanalitica Italiana. Teramo, 29 Novembre 1925.

Liberazione riprese le sue funzioni, che durarono fino al 1946. Morì a Nocera Inferiore il 28 agosto del 1961 all'età di 86 anni.

4.14 PERIODO DI TRANSIZIONE

Con la partenza di Marco Levi Bianchini si ebbe un vuoto di potere. Fu incaricato temporaneamente come facente funzioni di Direttore il dottor Leonardo Claps. Nel frattempo era entrato, nell'organico dell'ospedale psichiatrico, il dottor Giulio Ciafaloni, trasferito dal reparto di medicina dell'Ospedale Civile.¹³⁸ Venne deciso, quindi, di bandire il pubblico concorso per Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo per la successione del direttore Marco Levi Bianchini. Il concorso fu effettuato nel 1932 e il vincitore fu il professor Annibale Puca. Quest'ultimo, però, aveva vinto nel contempo anche il concorso come Direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Girifalco. A fronte di una migliore proposta economica dell'Istituto calabrese, si rivolse alla Congrega di Carità per ottenere una retribuzione superiore per venire a dirigere l'Ospedale Psichiatrico di Teramo.¹³⁹ L'avvocato Serafino Mancini e l'intero consiglio di amministrazione risposero negativamente e Annibale Puca prese la strada per Girifalco. Nel 1933 ci fu il concorso decisivo: vinse il professor Giuseppe Santangelo di Palermo il quale, però, preferì andare a dirigere il Manicomio provinciale di Mantova. Il secondo classificato, il professor Francesco Leone, rinunciò all'incarico per assumere la direzione del nuovo Ospedale Psichiatrico di Siracusa di imminente apertura. Fu quindi il terzo classificato, il giovane dott. Cesare Roncati dell'ospedale psichiatrico provinciale di Como, ad essere nominato Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo, incarico che mantenne fino al 1940.¹⁴⁰

¹³⁸ BPMDE, Registro dei Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1931.

¹³⁹ BPMDE, Registro dei Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1931.

¹⁴⁰ BPMDE, Registro dei Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità di Teramo, anno 1933.

4.15 TERAPIE SOMATICHE

Negli anni in cui fu Direttore Marco Levi Bianchini si iniziò a praticare un'anticipazione delle terapie somatiche con la *malarioterapia* (all'epoca denominata *malariaterapia*), introdotta nel 1917 da Julius Wagner-Jauregg. Questo trattamento si basava sugli effetti della Piroterapia, ovvero sull'induzione artificiale di febbre elevata con l'inoculazione del *Plasmodium vivax*, agente patogeno della malaria nella sua forma di *terzana benigna*, tramite puntura di zanzara. Il paziente veniva sottoposto a un ciclo di almeno 8-10 accessi febbrili con temperatura corporea superiore a 39°C e successivamente trattato con chinino per la cura della malaria. La tecnica era praticata soprattutto nei pazienti con manifestazioni terminali della paralisi progressiva dovuta a sifilide, per i quali si osservavano dei transitori miglioramenti.¹⁴¹ Si decise di estendere il trattamento anche alla schizofrenia, a l'oligofrenia, alle psicosi, alle forme epilettiche e manie acute, senza ottenere risultati significativi.¹⁴² La malarioterapia cadde in disuso con l'avvento della penicillina che stabilì definitivamente la cura risolutiva per la sifilide. Nell'Ospedale Psichiatrico di Teramo la malariaterapia è rimasta comunque in uso, solo per i casi di paralisi progressiva da lue inveterata resistente alla antibiotico terapia. L'ultimo caso è stato trattato a più riprese con inoculazione endovenosa del plasmodio nei primi anni '70, con esiti definiti dai sanitari, seppur non risolutivi, abbastanza soddisfacenti. Tra il 1930 e 1940 vi fu una grande stagione di terapie somatiche che si rivelarono efficaci nel controllo dei sintomi più incontenibili e inguaribili delle malattie psichiatriche. Essi consistevano in trattamenti che determinavano shock da coma o da convulsioni che inducevano

¹⁴¹ Marco Levi Bianchini, Jacopo Nardi, *Malariaterapia della Psicosi maniacodepressiva*, Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, 1929.

¹⁴² Marco Levi Bianchini, Jacopo Nardi, *Malariaterapia della Psicosi maniacodepressiva*, Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, 1932.

miglioramento dei sintomi psicotici. Nel 1933 fu introdotta la prima terapia da *shock insulinico* da Manfred Sakel a Vienna e nel 1935 venne concepito il trattamento da *shock cardiazolico* da Ladislas Joseph Meduna a Budapest. Nel 1937 Mario Fiamberti, Direttore dell'Ospedale Neuropsichiatrico in provincia di Varese, introdusse la terapia da *shock acetilcolinico*.¹⁴³ Nell'Ospedale Psichiatrico di Teramo furono effettuati pratiche terapeutiche mediante *shock cardiazolico* e con *shock insulinico* eseguito, fino agli anni '70, sporadicamente per casi selezionati resistenti ad altre terapie. Si aggiunsero in quel periodo le tecniche di psicotomia che, per quanto demolitive fossero a carico delle strutture cerebrali, mitigavano drasticamente l'indole dei malati. Di queste non esistono documenti, riferimenti o notizie eventuali di trattamenti nell'Ospedale Psichiatrico di Teramo. L'apice del successo delle terapie somatiche fu raggiunto però dall'*elettroshock*, tecnica italiana ideata da Ugo Cerletti e Lucio Bini nel 1938 a Roma. Questa tecnica dava risultati immediati e più soddisfacenti rispetto alle altre metodiche. Nel 1940, alla vigilia dell'entrata in guerra dell'Italia, l'amministrazione dell'ente ospedaliero Teramano acquistò per l'Ospedale Psichiatrico una macchina per *elettroshock*, la quale sarebbe servita per effettuare la *terapia elettroconvulsivante* ai pazienti.¹⁴⁴ Il costo fu di 5300 lire di allora e permetteva di dimezzare il costo annuo dell'insulina, impiegata copiosamente all'Ospedale Psichiatrico di Teramo per effettuare il trattamento shock mediante coma ipoglicemico. Essa riduceva l'impiego del personale di sorveglianza durante il periodo del comma ed aveva effetti più immediati rispetto a quelli ottenuti con più sedute per il trattamento insulinico. Mediante stimolazioni elettriche a bassa intensità applicate al cuoio capelluto e che attraversavano il cervello del paziente, si poteva indurre una crisi

¹⁴³ Edoardo Balduzzi, *Le terapie di shock*, Feltrinelli, Milano 1962.

