

UNA SANA LIBERTÀ
DIFESA SOCIALE E CURA DELLA PERSONA NELLA LEGISLAZIONE
MANICOMIALE ITALIANA 1904-1978

Ernesto De Cristofaro
Università degli Studi di Catania
edecristofaro@lex.unict.it

Sommario: 1. Libertà e costrizione nella genesi del manicomio. – 2. La legislazione italiana da Giolitti al fascismo. – 3. Dalla Costituzione alla legge Mariotti. – 4. Gli anni settanta, Trieste, la legge Basaglia.

A Parigi avevo sentito dire che l'istituzione di Monsieur Maillard era retta con quel che volgarmente si definiva «sistema dolce»; ogni punizione era bandita; di rado si ricorreva all'isolamento; i pazienti, pur sempre discretamente osservati, godevano di molta libertà; e alla maggior parte di essi si consentiva di muoversi per la casa e per i giardini che la circondavano, vestiti come usano vestire persone sane di mente.

E. A. Poe, *Il sistema del dottor Catrame e del professor Piuma* (1845).

Nel lavoro dello psichiatra esiste un duplice mandato: uno esplicito e uno implicito, sottaciuto, direi, vergognoso. Quello esplicito è di tipo sanitario e riguarda la salute della persona e il suo grado di benessere; quello latente è *poliziesco*, di controllo e attenuazione dei conflitti ingenerati da comportamenti disturbanti.

S. Catellani, *Fort Apache* (2003).

1. *Libertà e costrizione nella genesi del manicomio*

La scena originaria entro cui si suole collocare storicamente la nascita del manicomio si svolge nel 1793 presso l'ospedale – già orfanotrofio, poi prigione – di Bicêtre, situato nei sobborghi meridionali di Parigi, all'interno del quale erano all'epoca ricoverati circa duecento malati di mente. Qui lo psichiatra Philippe Pinel decide di togliere le catene ai soggetti reclusi nelle segrete. Nel corso di un'ispezione di Georges Couthon (giacobino, deputato alla Convenzione nazionale), venuto a sincerarsi che tra costoro non si na-

Italian Review of Legal History, 4 (2018), n. 05, pag. 1-22.

Registrazione presso il Tribunale di Milano n. 227/2015

Contatti: via Festa del Perdono 7 - 20122 Milano - segreteria.irlh@unimi.it

scondessero sospetti e coperto di invettive ed espressioni volgari, Pinel si sentì da costui apostrofare così: «Perbacco, cittadino, sei pazzo anche tu a voler liberare dalle catene simili animali?». Una domanda alla quale egli, con calma, rispose: «Cittadino, sono convinto che questi alienati sono così intrattabili proprio perché vengono privati d'aria e di libertà»¹. La “liberazione” operata da Pinel non è, tuttavia, immune da ambiguità. La legge francese sull'organizzazione giudiziaria del 16-24 agosto 1790 aveva reso l'internamento una misura di polizia, conferendo all'autorità municipale l'incarico di contrastare gli avvenimenti incresciosi provocati dai pazzi furiosi lasciati in libertà. Essa aveva anche previsto la creazione di grandi ospedali destinati agli insensati. Si voleva che i folli, nella misura in cui considerati nocivi e pericolosi per la società, vi restassero custoditi sino al momento in cui, guariti, non fossero stati in grado di «godere della loro libertà»². Si trattava, dunque, di neutralizzare la follia attraverso condizioni di diagnosi e terapia della medesima generate dalla costituzione di un campo asilare puro, chiuso e separato dal resto della società. Condizioni a partire dalle quali la follia poteva essere analizzata e dissezionata con tutto il rigore conoscitivo necessario, distanziandosi da essa per scongiurare il rischio dell'indiscernibilità di tutti quei suoi aspetti che si mescolano continuamente alla non follia e che, talora, generano le maschere equivoche della simulazione del disagio mentale. Sicché quello che fa Pinel, ovvero togliere le catene agli alienati delle segrete, significa «introdurli nel dominio di una libertà che sarà anche quello di una verifica, significa lasciarli apparire in un'oggettività che non sarà più velata nelle persecuzioni e nei conseguenti furori»³. È possibile affermare che a queste condizioni il manicomio non rappresenta soltanto il luogo per effettuare una cura e osservare il decorso della malattia «ma costituisce *la* cura stessa»⁴. La costruzione di questo campo di osservazione, trasparente e asettico, innesta nelle pratiche della medicina mentale la sensibilità generale che le idee dell'illuminismo hanno diffuso e segna il trionfo della fede nella ragione. Il manicomio consente un incasellamento razionale del folle e dei vaneggiamenti che lo abi-

¹ Foucault, 2016, p. 647.

² Foucault, 2016, p. 653.

³ Foucault, 2016, p. 656.

⁴ Roscioni, 2003, p. X.

tano. Secondo Franco Basaglia, «Una società, per essere civile, deve essere razionale. [...] È così che nasce l'istituzione razionale del manicomio che racchiude l'irrazionalità. Una persona folle diventa nuovamente razionale nel momento in cui è internata in manicomio»⁵. Ma, oltre l'assorbimento ideologico dell'irrazionalità della follia nella razionalità del manicomio, la psichiatria nasce entro un orizzonte capillarmente ordinativo. La società genera problemi e disadattamento nei campi più diversi – famiglia, lavoro, luoghi della socialità – ed esige, dunque, sedi di ricomposizione delle sue tensioni e dei suoi conflitti. Il manicomio concorre a svolgere questo compito di igiene pubblica e gli psichiatri sono «funzionari dell'ordine sociale»⁶. Entro questa latitudine è possibile fissare la seconda scena fondativa inerente la sua nascita: la legge francese sugli alienati del 30 giugno 1838.