¹⁴⁴ BPMDE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti, Teramo, 1940.

convulsiva con contrazioni muscolari tonico-cloniche, a cui seguiva in alcuni casi un sorprendente e rapidissimo miglioramento dei sintomi psicotici e delle alterazioni della sfera affettiva. Curioso da notare è che, sebbene venisse praticata su individui coscienti senza anestesia o farmaci miorilassanti, essa era tra le terapie somatiche la meno violenta del tempo. Infatti la scossa, intensa e di breve durata, eliminava rischi di prolungate sofferenze come nelle altre terapie da shock e al tempo stesso non procurava danni irreversibili come quelli della psicotomia.¹⁴⁵ La scoperta ebbe un impatto straordinario dato che i disturbi psichiatrici gravi avevano risorse terapeutiche assai scarse con cui recuperare i pazienti. Il problema fu che la terapia venne considerata risolutiva per tutti i mali mentali: fu quindi impiegata in pazienti con schizofrenia o disturbi affettivi e si tentò di utilizzarla in tutti i disturbi psichiatrici con risultati vani e a volte anche disastrosi. L'uso dell'*elettroshock* nell'Ospedale Psichiatrico di Teramo, inizialmente assai frequente, si è progressivamente attenuato in seguito all'introduzione di alcune importanti categorie di psicofarmaci avvenuta negli anni '50 e '60. Il trattamento è stato comunque mantenuto fino agli anni '70 per casi selezionati resistenti alle terapie farmacologiche.

¹⁴⁵ Roberta Passione, Ugo Cerletti, *Scritti sull'elettroshock*, Franco Angeli, Milano, 2006.

4.16 TRA GUERRA E DOPOGUERRA

Gli anni della Seconda Guerra Mondiale furono particolarmente duri all'interno dell'Ospedale Psichiatrico. Nel 1940 Cesare Roncati aveva intanto lasciato la direzione dell'Istituto per tornare all'Ospedale Psichiatrico di Como da dove era arrivato. Gli successe nella carica il giovane Danilo Cargnello, il quale era uno dei tre primari presenti in quel periodo, gli altri erano Ignazio Passanisi e Giulio Ciafaloni.¹⁴⁶ Il nuovo Direttore fu uno dei maggiori psichiatri italiani di indirizzo fenomenologico del 1900. Rimase a Teramo per un periodo assai breve in quanto fu subito richiamato alle armi per dirigere, con il grado di Capitano, il servizio di neurologia dell'Ospedale Militare di Padova. Dopo la sua partenza furono richiamati alle armi anche l'aiuto Aldo Finavera e l'assistente Girolamo Ferretti. Rimasero i soli Passanisi, Ciafaloni e il dottor Leonardo Claps, il quale era in servizio dal 1903 (collocato temporaneamente in pensione nel 1939, ma per carenza di medici necessariamente richiamato in attività).¹⁴⁷ Alla fine della Seconda Guerra Mondiale, il Dottor Ignazio Passanisi fu nominato Direttore interinale, con primari Ciafaloni e Claps, il quale fu trattenuto in servizio fino al compimento dei suoi 75 anni, nel 1949. Il giovane Antonio Bernardini, trasferito dall'Ospedale Sanatoriale, venne nominato aiuto interino, così pure come l'altro medico di fresca laurea Vinicio Striglioni. Alla fine del 1946 rientrò pure un servizio l'aiuto Aldo Finavera.¹⁴⁸

Alla fine della Seconda Guerra Mondiale nell'ospedale psichiatrico erano presenti 700 ricoverati. In quel periodo furono accolti pazienti di varia provenienza, i quali

¹⁴⁶ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1940.

¹⁴⁷ Ibidem.

¹⁴⁸ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1947.

avevano patito gli effetti della guerra. Alcuni erano reduci dai campi di concentramento, altri provenivano da paesi stranieri e non parlavano l'italiano. La popolazione all'interno dell'Ospedale Psichiatrico aumentò progressivamente, tanto che, nel 1950, si contava la presenza di circa 1350 ricoverati.¹⁴⁹ L'I.R.O (*International Refugee Organization*), raccoglieva in Europa sfollati e persone espulse o indesiderate nella loro terra di origine. Essa inviò all'Ospedale Psichiatrico di Teramo numerosi pazienti: 67 malati mentali, 22 malati classificati deficienti, 12 malati di tubercolosi e 29 malati indicati come cronici per vecchiaia o perché inabili.¹⁵⁰ Vennero inviati pure 30 ebrei, provenienti da vari campi profughi presenti in Italia e in Europa, da parte dell'associazione *American Jewish Joint Distribution Committee*. La retta annuale pro capite di 850 dollari, con aggiunta di altri eventuali 350 in base alle condizioni che i pazienti presentavano, era per l'amministrazione dell'ente ospedaliero il gradito prezzo del biglietto di ingresso in Ospedale Psichiatrico. Si tenga conto che il costo minimo della retta comune era all'epoca di 605 lire al giorno e che un dollaro valeva circa 624 lire. Un vero affare, in quanto tali organizzazioni pagavano un prezzo superiore al doppio di quello normalmente praticato.¹⁵¹

Nel primo dopoguerra esplose un problema da decenni sopito all'interno dell'Ospedale Psichiatrico, dovuto all'infezione tubercolare che serpeggiava tra i pazienti e il personale infermieristico. Condizioni estremamente favorevoli per la diffusione della malattia furono sicuramente gli ambienti sovraffollati, la convivenza tra pazienti e personale, i lunghi turni di 48 ore di servizio degli infermieri. L'incidenza della tubercolosi tra i malati di mente era nettamente

¹⁴⁹ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1951.