La legge impegna il Parlamento francese per un anno e mezzo, a partire dal gennaio 1837, e nei lavori che la preparano sono intensamente consultati i più celebri alienisti dell'epoca da Pinel, a Faivre, a Falret, a Esquirol. Essa segna il passaggio dal regime dell'interdizione civile, nella quale il soggetto mentalmente debilitato era privato della capacità di regolare legalmente i propri rapporti ed interessi, alla possibilità di disporre l'internamento, consistente nel collocamento del malato in una struttura sotto il controllo dell'autorità medica, anche senza una precedente interdizione. In termini operativi, questo paradigma di intervento determina un profondo cambiamento nei rapporti di forza tra i poteri coinvolti. Secondo questa disciplina, infatti, all'autorità giudiziaria, che era la sola istanza legale attiva nella dinamica dell'interdizione, spetta ora un semplice controllo formale a conclusione del percorso. Esso viene, per il resto, gestito dall'autorità prefettizia in concorso con quella sanitaria. Ma, poiché sono i medici a decidere se le condizioni cliniche di un individuo siano tali da richiederne l'ospedalizzazione, la loro parola diventa «la migliore garanzia della regolarità del funzionamento amministrativo»⁷. D'altra parte, l'alienazione mentale è una condizione antropologica che esige di essere trattata, come già ai tempi della rivoluzione era emerso, entro un perimetro istituzionale del tutto specifico. Lo statuto giuridico degli internati – assenza di libertà, so-

⁵ Basaglia, 2000, p. 48.

⁶ Foucault, 2005, p. 197.

⁷ Castel, 1980, p. 160.

spensione a tempo indeterminato dall'esercizio dei diritti civili, dipendenza totale nei confronti dell'autorità che li prende in carico - ricorda quello dei detenuti. Si tratta, quindi, di mettere in piedi una rete di istituti pubblici che sia guidata da un corpo di medici-funzionari posti in raccordo al potere centrale per il tramite dei prefetti. Una volta oltrepassata la soglia del manicomio, l'individuo depone le sue prerogative di libero cittadino per diventare un alienato. Egli è unilateralmente posto sotto tutela medica, legale, assistenziale. La sua immagine è il rovescio di quella del soggetto autonomo che esercitando la ragione aderisce al contratto sociale. Come osserva Robert Castel, «in una società fondata sul contratto, l'alienato è colui che sfugge a ogni tipo di relazione contrattuale»⁸. La legge trascura il versante della cura e della riabilitazione per privilegiare quello della pace sociale che la libera circolazione degli insensati mette a repentaglio. L'articolo 18 è del tutto esplicito, in proposito: «À Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes». In tal modo, «la non-ragione dei folli viene ancora una volta concepita come disturbo dell'ordine e della sicurezza, disturbo che è compito dello Stato tenere sotto assiduo controllo»⁹.

Naturalmente, il legislatore della Francia borghese sa ben riconoscere le distinzioni sociali e contempla, di conseguenza, l'eventualità che gli alienati che possono permetterselo vengano ricoverati presso ospedali privati sui quali l'autorità pubblica eserciterà un controllo, comunque meno diretto e penetrante. Così, il vero oggetto della normativa sono i malati indigenti e marginali, gli inabili e i recalcitranti al lavoro, - imperativo categorico della nuova società la cui vita oscilla come un pendolo tra la produzione e il consumo -, i folli poveri che, per la loro condizione sono, secondo un deputato, i soli che possano «compromettere la tranquillità pubblica»¹⁰. La legge del 1838 sposta il problema della gestione della follia dal campo familiare (nei casi in cui, ovviamente, vi fosse una famiglia a poterlo gestire) a quello dello Stato, che se ne fa carico attraverso un apparato burocratico che accop-

⁸ Castel, 1980, p. 165.

⁹ Dörner, 1975, p. 203.

¹⁰ Castel, 1980, p. 163.

pia l'inchiesta amministrativa e il sapere psichiatrico. Il folle emerge, entro queste coordinate, come «avversario sociale, come pericolo per la società e ha smesso di essere l'individuo che può mettere a repentaglio i diritti, le ricchezze, i privilegi di una famiglia»¹¹. Questo spiega perché la sostanza dell'azione alla quale egli viene sottoposto non si risolve nella privazione dei diritti civili, ma in un vero e proprio sequestro del corpo a tempo indeterminato. In quanto nemico pericoloso, al folle privato della libertà, sebbene non più incatenato, non vengono risparmiati trattamenti vessatori e degradanti: interrogatori estenuanti, docce fredde, letti di contenzione, camicie di forza, seggiole rotatorie che provocano vertigini. Il manicomio somiglia molto più a un carcere che a un ospedale e, spesso, vi si tende a confondere l'obbedienza e la remissività indotte dai summenzionati protocolli disciplinari con il recupero della salute e la guarigione. In quest'arcipelago della sofferenza si segnalano pochissime eccezioni. Una di esse, la cui storia divenne oggetto di pubblicazioni già negli anni del suo svolgimento, è quella del medico inglese John Conolly presso l'ospedale di Hanwell, piccolo centro a una decina di chilometri da Londra. Qui tra il 1839 e il 1852 prende corpo quella che si potrebbe considerare la terza scena fondativa della moderna psichiatria. Un esperimento rivoluzionario rispetto alla dominante prassi dell'epoca che culminerà, nel 1856, nella pubblicazione di un ampio resoconto sulla possibilità e gli effetti del trattamento della malattia mentale senza metodi costrittivi. Conolly si occupa del vestiario dei pazienti, della loro biancheria, della loro dieta. Introduce attività ricreative per coinvolgere e risvegliare i più apatici e svogliati. Adotta un atteggiamento comprensivo verso condotte che altri giudicherebbero stranezze passibili di punizione, come quando a una donna che continuamente si strappa i vestiti fa avere dei tessuti su cui questa possa liberamente sfogare quest'inclinazione. Ma, soprattutto, abolisce i metodi di contenzione, le manette, le camicie di forza. Afferma, e poi scriverà, che l'uso della forza è nocivo e controproducente non solo verso coloro a cui viene applicata, ma verso tutti i pazienti. Ritiene che dovere del medico sia curare il malato piuttosto che proteggere la società. La sua attività non si fonda sul presupposto della pericolosità ma «sulla critica della repressione istituzionale e sulla ipotesi di comunicazione e contatto con la disperazione, con la soffe-

¹¹ Foucault, 2004, p. 96.

renza e con le sue modalità di espressione»¹². Anche se il metodo seguito da Conolly riguarda, e più che mai ai suoi tempi, una porzione minoritaria del grande *continuum* asilare, esso assume un'importanza indicativa rilevantisima perché mostra concretamente che esiste un modo di rivolgersi alla follia che non calpesta la dignità e, per quanto possibile, la libertà degli internati. Un approccio che, dopo un lungo percorso carsico durato alcuni decenni, riaffiorerà e concorrerà a indebolire il rigore della psichiatria custodialistica fondata sul postulato della pericolosità sociale del malato.

2. *La legislazione italiana da Giolitti al fascismo*

La legge francese del 1838 rappresenta il modello di molte successive regolazioni sull'assistenza psichiatrica varate in Europa nel corso del diciannovesimo secolo o, come accade in Italia, nei primi anni del ventesimo. Il binomio, o meglio l'ossimoro, "cura e custodia" ne è il filo conduttore e il manicomio ne è il baluardo visivamente più perentorio. Nel diffuso consolidarsi sul suolo continentale dello Stato liberale e di diritto, «il manicomio proteggeva il corpo sociale produttivo dal corpo invalidato, il quale diveniva il mero oggetto riproduttivo dell'organizzazione manicomiale»¹³. Nell'Italia preunitaria, le diverse amministrazioni seguivano nel trattamento della malattia mentale ciascuna un approccio che variava secondo lo sviluppo delle scienze mediche e delle strutture ospedaliere, la disponibilità di risorse finanziarie e le strategie di ordine pubblico. In alcuni casi, l'ammissione al manicomio richiedeva un'autorizzazione del Presidente della deputazione provinciale sulla base di un certificato medico, in altri l'autorità di pubblica sicurezza interveniva sulla base di generiche note informative, talora era sufficiente una semplice attestazione giurata¹⁴. Ma, su altri punti, il quadro nazionale presentava rilevanti tratti di omogeneità. Era prassi diffusa interpretare le occasionali rivendicazioni sociali delle classi meno abbienti attraverso la lente della clinica come manifestazioni di disordine morale, come una brama insana di mutare condizione tendente a tracimare in pazzia orgogliosa e chimerica; era, altresì, regola applicata nelle "case dei matti" del Sud e del Nord, da Palermo, ad Aversa, a Torino, il ricorso a mez-

¹² Pirella, 1976, p. XXIII.

¹³ Basaglia, 1979, p. 98.

¹⁴ Lonni, 1982, p. 264.

zi “terapeutici” di forte impatto quali il versamento di acqua ghiacciata sul capo, l’ampio uso di olio di ricino e altri purganti, le ustioni sulla nuca, le macchine rotatorie, i guanti di cuoio che impedivano la flessione delle dita, il lavoro e l’isolamento forzato che imponevano una disciplina routinaria ai soggetti più agitati; infine, era caratteristica generale della popolazione manicomiale l’estrazione sociale molto spesso modesta o infima dei suoi componenti. Un elemento che pone in risalto come anche in Italia il ricovero dei ricchi, che potevano essere curati in famiglia o in strutture private con minori limitazioni, fosse una circostanza statisticamente poco significativa e come, in definitiva, il manicomio funzionasse ovunque da grande discarica del disagio sociale e della marginalità¹⁵. Col compimento del processo risorgimentale e l’unificazione, la scienza psichiatrica italiana comincia a reclamare in modo più pressante un ruolo nella gestione amministrativa dei programmi di bonifica del corpo sociale. Nel 1874 si tiene a Imola il primo congresso nazionale della Società freniatria italiana, durante il quale si svolgono dotte disquisizioni e sperimentazioni sulla cura della pazzia attraverso la trasfusione di sangue di agnello¹⁶, una metodologia che rimandava agli albori della prassi transfusionale, gli anni sessanta del Seicento, ma che in sede ematologica era stata severamente criticata e rapidamente abbandonata dopo i suoi disastrosi esiti. Se, però, sul piano clinico alcune posizioni potevano apparire claudicanti e bisognose di approfondimento, molto netta era l’intenzione della psichiatria italiana di arrivare, nei tempi più brevi, ad una legge di sistema sul settore che definisse obiettivi, ruoli, competenze. Ad alimentare quest’esigenza, le evidenze sull’incremento dei malati di mente ricoverati nel Paese negli ultimi decenni del diciannovesimo secolo: 12300 nel 1874, 22424 nel 1888, 36873 nel 1898¹⁷. Tanto sarebbe bastato a rendere improcrastinabile una regolazione del settore ma, nonostante l’affastellarsi di svariati progetti legislativi ad opera di Nicotera (1877), Depretis (1881), Crispi (1890), nuovamente Nicotera (1891), Giolitti (1893), Di Rudinì (1897), alla legge si arriva soltanto nel 1904. Elemento che accomunava i tentativi esperiti nell’arco di un ventennio era stata la considerazione della cura come «momento subordinato

¹⁵ Canosa, 1979, pp. 32-43.

¹⁶ Giacanelli, 1975, p. XXV.

¹⁷ Canosa, 1979, pp. 87-89.

della custodia»¹⁸. Essa si ritrova anche nel testo presentato dal Primo Ministro Giolitti nel 1902 e poi divenuto la legge 36 del 14 febbraio 1904, il cui primo articolo recita: «Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi». Quale significato concreto si debba attribuire alle espressioni “pericolo” e “scandalo” usate dal legislatore è ricavabile dagli archivi dei manicomi e, in modo particolare, dalle ordinanze di ammissione che si riferiscono a “dementi” che gridano, litigano, bevono, sragionano, molestano le donne per strada, sono instabili negli umori e negli affetti, sono disordinati, trascurati, smemorati, depressi¹⁹. Il manicomio raccoglie una eterogenea umanità composta da mendicanti, oziosi, vagabondi, anarchici, omosessuali, adultere, prostitute insieme a persone affette da disturbi psichici e comportamentali della più diversa natura e origine. Come avviene nel campo limitrofo delle coeve misure di prevenzione (al 1889 risale la pubblicazione del Testo Unico di Pubblica sicurezza che rimpiazza quello del 1865), il candidato al manicomio – o, altrimenti, al domicilio coatto – è colui che tiene un comportamento non conforme all’ideologia dominante ma che «per il consolidamento dell’apparato garantistico nel settore penale non può essere giudiziariamente perseguito»²⁰. Nel presentare la legge al Parlamento, lo psichiatra Leonardo Bianchi precisa che scopo di essa è «tutelare il maggior bene che l’uomo sano di mente possiede: la libertà di pensiero di azione e l’esercizio dei diritti cittadini», ma per meglio ottenere questo risultato si è deciso di «limitare il sequestro della persona alle forme più spiegate di pazzia, e che sieno un vero pericolo per la persona del malato, e dell’ambiente, nonché per i rispettivi interessi»²¹. Nell’interesse della libertà individuale, la legge si sarebbe dovuta occupare soltanto dei malati «profondamente turbati», «pericolosi a sé o ad altri» o «inadattabili all’ambiente sociale», ma Bianchi deve riconoscere che sarebbe stato molto difficile sfollare i manicomi dai ricoverati che, infiacchiti dall’età e dalle te-

¹⁸ Canosa, 1979, p. 111.