¹⁵⁰ Ibidem.

¹⁵¹ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1951.

superiore rispetto alla normale popolazione che viveva all'esterno di quelle strutture. La morbilità per tubercolosi arrivava, all'epoca, al 43 per mille dei ricoverati. Furono fatti controlli e si accertò, con la schermografia, che il 10% nei ricoverati presentava lesioni polmonari pregresse, chiuse o latenti. Per i casi di malattia attiva fu necessario predisporre un reparto di isolamento in un padiglione, con numero limitato di malati per ambiente e con turni di sorveglianza più brevi per non esporre eccessivamente gli infermieri a rischio di contagio.¹⁵² Nell'ambito del personale, non pochi infermieri e dipendenti di pari qualifica furono messi per lungo tempo in malattia per la cura antitubercolare ed in convalescenza per un ulteriore periodo protratto con indennità post sanatoriale dell'INPS. Per alcuni fu determinato anche il pensionamento per malattia da causa di servizio. Il rilievo di casi attivi perdurò per anni, tanto che furono in seguito necessariamente aperti due padiglioni per malati psichiatrici all'interno dell'area dell'Ospedale Sanatoriale. Nel progetto del nuovo Ospedale Psichiatrico di contrada Casalena fu inoltre previsto un apposito padiglione per malati psichiatrici affetti da tubercolosi.¹⁵³ La realtà teramana era ben tutelata sotto questo aspetto, dal momento che va rilevato che in Italia solo un ospedale psichiatrico su 5 disponeva di appositi reparti attrezzati per tubercolotici. Inoltre a Teramo Ospedale Psichiatrico e Ospedale Sanatoriale erano gestiti dallo stesso ente, mentre in generale i sanatori in Italia erano gestiti dall'INPS (a tal proposito bisogna ricordare che nel 1937, con la legge 3 giugno 1937 n. 847, era stata soppressa la Congregazione di Carità e tutti i suoi beni erano confluiti nell'apposito Ente Comunale di Assistenza. Questo, a sua volta, determinò l'istituzione *dell'Ente Ospedali ed Istituti Riuniti* per

¹⁵² BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1954.

¹⁵³ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1957.

amministrare e gestire tutti gli istituti sanitari assistenziali che derivano dalla precedente Congregazione di Carità). Era quindi problematico affidare malati di mente ad un Ospedale Sanatoriale, amministrato da un altro ente, ed era ancor più complicato affidare a un'istituzione psichiatrica un malato di tubercolosi, il quale generalmente restava senza cure. A Teramo le due tipologie di ospedali ricadevano sotto l'amministrazione dello stesso ente, quindi era possibile organizzare un sistema associato per ricoverare i malati di entrambe le patologie e assicurare, senza intralci e contrattempi, tutte le cure necessarie. I padiglioni furono chiusi negli anni '70 a seguito del miglioramento della situazione generale. I rari casi di malati di tubercolosi, provenienti dall'Ospedale Psichiatrico, furono poi ricoverati singolarmente in ambito sanatoriale in camere di isolamento con apposito turno di infermieri psichiatrici.

Per quanto concerne il corpo infermieristico bisogna far presente che nel dopoguerra vi furono corsi di aggiornamento e idoneità, ai sensi dell'articolo 24 del regolamento di Manicomi di cui al Regio Decreto del 16 agosto 1909 n.65. Il primo corso si svolse nel 1946, dove parteciparono 54 infermiere e 44 infermieri. Gli infermieri erano subordinati ad una ferrea disciplina. Multe e provvedimenti punitivi erano all'ordine del giorno. L'infrazione più comune era quella di essere sorpreso a dormire durante il turno notturno di lavoro mentre la più grave mancanza, passibile di denuncia penale, era quella di omessa sorveglianza, che poteva comportare la fuga del paziente o peggio ancora il suicidio nello stesso. Le conseguenze penali, ai sensi della legge manicomiale 1904 e del suo regolamento del 1908, ricadevano inevitabilmente sugli infermieri. Clamorosa fu l'evasione nella notte tra il 16 e 17 marzo del 1946 di Emilio V. dal reparto Tamburini. Elusa la sorveglianza degli infermieri, egli aveva raggiunto il tetto dal quale poi si era calato con delle lenzuola fino alla strada, dove poi si era dileguato. Venne individuato e ricondotto in Ospedale dopo qualche tempo in quanto sfinito e senza

riparo.¹⁵⁴ Ed ancora, il 10 luglio 1948, due ricoverati superarono con astuzia alcune porte sbarrate da pesanti catenacci riuscendo ad eludere la sorveglianza del portiere e a guadagnarsi la libertà. Dopo poche ore anche costoro furono rintracciati e ricondotti in Ospedale.¹⁵⁵ Per queste vicende gli infermieri dei turni interessati vennero denunciati all'Autorità Giudiziaria finendo in Tribunale, ma alla fine furono assolti. Si riconobbe, in entrambi i casi, che l'evasione era dovuta, più che a negligenza degli infermieri, all'astuzia e alla destrezza dei fuggitivi.

La gerarchia infermieristica era molto articolata. Le infermiere erano presenti nei reparti femminili e gli infermieri in quelli maschili con un rapporto di 1 a 6 con i malati. Svolgevano attività di Caposala e di infermiere professionali le religiose appartenenti alla Congregazione delle Figlie della Carità di San Vincenzo de Paoli. Un infermiere ispettore dirigeva il sistema di custodia, coadiuvato da un vice infermiere ispettore. In ogni settore vi era un infermiere sorvegliante, il quale vigilava affinché gli infermieri non si distrassero o addormentassero durante il servizio. Questi infermieri erano a loro volta ordinati per grado in: infermiere abilitato di prima categoria, infermiere abilitato semplice, allievo infermiere. All'interno dell'Ospedale Psichiatrico vi erano anche altre figure come quella dell'ortolano, della lavandaia, del facchino e così via, operanti all'esterno in collaborazione con i pazienti tranquilli che svolgiamo lavori di vario genere etichettati come ergoterapia. Nel 1951 vi fu una particolare celebrazione per festeggiare il compimento dei 50 anni di attività di suor Angelica Acerbo, in servizio all'ospedale psichiatrico fin dal 1901.¹⁵⁶

¹⁵⁴ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1946.

¹⁵⁵ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1948.

¹⁵⁶ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1951.

4.17 NUOVI PSICHIATRI

Il 1° Agosto 1959 il Dottor Ignazio Passanisi diede le dimissioni, in quanto passò a dirigere l'Ospedale Neuropsichiatrico provinciale di Ancona. A fare le veci di Direttore, per un breve periodo, fu il dottor Giulio Ciafaloni. Questi venne sostituito dal nuovo Direttore incaricato Carlo Romerio, il quale aveva vinto il concorso tenutosi nel 1961.¹⁵⁷ A questo concorso parteciparono numerose figure di spicco quali, per esempio, Giorgio Sacerdoti, Piero Benassi ed un ancora sconosciuto Franco Basaglia, il quale affrontava in uscita dall'ambiente universitario il suo primo concorso ospedaliero. L'anno successivo Basaglia assunse la direzione dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, dove sotto la sua guida ebbe inizio la rivoluzione della psichiatria italiana che culminò con l'emanazione della Legge 180 del 13 maggio 1978.¹⁵⁸ La direzione del professor Carlo Romerio durò diversi anni. Possedendo una buona impostazione clinica, di impronta neurologica, incoraggiò l'ingresso nell'istituto dei primi giovani specialisti in neurologia e mise in auge il primo servizio di elettroencefalografia. Nel 1967 si mise in aspettativa per andare a dirigere il prestigioso Ospedale Neuropsichiatrico provinciale di Varese.¹⁵⁹ Il posto di Romerio fu preso a Teramo da Antonio Bernardini, il quale era primario dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo a seguito delle dimissioni del professor Raffaele Caserta del 1953.¹⁶⁰

¹⁵⁷ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1961.

¹⁵⁸ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1961.

¹⁵⁹ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1967.

¹⁶⁰ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1953.

4.18 ANNO DI GRANDI CAMBIAMENTI: IL 1968

Il 1968 fu un anno molto importante in quanto vide la promulgazione della Legge 12 febbraio 1968 n.132 (meglio nota come legge Mariotti). A corollario di questa ci fu la Legge del 18 marzo 1968 n.431 (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica) la quale stabilì che ogni Ospedale Psichiatrico Pubblico dovesse avere da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti letto. A livello di organico venivano previsti un Direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo per ogni divisione, un primario, un aiuto ed almeno un assistente. Doveva inoltre essere assicurato il rapporto di un infermiere ogni 3 posti letto e di un assistente sanitario o sociale per ogni 100 posti letto. L'Ospedale Psichiatrico di Teramo, nel 1968, aveva 1.169 ricoverati: 643 erano uomini e 526 erano donne. Erano suddivisi in 36 sezioni (18 maschili, 18 femminili) ed erano assistiti e sorvegliati da un totale di 215 infermieri psichiatrici (109 per i reparti maschili, 106 per i reparti femminili). Sulla base di questi numeri possiamo dire che l'Ospedale Psichiatrico di Teramo aveva il doppio dei ricoverati permessi dalla legge e solo la metà del personale infermieristico occorrente. Non erano inoltre presenti in servizio medico igienista, psicologo, assistenti sanitari o assistenti sociali.¹⁶¹ L'amministrazione ospedaliera del 1973, in vista di una futura apertura di tutto il complesso di Contrada Casalena, pensò di poter costituire due distinti Ospedali Psichiatrici, come era già avvenuto ad Aversa nella storica sede manicomiale dell'Ospedale Psichiatrico "Santa Maria Maddalena". Fu pertanto deliberata l'istituzione di una Seconda Unità Psichiatrica.¹⁶² Il Direttore Antonio Bernardini, avuto sentore delle intenzioni dell'ente, fece una dura opposizione e

¹⁶¹ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1968.

¹⁶² BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1973.

presentò, nelle sedi opportune, un ricorso del quale non vi fu però bisogno, in quanto la delibera fu bocciata sul nascere a livello regionale. Nel frattempo era in arrivo la Legge 180 del 13 maggio 1978, la quale prevedeva la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e ne proibiva l'apertura di nuovi. Per quanto riguarda invece la Legge 18 marzo 1968 n.431 (Provvidenze per l'assistenza psichiatrica), si prevedeva che l'ammissione in Ospedale Psichiatrico potesse avvenire, da allora, per accertamento diagnostico e per cura anche volontariamente, su richiesta del malato, previa autorizzazione del medico di guardia. Pertanto non si applicavano le norme vigenti per i ricoveri da autorità che derivavano dalla legislazione del 1904 e successive modifiche. Su tale presupposto, nel 1970, fu istituita una Divisione Neuropsicodiagnostica, composta da due sezioni da 125 posti letto, maschile e femminile.¹⁶³ Come precisava il Direttore Antonio Bernardini, essa sarebbe servita per accogliere nuovi casi di malattia psichiatrica in fase acuta da diagnosticare e da curare. Di questi due reparti sarebbe rimasto poi un unico reparto con pochi posti letto, successivamente annesso all'Ospedale Civile, denominato Servizio di Psichiatria, il quale serviva a raccogliere i ricoveri urgenti per patologie mentali acute (ricoveri volontari e Trattamento Sanitario Obbligatorio). In questo modo vennero a delinearsi due differenti situazioni: quella dei malati con patologia psichiatrica in fase acuta (che era possibile trattare soprattutto grazie a nuovi farmaci) e quella dei ricoverati cronici, con diagnosi definite, ma non più suscettibili di cure risolutive. Questa seconda situazione, la quale aveva visto negli anni un aumento della sua popolazione all'interno del sistema manicomiale, necessitava di un regime assistenziale più che adeguato.