¹⁹ Vassalli, 1984, p. 14.

²⁰ Lonni, 1982, p. 268.

²¹ Bianchi, 1903, p. 467.

rapie, erano divenuti tranquilli e governabili. Non soltanto perché nel manicomio gli psichiatri in molti casi avevano trovato il modo di canalizzare le loro energie verso qualche occupazione, ma anche perché «l'ambiente sociale protesterebbe contro il pietoso e nauseante spettacolo che tali dementi darebbero di loro nelle vie»²². Presidio liberale della legge è anche, secondo Bianchi, l'articolo 2 che disciplina le procedure di ammissione degli alienati nel manicomio. Essa deve essere chiesta dai parenti, tutori o protutori, ma può essere chiesta anche da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società. In via provvisoria sulla richiesta decide il pretore che si avvale di un certificato medico e, successivamente, il tribunale in camera di consiglio deciderà sull'ammissione definitiva grazie alla relazione del direttore del manicomio e dopo un periodo di osservazione che non potrà superare la durata di un mese. In casi di urgenza, l'autorità di pubblica sicurezza può ordinare il ricovero riferendone, entro i tre giorni seguenti, al Procuratore del Re. Questa trafila, secondo Bianchi, pone la libertà del cittadino e la salute dell'alienato al riparo «da qualunque manomissione o insidia da opposti interessi sollecitate»²³. Così pure l'ipotesi del ricovero d'urgenza, che ha vincoli formali più lievi, andava contemplata perché esistono forme di pazzia «con manifestazioni di una gravezza talora eccezionale e con pericolo inevitabile per lo infermo e per gli astanti: veri scoppi di furia distruggitrice di cose e di vite»²⁴. A garanzia della libertà individuale rimane, anche in questa estrema ipotesi, la redazione di un certificato medico da parte di un sanitario, non necessariamente uno psichiatra, che sappia riconoscere e descrivere i sintomi dell'alterazione mentale. Tra le mura del manicomio il soggetto ricoverato sarà affidato soprattutto al direttore che, sia secondo la legge 36 del 1904 che per il regolamento attuativo, emanato con eloquente lentezza nel 1909, è il *dominus* dell'istituzione sotto il profilo medico, organizzativo, disciplinare e finanziario. A lui spetta stabilire, secondo l'articolo 3 della legge e 64 del regolamento, se siano maturate le condizioni cliniche per rimettere in libertà un internato; nondimeno, gli è riconosciuta dagli articoli 4 della legge e 34 e 60 del regolamento la possibilità di calibrare l'uso dei mezzi di coercizione nei confronti

²² Bianchi, 1903, p. 469.

²³ Bianchi, 1903, p. 475.

²⁴ Bianchi, 1903, p. 476.

dei malati, delegando eventualmente tale prerogativa al restante personale medico; infine, secondo l'articolo 5 della legge, gli spetta la titolarità del potere disciplinare nei confronti di tutto il personale operante nella struttura. Commentando l'ultima disposizione, Bianchi afferma: «Solo così si educa forte e sana nella carità e nel sacrificio ogni anima addetta ai servizi del manicomio, senza di che questi istituti sarebbero il teatro di tutti gli impulsi, di tutti i perversimenti, di tutte le sconcezze di cui è capace l'incoscienza disordinata»²⁵. Non tutti coloro che, nel mondo della politica e della cultura, plaudono al varo della legge sui manicomi e gli alienati riconoscono l'indifferibilità sono egualmente persuasi della bontà dei criteri a cui essa si ispira. Nel dibattito parlamentare del 9 febbraio 1904, l'autorevole penalista Luigi Lucchini indirizza al provvedimento alcune acuminatae osservazioni. Anzitutto, a suo avviso, il rinvio al "pericolo" e allo "scandalo" non consente di «sapere e decidere quali saranno e non saranno i folli da ricoverare»²⁶. Altrettanto perniciose appaiono a Lucchini le regole sull'ammissione e la dimissione degli internati, la cui praticabilità riposa, in sostanza sul parere del direttore benché la legge preveda il coinvolgimento della magistratura. Essa, tuttavia, priva di qualsivoglia competenza, finirà per aderire sistematicamente all'opinione espressa in sede clinica. Sicché «l'intervento del magistrato non rappresenta un presidio, una tutela, ma un pericolo, un'insidia, ottenendosi di coprire con la sua sanzione incoscienza l'abuso e forse la frode e di renderne quindi assai più difficile la scoperta e l'incriminazione»²⁷. In definitiva, secondo Lucchini, tale testo normativo espone la libertà individuale a forti limitazioni ed esse possono risultare tanto più esecrabili quanto più generate dall'esercizio di un potere, quello dei medici posti a capo dei manicomi, che si presenta «sconfinato e quasi dispotico»²⁸. Né la legge del 1904 né il regolamento si occupano della dimensione curativo-riabilitativa del trattamento degli alienati. Essi sono, piuttosto, il frutto di un'alleanza tra politica e psichiatria. La prima interessata ad allontanare gli indesiderati dallo spazio pubblico murandoli in manicomio, la seconda ad esibire le proprie credenziali scientifiche all'in-

²⁵ Bianchi, 1903, p. 483.

²⁶ Lucchini, 1904, p. 10553.

²⁷ Lucchini, 1904, p. 10555.

²⁸ Lucchini, 1904, p. 10555.

terno di uno spazio separato che avrebbe potuto dominare indisturbata²⁹. Sarà nuovamente Leonardo Bianchi, in un intervento al Senato tenuto nel giugno 1922, in cui si denuncia la relazione tra incremento numerico dei malati di mente e infiacchimento della nazione, a ribadire la necessità, sia pure al prezzo di qualche integrazione correttiva sulle modalità di ammissione nei manicomi, di istituzioni ospedaliere e di pubblica sicurezza «ove potessero essere accolti e curati tutti coloro che erano comunque colpiti da malattie o da anomalie della mente»³⁰.

Il regime fascista trova volentieri il modo di avvalersi di questo *corpus* normativo che, nel furore del generale rinnovamento legislativo (che, oltre i Codici, non risparmia nemmeno la legislazione di pubblica sicurezza modificata nel 1926 e nel 1931) rimane intatto. A dispetto di un progetto organico sull'istituzione di "Servizi aperti" varato nel 1925 e rimasto senza seguito o di sporadiche ipotesi di riforma, vertenti sull'ampliamento dei poteri dello psichiatra accettante in fase di ricovero con la possibilità per costui di agire in assenza di contestuali atti dell'autorità giudiziaria o di quella di pubblica sicurezza³¹, oppure sul prolungamento dell'osservazione dei malati in entrata³², la legge dà ottima prova della sua efficacia nella versione originaria. La sola modifica normativa consiste nell'introduzione della trascrizione del ricovero manicomiale nel casellario giudiziale prevista dall'articolo 604 c. 2 del Codice di procedura penale del 1930, marchio d'infamia ed «equiparazione lombrosiana del folle al criminale»³³. Una disposizione ideologicamente coerente a quella dell'articolo 154, c. 1, del T.U.P.S del 1926 che recita: «Agli effetti della vigilanza dell'autorità di pubblica sicurezza, gli esercenti una professione sanitaria sono obbligati a denunciare all'autorità locale di pubblica sicurezza, entro due giorni, le persone da loro assistite o esaminate che siano affette da malattia di mente o da grave infermità psichica, le quali dimostrino o diano sospetto di essere pericolose a sé o agli altri».

²⁹ Lonni, 1982, p. 279.

³⁰ De Peri, 1984, p. 1134.

³¹ Antonini, 1933, col. 323.

³² Pieraccini, 1934, pp. 76-78.

³³ Cipriano, 2018, p. 74.

Per il resto, la grande elasticità delle nozioni classificatorie poste a base della legge 36 consente di attirare verso il manicomio molte manifestazioni di pericolosità politica e sociale: dai dissidenti, ai girovaghi, agli omosessuali, ai cristiani pentecostali, ai testimoni di Geova renitenti alla leva e inviati in manicomio dopo una diagnosi di “mania religiosa” o “paranoia religiosa”³⁴. Consente persino a Mussolini di liberarsi di Ida Dalser, un’amante divenuta molesta dopo essere stata respinta e dell’ingombrante figlio avuto da lei, Benito Albino, segregando entrambi a vita, rispettivamente nei manicomi di Pergine e poi Venezia-San Clemente e di Mombello. L’uso politico delle istituzioni totali, carcere e manicomio, che permette al fascismo di «escludere dal mondo dei normali i soggetti indesiderati»³⁵, assume in questo caso le fattezze brutali di un uso personale e spregiudicato di quei drastici dispositivi.

Gli anni del regime furono, peraltro, un periodo di fecondo sviluppo della psichiatria biologica, attraverso lo studio e la sperimentazione di nuove terapie. Prevale, nell’interpretazione della malattia, un orientamento somatico e diretto a “spegnerne” i sintomi. Si introducono metodi basati sullo shock insulinico (1933), sullo shock cardiazolico (1935), sullo shock acetilcolinico (1937) e sull’elettroshock (1938). Nel 1935 si pratica la prima tecnica psicotomica denominata leucotomia prefrontale. Tutti questi procedimenti sono accomunati dal loro basso costo esecutivo e dalla rapida efficacia in termini di riduzione delle più intense manifestazioni sintomatiche. L’elettroshock viene applicato per la prima volta nel 1938 dal medico italiano Ugo Cerletti che, nella ricerca di un metodo per provocare convulsioni epilettiche – il cui valore terapeutico era già noto –, racconta di aver tratto ispirazione dalla vista dei maiali mandati al macello nel mattatoio di Roma e prima sottoposti alla somministrazione di scariche elettriche per essere storditi. Esso si rivela presto un metodo economico ed efficace tanto da divenire, restando per molti anni a seguire, «protagonista dell’universo manicomiale»³⁶. La psichiatria perfeziona, infine, il gemellaggio ideologico col regime con la firma di Arturo Donaggio, presidente della Società psi-

³⁴ Petracci, 2014, pp. 56-57.

³⁵ Benadusi, 2010, p. 36.

³⁶ Babini, 2009, p. 111.

chiatrica italiana, apposta al *Manifesto degli scienziati razzisti* pubblicato sul «Giornale d'Italia» il 14 luglio 1938.

3. *Dalla Costituzione alla legge Mariotti*

Il crollo del regime fascista non trascina con sé tutto l'insieme di istituzioni e regole che ne avevano innervato i tessuti ordinamentali. Molti aspetti burocratico-normativi, con le relative incrostazioni ideologiche, transitano nella Repubblica. Questo avviene anche nel campo psichiatrico, giacché la legge 36/1904, nata sotto Giolitti, approda immodificata all'Italia democratica e la cultura medica che essa riflette rimane, a sua volta, ancorata ai modelli che l'avevano informata.

La tradizione organicista è molto forte nelle riviste, nei libri, nell'Università. Molti autori insistono sul carattere ereditario delle turbe comportamentali, costruiscono tabelle su cui misurare la presenza di "stimmate degenerative", confidano nella circolarità tra alterazioni fisiche e psichiche, giudicano assurda persino la parità dei sessi e, coerentemente, a tanto fideismo positivista, fanno in ambito clinico un massiccio uso delle terapie di shock³⁷. Il panorama dei manicomi è condizionato dal persistere di questo indirizzo e, peraltro, fino agli anni sessanta la psichiatria, assorbita dal 1933 nel settore disciplinare della "Clinica delle malattie nervose e mentali", è dominata da studiosi di formazione neurologica che sono poco interessati agli sviluppi del sapere psichiatrico in direzione psicodinamica o fenomenologico-esistenziale.

Certo sul terreno della cultura politica e normativa dal 1948 vi è una novità di assoluto rilievo: la Costituzione repubblicana. I principi che in essa sono proclamati, anche sulla base del rifiuto degli aspetti più inumani dei totalitarismi europei la cui memoria si intende seppellire, contrastano *ictu oculi* con l'uso massiccio che dell'incarcerazione e dell'internamento era stato fatto sino ad allora in Italia. Il riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo (articolo 2), l'affermazione dell'eguaglianza e della pari dignità sociale di tutti i cittadini senza distinzione di condizioni personali e sociali (articolo 3), l'inviolabilità della libertà personale (articolo 13) guardano alla costruzione di un modello di comunità civile fondata sul pluralismo, sulla tolleranza, sul rispetto reciproco e sulla solidarietà. Ma, in modo ancor più

³⁷ Piro, 1988, pp. 31-35.