¹⁶³ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1970.

4.19 CONTRADA CASALENA E CENTRO DI IGIENE MENTALE

La situazione dell'Ospedale Psichiatrico era sempre disagiata per l'affollamento e la ristrettezza degli ambienti. Nel 1953 avevano preso avvio i lavori per il primo padiglione del nuovo Ospedale Psichiatrico in Contrada Casalena, il quale sarebbe dovuto essere un autentico villaggio manicomiale. Il primo progetto risaliva all'inizio del secolo mentre quello reale di fattibilità era della seconda metà degli anni '30. Attraverso opportune modifiche era stato rinnovato il piano edilizio dell'opera, la quale avrebbe risolto il problema residenziale dei pazienti dell'Ospedale Psichiatrico che si trovavano nella sede di Porta Melatina, oltre che incrementare la ricettività ed il numero di ricoverati a vantaggio del bilancio economico dell'ente ospedaliero. Era prevista l'edificazione di quattro complessi residenziali per accogliere i pazienti psichiatrici in cura, un centro medico diagnostico con tutte le specialistiche, un padiglione per malati psichiatrici affetti da tubercolosi, un edificio per i servizi ed uno stabilimento autoptico mortuario, che assumeva valenza tecnico-scientifica e funebre.¹⁶⁴ I primi padiglioni ultimati furono intitolati, nel 1966, a Marco Levi Bianchini, Ottorino Rossi (Neuropatologo e cattedratico di Neuropsichiatria dell'Università di Pavia) e Giuseppe Carlo Riquier (allievo e successore di Rossi a Pavia, poi cattedratico a Milano). Questi ultimi due erano stati maestri di Vittorio Tronconi, il quale aveva avuto come allievo il Direttore dell'Ospedale di Teramo Carlo Romerio. I padiglioni ultimati servirono per accogliere la sezione maschile dell'Ospedale Psichiatrico. I pazienti si ritrovarono catapultati in una località lontana dal centro cittadino, immersa in aperta campagna e priva di servizi, la cui sede era difficile

¹⁶⁴ BMPDTE, Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1970.

da raggiungere e distante dalla vita sociale della città. Le sezioni femminili, invece, rimasero nei locali di Porta Melatina, nel pieno centro cittadino.

Il Centro di Igiene Mentale fu istituito dalla Provincia di Teramo nel 1968.¹⁶⁵ Esso era una struttura territoriale di assistenza per le malattie mentali e per talune disabilità correlate, con sedi a Teramo ed Atri e con postazioni ambulatoriali a Montorio al Vomano, Nereto e Giulianova. L'istituto servì a rivitalizzare l'attività dispensariale che era stata praticata nei decenni precedenti nel territorio teramano. Si ricordi infatti che, nel 1928, Marco Levi Bianchini aveva istituito un Dispensario di Igiene Mentale il quale, nel 1934, venne meno alla sua attività causa le difficoltà verificatesi nel periodo bellico e un disinteresse di gestione commissariale della Congregazione di Carità. Oltre a ciò, nel 1948, era stato istituito il Dispensario Provinciale d'Igiene e Profilassi Mentale il quale effettuava consultazioni organizzate, oltre che nell'ambito della provincia di Teramo, anche nei territori di Pescara e Chieti, i quali non possedevano strutture per la salute mentale di alcun genere. Quando nel 1960 le amministrazioni provinciali di Chieti e Pescara istituirono dei propri dispensari per le malattie psichiatriche, l'attività del Dispensario Provinciale d'Igiene e Profilassi Mentali si riferì al solo territorio teramano: fu così affidato alla direzione dell'Ospedale Psichiatrico. Nei successivi anni esso svolse attività limitate al controllo dei pazienti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico, all'erogazione di qualche sussidio, all'invio di qualche paziente in centri specializzati. Per questo, quando nel 1968 venne istituito il C.I.M., l'esigenza di un servizio territoriale era molto sentita e l'amministrazione provinciale volle intervenire sul territorio per agire soprattutto in fase preventiva sulla malattia mentale. Vennero pertanto istituite due sedi proprie del C.I.M. a Teramo nel palazzo Delfico e ad Atri nel palazzo Ricciconti. Altre sedi vennero

¹⁶⁵ Antonio Bernardini, Michele Colleluori, *Il servizio dei C.I.M. della Provincia di Teramo nel suo primo anno di attività*, in *La Clinica Neuropsichiatrica*, 1969.