diretto si esprime il Costituente quando si riferisce alla salute. L'articolo 32 recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». In poche frasi è condensato un profondo mutamento culturale. La salute è, anzitutto, un diritto dell'individuo e poi un interesse della collettività. La salute individuale non è una variabile dipendente del destino medico o demografico collettivo come era avvenuto ai tempi del fascismo. Tale diritto va assicurato universalmente ma nel rispetto della libertà della persona che, solo la legge, può obbligare in casi circoscritti a trattamenti obbligatori. Questi ultimi, tuttavia, incontrano un limite invalicabile nel rispetto della dignità del singolo. Si tratta dell'*habeas corpus* del malato. Un testo che deve il suo contenuto alla riflessione di alcuni tra i più colti e sensibili deputati dell'Assemblea Costituente, tra questi il professore barese di Diritto penale Aldo Moro³⁸. Moro voleva che la Carta fondamentale stabilisse espressamente il divieto di ogni forma di violenza nei confronti di ogni cittadino fermato, arrestato o detenuto e riteneva che ci si dovesse occupare anche del confino di polizia³⁹. Con la Costituzione, e sia pure con le mediazioni e i compromessi che la sua stesura ha imposto, si apre una fase nuova. Una fase nella quale nessun cittadino, quale che sia la sua estrazione sociale o posizione economica, può in linea di principio essere posto in balia di istituzioni totali come il carcere o il manicomio. Essa, con tutta la sua solennità, esclude che «nell'ordinamento giuridico possano trovare spazio disposizioni, apparati, istituti che rendano singoli cittadini indegni di disporre dei propri diritti e quindi oggetto di un giudizio di disvalore da cui derivi poi una diminuzione della loro dignità e condizione di vita sociale»⁴⁰. Cionondimeno, se le intenzioni che orientano la politica italiana segnalano una cesura profonda con i paradigmi sin ad allora in auge verso la malattia mentale, non si può dire che esse si siano tradotte in trasformazioni concrete facilmente o rapidamente. Molte promesse di rinnovamento contenute nella Costituzione di-

³⁸ Piccione, 2013, pp.34-35.

³⁹ Piccione, 2013, pp. 38-39.

⁴⁰ Piccione, 2013, p. 50.

ventano realtà all'esito di un percorso graduale e laborioso. Da un lato, perché la Costituzione comincia ad essere attuata incisivamente con l'istituzione della Corte costituzionale nel 1956, senza la quale essa era apparsa ad alcuni osservatori come una «casa senza tetto»⁴¹. Dall'altro, perché per diversi anni in giurisprudenza e in dottrina si erano sollevati, più o meno pretestuosamente, dubbi sull'immediato valore precettivo delle norme costituzionali, sino a coniare una classificazione che accanto a quelle immediatamente applicabili, contemplava la categoria delle disposizioni meramente programmatiche. Ma, al di là di queste classificazioni, si stendeva tra molti settori della pubblica amministrazione e dell'impresa privata, culturalmente attestati su visioni arcaiche ed autarchiche del proprio *modus operandi*, e la realtà sociale e normativa che andava mutando, una cortina di ferro fatta di indifferenza, autoreferenzialità e pregiudizio. Negli anni cinquanta capitava non di rado ai sindacalisti di invocare l'ingresso della Costituzione oltre i cancelli delle fabbriche, in vista del rispetto dei diritti dei lavoratori e della "smilitarizzazione" dei rapporti interni. Lo stesso si sarebbe potuto dire per le carceri o per i manicomi.

Il 16 novembre 1961, Franco Basaglia - psichiatra veneziano laureatosi nel 1949 a Padova e rimastovi sino a quel momento come assistente presso la cattedra di Clinica delle malattie nervose e mentali - assume l'incarico di direttore del manicomio di Gorizia. In quegli anni, i ricoverati nei manicomi in Italia sono più di centomila. Molti vi erano entrati decenni prima e vi erano rimasti come esito di una cronicizzazione forzata del disagio iniziale ovvero di quella sindrome da internamento che certi medici definivano "demenza manicomiale". Una malattia generata dall'isolamento, dall'assenza di qualsivoglia prospettiva di miglioramento esistenziale e dal contatto con individui nella medesima condizione. A Gorizia sono rinchiusi seicento persone, «600 corpi infagottati in tela, grigi e rapati»⁴². Lo spettacolo che si offre alla vista di Basaglia al suo ingresso è terrificante: uomini legati, contenuti a letto nelle celle, ingabbiati, legati agli alberi, stesi per terra, alcuni ambulanti senza sosta né direzione. Altri stavano «raggomitolati a terra, in posizione fetale, le giacchette grigie tirate sulle orecchie a coprire la

⁴¹ Rossi, 2015, p. 30.

⁴² Slavich, 2018, p. 33.

testa rasata, in un autoisolamento che pareva intenzionale e rassegnato»⁴³. A Gorizia, dove un medico aveva adottato come terapia la “leucotomia transorbitaria”, consistente nel piantare un chiodo tra le orbite per interrompere alcuni fasci di fibre del lobo frontale del cervello, Basaglia, con l’aiuto di una piccola squadra di giovani colleghi, introduce le pratiche della comunità terapeutica. Queste avevano cominciato a diffondersi in Inghilterra, alla fine degli anni cinquanta e avevano, sulla scia dei principi battezzati da Conolly, generato una profonda torsione culturale rispetto alle consuetudini dominanti. Il principio della comunità terapeutica è lavorare insieme, in una dimensione di orizzontalità dei rapporti. In tal modo, «il gruppo riesce a curare se stesso e la malattia perde alcune sue caratteristiche essenziali, perché persino il malato più grave, il più delirante, comincia a essere parte attiva della comunità»⁴⁴. Abolizione della segregazione e della contenzione fisica, abbattimento delle reti divisorie, assemblee di comunità, lavoro in comune, possibilità di allontanamento provvisorio dalla struttura del manicomio, organizzazione di attività ludiche e ricreative. Attraverso questi strumenti, ed entro una prassi che è quotidianamente oggetto di una densissima riflessione teorica collettiva che culminerà in articoli, relazioni congressuali, volumi di vasto impatto, Basaglia e i suoi collaboratori sfidano le rigidità del sistema manicomiale, smuovono quel plumbeo deserto asilare, contestano la logica istituzionale che lo sorregge ed i suoi effetti iatrogeni. La visione di Basaglia rovescia lo schema della legge 36/1904. Se questa è fondata sull’internamento del malato in quanto “soggetto pericoloso” e considera funzione del manicomio la riduzione progressiva della pericolosità attraverso metodi che ammansiscano il paziente e lo rendano quanto più docile e passivo possibile, l’idea che sostiene la comunità terapeutica è favorire l’insorgenza di dinamiche interpersonali che abbiano le caratteristiche «di qualsiasi altra comunità di uomini liberi»⁴⁵. Si tratta di aprire, materialmente e metaforicamente, lo spazio chiuso dell’istituzione che si regge sull’obbedienza e sul controllo disciplinante e lasciarlo attraversare dalla dialettica dei bisogni, dal convincimento razio-

⁴³ Slavich, 2018, p. 68.

⁴⁴ Basaglia, 2000, p. 107.

⁴⁵ Basaglia, 1997, p. 33.

nale e dalla possibilità della contestazione. «È ovvio, tuttavia, che la contestazione si può muovere solo in un clima di libertà»⁴⁶.

Negli stessi anni in cui Basaglia dirige il manicomio di Gorizia, la politica comincia a interessarsi alla condizione degli internati nei manicomi. In occasione di un convegno svoltosi il 20 settembre 1965, il ministro della sanità Luigi Mariotti, si esprime in questi termini: «Abbiamo oggi degli ospedali che somigliano a veri e propri lager germanici, a delle vere e proprie bolge dantesche. I malati di mente, secondo la vecchia legge del 1904, sono considerati uomini irrecuperabili e sono anche schedati [...]»⁴⁷. Lo schema di una legge, concepita per modificare questo stato di cose, era stato definito nel luglio dello stesso anno. Ma ce ne vorranno altri tre perché essa, la n. 431 del 18 marzo 1968, sia approvata. Vi si trovano alcune novità: vengono istituiti, accanto ai manicomi, i centri di igiene mentale come istituzioni extra-ospedaliere con maggiore apertura verso il territorio; viene abolito l'obbligo di trascrizione del ricovero nei registri del casellario giudiziale; infine, viene considerata come possibile modalità di ammissione, oltre quelle esistenti, la richiesta volontaria del malato per accertamento diagnostico e cura. È un tentativo di smussare gli «ordinamenti più odiosi della legislazione giolittiana»⁴⁸ in vista del rispetto dell'autodeterminazione della persona sofferente. Ma si risolve in un intervento lieve, compromissorio e retto da «indirizzi contraddittori di politica della salute»⁴⁹. Esso suscita poco più che il sarcasmo presso l'*équipe* goriziana che non può non cogliervi la «centralità riservata al persistente manicomio»⁵⁰. In un certo modo, tuttavia, esso alimenta una riflessione già in corso centrata sulla necessità di oltrepassare in modo definitivo l'istituzione manicomiale.

4. *Gli anni settanta, Trieste, la legge Basaglia*

L'esperienza di Gorizia, con la riflessione e i dibattiti che essa produce, fa da battistrada per quello che avviene in tema di manicomi nel corso degli anni settanta. Negli stessi anni, la società italiana è percorsa da forti cor-

⁴⁶ Basaglia, 1997, p. 35.

⁴⁷ Del Boca, 1966, p. 9.

⁴⁸ Del Boca, 1966, p. 76.

⁴⁹ Cendon, 1984, p. 82.

⁵⁰ Slavich, 2018, p. 215.

renti di rinnovamento culturale che trovano riscontro in una serie di importanti leggi di riforma. Questo avviene nel campo dei rapporti di lavoro con la legge 300 del maggio 1970, altrimenti nota come “Statuto dei lavoratori”, nel campo del diritto di famiglia, con la legge “Baslini-Fortuna” che il primo dicembre 1970 introduce il divorzio e con la legge 151 del maggio 1975 che modifica sensibilmente i precedenti assetti, patriarcali e maschilisti, del Codice civile in materia familiare, infine con la legge 354 del 1975 che interviene sull’esecuzione penale e sui diritti dei detenuti.

In questa cornice, Basaglia, che dal 1971 dirige il manicomio di Trieste, insiste sulla necessità di procedere nel cammino intrapreso ma con la pretesa di una radicalità che consenta di cogliere i limiti dei, pur non trascurabili, passi già compiuti. Con riferimento alla legge 431 egli avverte il bisogno di «sottrarsi alla riattivazione riformistica dell’ospedale psichiatrico, che finisce per riproporre su nuove basi l’esclusione del malato di mente»⁵¹. In generale, sebbene si fosse ormai chiarito che il movimento fondamentale verso la cura del malato di mente consiste nella restituzione della libertà sottrattagli dall’arcipelago securitario fatto da psichiatri, polizia e tribunali, occorre considerare altresì che «se la malattia è anche legata, come nella maggior parte dei casi, a fattori socio-ambientali, a livelli di resistenza all’urto di una società che non tiene conto dell’uomo e delle sue esigenze, la soluzione di un così grave problema non può che essere trovata in un’impostazione socio-economica, tale da consentire anche il graduale reinserimento di questi elementi, che non hanno retto allo sforzo, che non hanno sostenuto il gioco»⁵².

Molte delle cose fatte già a Gorizia verso i pazienti del manicomio sono riprese, con una velocità e fluidità molto maggiori a Trieste. Qui tra il 1971 e il 1974 i pazienti vengono finalmente trattati come individui titolari di diritti, i trattamenti costringenti vengono eliminati, i reparti vengono aperti, vengono fondate cooperative di lavoratori composte da soggetti ricoverati e il manicomio si apre al territorio della città di Trieste con l’aiuto di volontari e simpatizzanti⁵³. Ma, giacché una gabbia dorata è pur sempre una gabbia, si tratta di eliminare la contraddizione rappresentata dall’esistenza

⁵¹ Colucci, Di Vittorio, 2001, p. 155.

⁵² Basaglia, 1968, pp. 131-132.

⁵³ Foot, 2014, 258-260.

di una struttura che, per quanto in forme ora molto attenuate rispetto al passato, mantiene una carica reificante e un'attitudine segregativa nei confronti dei suoi ospiti. Bisogna, in altri termini, cancellare il manicomio e non semplicemente spezzarne i lucchetti o abbatte i muri e i reticolati.