ospitate nei locali del Dispensario d'Igiene Sociale di Giulianova, Nereto e Montorio al Vomano, di proprietà della Provincia di Teramo. La struttura territoriale si distaccò dall'Ospedale Psichiatrico. L'organico del C.I.M. era costituito da un medico specialista (il dottor Michele Colleluori) il quale aveva funzione di direttore, una psicopedagoga, due assistenti sociali e da un minimo personale ausiliario. Costoro si spostavano di giorno in giorno nelle varie sedi di attività. Successivamente si aggiunsero altre figure a questa équipe iniziale. Il primo anno di istituzione del C.I.M. furono trattati 544 pazienti: 329 vennero assistiti per la prima volta. Risultò per 11 casi che fosse necessario l'intervento dell'Ospedale Psichiatrico, per 14 casi del reparto neurologico e per 27 casi di una struttura di riabilitazione. Inoltre vi erano 79 pazienti che erano stati dimessi dall'Ospedale Psichiatrico e 70 del reparto neurologico dello stesso nosocomio teramano. Nel primo anno furono effettuate 32 visite domiciliari a pazienti impossibilitati a muoversi e a recarsi a visita in uno dei punti di attività del C.I.M.. L'assistenza farmaceutica veniva effettuata senza pagamento, grazie all'intervento di alcune case farmaceutiche che fornivano medicinali gratuitamente. Furono trattati anche 80 bambini e adolescenti ai quali venivano effettuati accertamenti psicologici e test mentali specifici per stabilire il Quoziente Intellettivo, le cause dello scarso rendimento scolastico e dello scarso adattamento all'ambiente. I bambini erano trattati con consigli psicologici, psicosociali e psicopedagogici.¹⁶⁶ Nel corso degli anni l'attività del C.I.M. si ampliò fornendo numerosi interventi di tipo psichiatrico e neurologico, ma l'importanza la si è sentita anche in campo psicologico, psico pedagogico e riabilitativo. Negli anni '70 la sede teramana fu dislocata in via Diaz, nei locali della Provincia di Teramo, in passato sede del brefotrofia e che in seguito costituì la prima sede distaccata dell'Università

¹⁶⁶ Antonio Bernardini, Michele Colleluori, *Il servizio dei C.I.M. della Provincia di Teramo nel suo primo anno di attività*, in *La Clinica Neuropsichiatrica*, 1969.

Gabriele D'Annunzio a Teramo. Nel 1980 il C.I.M., classificato come struttura sanitaria, a seguito della disposizione della legge 833 del 1978 relativa all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, è stato assegnato alla U.L.S.S. di Teramo. Attualmente svolge la propria attività a Contrada Casalena, in un edificio del complesso che a suo tempo era stato destinato a nuova sede dell'Ospedale Psichiatrico.

4.20 EFFETTI DELLA LEGGE 180 DEL 1978 A TERAMO

Con la promulgazione della Legge 180 del 13 maggio 1978 si pensava che le strutture per il ricovero psichiatrico dovessero chiudere la loro attività e che i pazienti sarebbero stati tutti dimessi in tempi brevi. Tutto questo, invece, non accadde in quanto mancavano strutture alternative sul territorio per poter permettere ai malati di uscire dagli Ospedali Psichiatrici e vivere in maniera assistita e tutelata. L'unica disposizione che poteva essere rispettata della Legge 180 fu il divieto di fare nuovi ricoveri negli esistenti Ospedali Psichiatrici. Le urgenze psichiatriche, che necessitavano di degenza per pazienti, potevano invece essere demandate agli appositi Servizi di Psichiatria degli Ospedali Civili. In queste sedi, infatti, potevano essere effettuati ricoveri volontari e Trattamenti Sanitari Obbligatori (come da articoli 33 e 35 della legge 23 dicembre 1978 n. 833). Pertanto, nei due mesi successivi alla promulgazione della legge 180, fu attivato un Servizio di Psichiatria con 15 posti letto nell'Ospedale Civile di Teramo. Il servizio sanitario contava un primario, un aiuto e due assistenti medici. Il personale infermieristico era costituito da una caposala, due infermieri professionali, dieci infermieri psichiatrici e due portantini.

In quel momento l'ospedale psichiatrico di Teramo ospitava 870 pazienti, vi lavorano 370 infermieri e contava un direttore, tre primari, tre aiuti, sei assistenti ed un primario igienista.¹⁶⁷ Va fatto notare che nelle regioni centro meridionali non fu effettuato un notevole sforzo finanziario e organizzativo per cercare di dare attuazione alla Legge ed assistere decorosamente i malati dimessi dagli ospedali psichiatrici. Le ragioni di questa inerzia furono molteplici e all'epoca non era certo facile inquadrarle e tantomeno risolverle. In Abruzzo vi erano situazioni indubbiamente oggettive e difficili da rimuovere, ma mancò soprattutto il

¹⁶⁷ BPMDTE, Registro dei verbali del Consiglio di Amministrazione dell'Ente Ospedali Istituti Riuniti Teramo, 1978.

sostegno organizzativo da parte di regione e aziende socio-sanitarie. Giocarono a sfavore anche l'assenza di volontà da parte dei politici e il labile supporto operativo da parte di medici e di operatori sociali e sanitari di vario grado nel settore. Si ricordi che i malati psichiatrici, provenienti da tutto l'Abruzzo e da fuori regione, erano concentrati in 4 strutture, due pubbliche (Ospedali Psichiatrici di Teramo e l'Aquila) e due private (Villa Pini a Chieti e Villa Serena a Città Sant'Angelo). Era pertanto oggettivamente difficile far reintegrare i pazienti dopo tanto tempo all'interno delle famiglie di origine, ma era altrettanto difficile affidarli, dopo decenni di assenza anagrafica, ai servizi sociali dei comuni di provenienza (sempre se questi servizi esistevano). Non era nemmeno pensabile che gli ex malati psichiatrici potessero tutti essere messi a carico, dal punto di vista assistenziale, dei quattro comuni dove erano presenti le strutture che li accoglievano. Altro motivo di inerzia fu costituito dalla mancanza di un sistema di assistenza sociale sul territorio, parallelo a quello sanitario. Non esistevano, infatti, strutture intermedie come residenze sanitarie assistite, case di riposo o sistemi organizzati del tipo casa-famiglia. In aggiunta va fatto notare che, per i politici locali, la chiusura degli Ospedali Psichiatrici sarebbe significata una dolorosa perdita in termini di posti di lavoro, i quali in passato venivano messi a concorso e che venivano ricoperti da cittadini residenti nei territori dei collegi elettorali dei politici in questione. Non a caso, dopo la promulgazione della legge 180, vennero comunque messi a concorso a Teramo 18 posti da infermiere psichiatrico e successivamente, nel 1980, si svolsero addirittura i concorsi per tre posti da primario e due posti d'aiuto dell'Ospedale Psichiatrico. Ne risultava che la struttura psichiatrica di Teramo apriva una possibilità di far carriera a livello ospedaliero ad un direttore, cinque primari, cinque aiuti e cinque assistenti, un'opportunità al tempo immensa rispetto agli organici alquanto limitati di tutte le altre discipline mediche e chirurgiche presenti in un ospedale di provincia. Fu

forse proprio per questo che i medici non sembrarono di certo propensi all'attuazione della Legge 180 e all'immediata chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo.

4.21 CHIUSURA DEFINITIVA DELL'EX MANICOMIO

Per vedere la definitiva chiusura dell'Ospedale Psichiatrico di Teramo si dovette attendere il 1998 quando, a distanza di 20 anni dalla promulgazione della Legge 180, la struttura cessò ogni attività e gli ultimi 250 ricoverati furono ufficialmente dimessi e in maggioranza affidati a strutture come case famiglia e Residenze Sanitarie Assistenziali. Fu effettuato un grande sforzo umano ed organizzativo da parte del dottor Francesco Saverio Moschetta, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale. La strategia che si decise di attuare fu quella di trovare dapprima delle residenze dove inserire sul territorio i ricoverati (l'alternativa sarebbe stata quella di dover notificare lo sfratto ai pazienti per poi uscire a cercare una collocazione adeguata alle loro necessità). Questo processo ebbe molte resistenze e polemiche da parte delle amministrazioni dei comuni nei quali i nuclei organizzati come Case Famiglia per gli ex-degenti avrebbero dovuto trovare collocazione. Sembra che i Sindaci, i Consigli Comunali e la popolazione temessero che “masse di folli indemoniati” avrebbero invaso i loro centri abitati. Fortunatamente l'opera di persuasione e di rassicurazione nei confronti dei politici ebbe esito positivo. Il dottor Saverio Moschetta condusse dei malati psichiatrici in seduta del Consiglio Comunale, presentando persone ordinate e composte, dall'aria alquanto spaurita e indubbiamente inoffensivi. Solo allora si comprese che quegli esseri umani presenti in pubblico non erano individui indemoniati, ma persone fragili e attempate che per vivere serenamente necessitavano soltanto di un minimo di assistenza e di conforto ed alle quali non si poteva di certo negare gli stessi diritti di cui godevano tutti gli altri cittadini italiani. La chiusura venne quindi attuata, senza grossi inconvenienti, il 31 marzo 1998, data in cui risultavano tutti quanti i ricoverati dimessi ed organizzati in nuclei di comune convivenza o comunque affidati ad un adeguato sistema assistenziale. Va però detto che la malattia psichiatrica cronica non fu debellata, ma semplicemente

cambiò residenza. I pazienti cronici immobilizzati a letto furono infatti trasferiti in un'apposita Residenza Sanitaria Assistenziale, istituita nei locali rimasti vuoti dell'Ospedale Sanatoriale. In seguito al terremoto, che nel 2009 colpì l'Aquila e interessò anche Teramo, tale edificio è rimasto lesionato in alcuni settori, pertanto è stato dichiarato inagibile. I pazienti psichiatrici sono stati quindi trasferiti nel complesso edilizio di Contrada Casalena, progettato a suo tempo per la struttura manicomiale che, ad un secolo dalla prima ipotesi di progettazione e dopo cinquant'anni impiegati per l'edificazione, li ha visti finalmente giungere a destinazione.

CONCLUSIONE

All'interno del percorso compiuto, in relazione alla dimensione sia storica che sociologica, è stato possibile comprendere come il rapporto tra la società che si definisce sana e il fenomeno della follia sia complesso e in continua evoluzione. Per secoli la psichiatria, quale disciplina volta al paradigma scientifico, che prevede un'attenta osservazione delle patologie e una diagnosi che conduce ad un trattamento terapeutico, esplicita il proprio mandato dequalificando i malati mentali al di fuori della società, inserendoli nei Manicomi. Le soluzioni utilizzate nei Manicomi si sono dimostrate inefficaci, coercitive e barbare, ma allo stesso tempo sembravano essere le uniche soluzioni che la società potesse adottare per affrontare la malattia mentale, che rappresentava la diversità, facendo sì che la società alzasse dei muri per difendersi. Si è visto poi come il modello Italiano di assistenza psichiatrica, grazie alla Legge n.180 del 1978, abbia profondamente rinnovato il contesto operativo, modificando primariamente la collocazione sociale del malato psichico e i suoi rapporti con i "sani". Si delinea, così, una nuova immagine della malattia e del malato, molto differente rispetto a quella dell'epoca manicomiale, ma che fatica ancora a penetrare nell'opinione pubblica. Per una società, quale quella in cui viviamo, che vuole realizzare la pretesa di essere plurale e differenziata, qualsiasi manovra volta ad escludere la diversità si rivela contraddittoria. Si rivela, al contrario, un dovere nello sforzo di includere ogni tipo di disuguaglianza. La questione ora è come includere la malattia mentale, che è sofferente e deviante. Il recupero di questi soggetti è possibile tramite una reintegrazione nella società; quest'ultima, inevitabilmente, deve essere maggiormente comprensiva per aprirsi a questo tipo di realtà "deviata", nella consapevolezza che difficilmente potrà essere del tutto "normalizzata". Soltanto aprendosi a questa diversità si può scoprire quanto essa sia accrescente e

stimolante, permettendo ai soggetti che la popolano di riacquisire un proprio ruolo nella società, conservando la propria identità ricostruita.