Questo è l'orizzonte nel quale si situa la legge n. 180 approvata il 13 maggio 1978. Una legge che abbandona i presupposti securitari della "pericolosità" e della "pubblica scandalosità" della malattia mentale per rivolgersi ad essa come a una condizione di fragilità e di bisogno che richiede assistenza e cura. Essa stabilisce come regola generale la volontarietà del ricorso alle cure per i malati di mente ma contempla anche, nel rispetto di alcune condizioni, la coattività del trattamento sanitario. In particolare, i trattamenti sanitari obbligatori sono ammessi soltanto se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere interventi urgenti e se non vi siano possibilità di adottare misure sanitarie extraospedaliere (articolo 2 c.2). In ogni caso, essi vanno eseguiti nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione (articolo 1 c. 2). Ove applicati, sempre su disposizione del sindaco come autorità sanitaria locale e previo parere medico, i trattamenti obbligatori possono essere revocati o modificati su istanza di chiunque (articolo 4 c. 1). Una previsione, questa, che replica in modo esattamente inverso la logica dell'articolo 2 c. 1 della legge 36/1904 che consentiva a chiunque di chiedere l'ammissione del malato di mente in manicomio "nell'interesse della società". Infine, la legge prevede che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali siano attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extraospedaliere. Come è stato osservato «il manicomio, come simbolo di un'intera cultura, innanzitutto, e poi come asse portante dell'antico sistema asilare, e fondamento della separatezza del sistema psichiatrico, riceve una condanna senz'appello»⁵⁴.

Indubbiamente, con tutte le sue possibili qualità, una legge non può eliminare tutti i problemi legati alla gestione della follia né, tantomeno, può far sparire in breve tempo atteggiamenti mentali di diffidenza, sospetto e paura rimasti attivi per secoli. L'applicazione della legge 180 ha patito, e tuttora patisce, la distanza che spesso separa alcune tra le migliori idee e la loro concreta realizzazione. Ma ha, nonostante questo, mostrato che

⁵⁴ Cendon, 1984, p. 83.

quelle idee non erano ingenuie, velleitarie, utopistiche. Questa legge, almeno tanto criticata quanto era stata agognata, ha permesso e «permette ai cosiddetti *matti* di vivere liberi: liberi anche di tenersi le proprie bizzarrie e le proprie sofferenze»⁵⁵.

BIBLIOGRAFIA

Antonini G., 1933: *Per una riforma della legge sui manicomi e sugli alienati*, in "La Giustizia Penale", coll. 321-324.

Babini V. P., 2009: *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Bologna, il Mulino;

Basaglia F., 1968: *Le istituzioni della violenza*, in *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, a cura di F. Basaglia, Torino, Einaudi, pp. 113-151.

Basaglia F., 1979: *Appunti per un'analisi delle normative in psichiatria*, in *Le ragioni degli altri. La psichiatria alternativa in Italia e nel mondo*, a cura di L. Onnis e G. Lo Russo, Roma, Savelli, pp. 96-104.

Basaglia F., 1997: *La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale*, in *Che cos'è la psichiatria*, a cura di F. Basaglia, Milano, Baldini e Castoldi, pp. 29-45.

Basaglia F., 2000: *Conferenze brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia e M. G. Giannichedda, Milano, Raffaello Cortina.

Benadusi L., 2010: *Ida Dalser, Benito Mussolini e Luigi Albertini*, in «Mussolini ha deciso di internarmi col piccino». *Lettere di Ida Dalser a Luigi Albertini 1916 – 1925*, a cura di L. Benadusi, Milano, Fondazione Corriere della Sera, pp. 9-52.

Bianchi L., 1903: *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Relazione parlamentare*, in "Annali di Nevrologia", pp. 464-494.

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

Castel R., 1980: *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli.

⁵⁵ Catellani, 2003, p. 177.

Catellani S., 2003: *Fort Apache. Storie e appunti di uno psichiatra qualsiasi*, Torino, Bollati Boringhieri.

Cendon P. 1984: *Il prezzo della follia. Lesione della salute mentale e responsabilità civile*, Bologna, il Mulino.

Cipriano P., 2018: *Basaglia e le metamorfosi della psichiatria*, Milano, elèuthera.

Colucci M., Di Vittorio P., 2001: *Franco Basaglia*, Milano, Bruno Mondadori.

Del Boca A., 1966: *Manicomi come lager*, Torino, Edizioni dell'Albero.

De Peri F., 1984: *Il medico e il folle: istituzione psichiatrica, sapere scientifico e pensiero medico fra Otto e Novecento*, in *Storia d'Italia, Annali 7, Malattia e medicina*, a cura di F. Della Peruta, Torino, Einaudi, pp. 1057-1140.

Dörner K., 1975: *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma – Bari, Laterza.

Foot J., 2014: *La "Repubblica dei matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Milano, Feltrinelli.

Foucault M., 2004: *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, a cura di J. Lagrange, Milano, Feltrinelli.

Foucault M., 2005: *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957 – 1984*, a cura di M. Bertani e P. A. Rovatti, Milano, Raffaello Cortina.

Foucault M., 2016: *Storia della follia nell'età classica*, a cura di M. Galzigna, Milano, Rizzoli.

Giacanelli F., 1975: *Appunti per una storia della psichiatria in Italia*, in K. Dörner, *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*, Roma – Bari, Laterza, pp. V-XXXII.

Lonni A., 1982: *Pubblica sicurezza, sicurezza pubblica e malato di mente. La legge del 1904*, in *Follia, psichiatria e società. Istituzioni manicomiali, scienza psichiatrica e classi sociali nell'Italia moderna e contemporanea*, a cura di A. De Bernardi, Milano, FrancoAngeli, pp. 264-283.

Lucchini L., 1904: *Discussione del disegno di legge: Disposizioni sui manicomio e sugli alienati*, in *Atti Parlamentari*, Camera dei Deputati, Legislatura XXI, Tornata di martedì 9 febbraio 1904, pp. 10550-10556.

Petracci M., 2014: *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli.

Piccione D., 2013: *Il pensiero lungo. Franco Basaglia e la Costituzione*, Merano, Edizioni alpha beta Verlag.

Pieraccini A., 1934: *La riforma della legge sui manicomi e sugli alienati*, in "Annali dell'Ospedale psichiatrico di Perugia", pp. 63-82.

Pirella A., 1976: *Introduzione* in J. Conolly, *Trattamento del malato di mente senza metodi costrittivi (1856)*, Torino, Einaudi, pp. VII-XXXVII.

Piro S., 1988: *Cronache psichiatriche. Appunti per una storia della psichiatria italiana dal 1945*, Napoli, Edizioni scientifiche italiane.

Roscioni L., 2003: *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Bruno Mondadori.

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

Slavich A., 2018: *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Merano, Edizioni alphabeta Verlag.

Vassalli S., 1984: *La notte della cometa. Il romanzo di Dino Campana*, Torino, Einaudi.