BIBLIOGRAFIA

- Addis Saba M., *La politica del regime fascista nei confronti della donna*, in Rivista abruzzese di studi storici dal fascismo alla Resistenza, A. VI, 1985, 1, p.40.
- Andreoli V., *Istruzioni per essere normali*, BUR, Milano, 1999.
- Articoli 153, 164-165 Regio Decreto n. 773 del 18 Giugno 1931, Testo Unico delle leggi di Ps.
- Babini V. P. , *Liberi Tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna 2009.
- Balduzzi E., *Le terapie di shock*, Feltrinelli, Milano 1962.
- Bernardini A., Colleluori M., *Il servizio dei C.I.M. della Provincia di Teramo nel suo primo anno di attività*, in *La Clinica Neuropsichiatrica*, 1969.
- Bianchi L., *A proposito della riforma della legge sui Manicomi e sugli alienati*, in Rivista sperimentale di freniatria, 1922, citato in Moraglio, *Dentro e fuori il Manicomio*.
- Businco L., *Salute della famiglia, forza della razza*, in “La difesa della razza”, 20 dicembre 1938, 4, p.37.
- Cabras L., Campanini E., Lippi D., *Uno psichiatra prima della psichiatria: Vincenzo Chiarugi ed il trattato "Della pazzia in genere e in specie"(1793-1794)*, Firenze, 1993.
- Canali M., *Le spie del regime*, Il Mulino, Bologna 2004.
- Canosa R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano, 1979.
- Carli R., Paniccchia R. M., *La cultura dei servizi di salute mentale in Italia. Dai malati psichiatrici alla nuova utenza: l'evoluzione della domanda di aiuto e delle dinamiche di rapporto*, Franco Angeli, Milano 2011.

- Cipriano P., *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Editrice Elèuthera, 2018.
- Codato F., *Che cos'è l'antipsichiatria? Storia della nascita del movimento di critica alla psichiatria*, Edizioni Psiconline, Chieti 2013.
- Codato F., *Follia, potere ed istituzione. Genesi del pensiero di Franco Basaglia*, UniService, Trento 2010.
- D'Alessandro R., *Lo specchio rimosso*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- De Peri F., *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento* in *Storia D'Italia*, annali, Vol. 7, p. 1070, Einaudi, Torino 1984.
- Foot J., *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2017.
- Foucault M., *Bisogna difendere la società*, Feltrinelli, Milano, 2010.
- Foucault M., *Il potere psichiatrico*, Milano, Feltrinelli, 2004.
- Foucault M., *Storia della Follia nell'Età Classica*, Milano, BUR Saggi, 1998.
- Furlan P.M., *Alcol, alcolici, alcolismo*, Editore Bollati Boringhieri, 1990.
- Gattei G., *La sifilide,: medici e poliziotti intorno alla "Venere politica"* in *Malattia e Medicina*, Einaudi, Torino 1984.
- Gibson M., *Nati per il crimine*, Bruno Mondadori, 2004.
- Goffman E., *Asylums, Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1972.
- Legge 14 Febbraio 1904 n. 36, "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati."
- Levi Bianchini M., *L'Isterismo dalle antiche alle moderne dottrine*, Drucker, Padova 1913.
- Loffredo F., *Politica della famiglia*, Bompiani, Milano 1938.

- Meldini P., *Sposa e Madre esemplare*, Guaraldi, Bologna 1975.
- Mercier, *Tableau de Paris*, t. VIII, p. 1. (Foucault 1961).
- Modena G., *La morbosità per malattie mentali in Italia nel Triennio 1926-1927-1928*, Tip. Failli, 1933.
- Moraglio M., *Dentro e fuori il Manicomio. L'Assistenza psichiatrica in Italia tra le due Guerre*, in "Contemporanea. Rivista Storica dell'800 e del '900", a. IX, Gennaio 2006.
- Passione R., Cerletti U., *Scritti sull'elettroshock*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Petracci M., *I matti del Duce, Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Donzelli editore, Roma 2014.
- Piccione R., *Il futuro dei servizi mentali in Italia. Significato e prospettive del sistema italiano di promozione e protezione della salute mentale*, Franco Angeli, Milano 2004.
- Piccione R., *Manuale di psichiatria*, Bulzoni, Roma 1995.
- Rossi S., *La salute Mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Franco Angeli, Milano 2015.
- Stock F., *L'officina dell'intelletto. Alle origini dell'istituzione psichiatrica in Toscana*, Roma, Il pensiero scientifico, 1983.
- Valeriano A., *Malacarne, Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Editore Donzelli, 2019.
- Vicarelli G., *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna 1997.

FONTI ARCHIVISTICHE

- Archivio di Stato Teramo (ASTE), Prefettura Gabinetto, vers. 70, b.5, f 153.

- Biblioteca Provinciale Melchiorre Delfico Teramo (BPDMTE), Registro Verbali del Consiglio di Amministrazione della Congregazione di Carità Teramo.
- BPMDTE, Registro verbali del Consiglio di Amministrazione Ente Ospedali Istituti Riuniti, Teramo.
- *Cronaca della Congregazione di Carità e del Manicomio di Teramo.*
- *Cronaca del Manicomio di Teramo.*
- Garbini G., *L'Assistenza dei malati di mente nel manicomio di Teramo (1880-1918)*, relazione del Direttore Guido Garbini, tipografia Peruginiana Santucci, Perugia 1919.
- Levi Bianchini M., *Atti Ufficiali della Società Psicoanalitica Italiana*, Teramo.
- Levi Bianchini M., Nardi J., *Malariaterapia della Psicosi maniacodepressiva*, Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi.
- Manca G., *“Un anno di amministrazione straordinaria”*, Commissione di Inchiesta anni 1902-1905 sulla Congregazione di Carità di Teramo, Archivio di Stato Teramo (ASTE).
- Quarchioni M., *Il Manicomio di Teramo e Marco Levi Bianchini*, in *Abruzzo contemporaneo*, I, 1 Giugno 1991.
- Quarchioni M., *Marco Levi Bianchini e la Biblioteca Psicoanalitica Italiana*, in *Notizie dalla Delfico*, 1, 1988.
- Roscioli R., *Relazione sul Manicomio di Teramo per l'anno 1907*, in *Cronaca del Manicomio di Teramo.*