

MATTI IN FAMIGLIA. CUSTODIA DOMESTICA E MANICOMIO NELLA PROVINCIA DI FIRENZE (1866-1938)

Patrizia Guarnieri

L'assistenza familiare ai malati di mente. Per secoli la malattia mentale è stata sostanzialmente una disgrazia in famiglia, e lì rimaneva: era la famiglia a farsi carico dei propri matti così come dei bambini, hanno osservato storici autorevoli quali Roy Porter e Robert Castel. Lo scenario cambia quando sorsero e si diffusero i grandi manicomi, anche se può ben immaginarsi che, dove la distanza geografica era troppa, fosse difficile rivolgersi all'istituzione e tanto più mantenervi un rapporto da fuori. Ma le famiglie non sparirono quando la follia venne istituzionalizzata; erano soprattutto i parenti a chiedere il ricovero di un loro congiunto, e la loro presenza e disponibilità erano decisive per rimandarlo, eventualmente, a casa. Il ruolo delle famiglie è ormai riconosciuto dalla storiografia recente, viene indagato per le ammissioni e le dimissioni, all'inizio e alla fine dei percorsi manicomiali che appaiono così più variegati di quanto si fosse creduto¹.

E al di là del manicomio? Stavano a casa, prima d'essere ricoverati; magari dopo ci tornavano, e tra una recidiva e l'altra. Oppure a casa sempre, senza mai mettere piede in quel posto per i matti. Nel sentire comune, il manicomio è sempre stato un luogo dove nessuno sarebbe voluto andare, e tanto meno rimanere. Non era il luogo ideale per il trattamento dei malati, né l'unico. Forse meglio in famiglia, se c'era qualcuno che badasse al malato: così cominciarono a dire, a fine Ottocento, eminenti psichiatri e, per tutt'altri motivi, anche molti amministratori pubblici. All'inizio del Novecento parlavano

¹ Cfr. R. Castel, *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Milano, Feltrinelli, 1980, pp. 18-19, e R. Porter, *Madness and his institutions*, in A. Wear, ed., *Medicine in Society. Historical essays*, Cambridge, Cambridge University Press, 1992, p. 279. Per l'attenzione alle famiglie, cfr. almeno V. Fiorino, *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002 (riferito al Santa Maria della Pietà di Roma), e L. Roscioni, *Il governo della follia. Ospedali, medici e pazzi nell'età moderna*, Milano, Bruno Mondadori, 2003 (riferito a Roma e a Firenze). E fra i contributi, incluso il mio, all'*international workshop su Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century*, M. Gijswijt-Hoofstra et al., eds., Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, pp. 277-330, specie J. Vijaars, *Out and In: the Family and the Asylum*, ivi, pp. 277-294.

dell'assistenza familiare ai malati di mente addirittura come «il progresso più culminante nell'assistenza degli alienati». Proponevano che, per i suoi «maggiori vantaggi curativi morali ed economici», essa integrasse o addirittura sostituisse il ricovero manicomiale². Eppure non ne sappiamo nulla. Direi che non ce ne siamo accorti, e vale la pena chiedersi perché.

A parte e dopo la rinomata e antica colonia di Gheel³, variegate esperienze di assistenza familiare erano praticate in tutto il continente all'inizio del Novecento. I nostri più autorevoli psichiatri cercarono di delinearne un quadro europeo, per compararlo con quanto andavano loro stessi facendo. All'affido familiare è dedicato un capitolo de *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni*⁴: gli autori Tamburini, Ferrari e Antonini erano assai rappresentativi nel panorama psichiatrico del tempo; il loro poderoso volume edito nel 1918 è una risorsa documentaria utilissima cui gli studiosi del settore attingono comunemente. Vi si apprende, fra l'altro, che in Italia l'affidamento dei malati a custodia domestica era iniziato a Firenze, e si era poi variamente diffuso in Toscana e altrove. Riguardava anche malati mai istituzionalizzati, e consisteva soprattutto nel sistema omofamiliare, ossia presso la famiglia stessa dell'assistito; anziché nell'eterofamiliare adottato a Reggio Emilia nel 1903 dal professor Tamburini e poi anche a Firenze nel 1909 da Paolo Amaldi, direttore del manicomio.

L'assistenza familiare ai malati di mente compare addirittura come proposta di Cesare Lombroso e Augusto Tamburini in un importante documento, che non è certo sfuggito agli studiosi di storia del manicomio, riprodotto da Canosa in un volume della Feltrinelli nel 1982⁵. Si tratta della relazione che gli

² A. Tamburini, G.C. Ferrari, G. Antonini, *L'assistenza agli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Torino, Unione tipografica torinese, 1918, p. 580. Per riferimenti europei E. Shorter, *The Historical development of Mental Health Services in Europe*, in M. Knapp et al., eds., *Mental Health Policy and Practice across Europe: the Future Direction of Mental Health Care*, Maidenhead (Berkshire, England), World Health Organization on the Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2007, pp. 15-33.

³ Cfr. ancora R. Villa, *Le famiglie di Gheel: utopia, tradizione e storia del trattamento della follia*, in «Studi Storici», XXI, 1980, pp. 503-526.

⁴ Cfr. A. Tamburini et al., *L'assistenza*, cit., cap. V, pp. 560-584, e *passim*, e anche Id., *I progetti di legge sugli alienati in Italia e in Francia*, in «Rivista della beneficenza pubblica e delle istituzioni», XI, 1883, estr., 36 pp. Sull'argomento le istruzioni del direttore del manicomio di Arezzo, A. Pieraccini, *L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia*, Milano, Hoepli, 1901, cap. XI. Un inquadramento europeo, e qualche ulteriore informazione sull'Italia, anche nel noto volume di C. Ferrio, *La psiche e i nervi. Introduzione storica ad ogni studio di psicologia, neurologia e psichiatria*, Torino, Unione tip. torinese, 1948, pp. 396-405.

⁵ Cfr. *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, firmata da Cesare Lombroso, Augusto Tamburini (relatore) e R. Ascenzi (segretario), Roma, 1° ottobre 1891, rist. in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Milano, Feltrinelli, 1979, pp. 199-211, cui molto si riferisce, per altri aspetti, anche L. Roscioni,

illustri esperti redassero nel 1891, a seguito di un'inchiesta sui manicomi italiani svolta per incarico del ministero dell'Interno, in preparazione alla prima legge nazionale sugli alienati. Vi raccomandarono che la tanto attesa normativa andasse a favorire il «collocamento dei malati [di mente] tranquilli ed innocui [...] presso la propria o altrui famiglia con sussidi». Si appellarono a quanto aveva in proposito deliberato il Congresso internazionale di pubblica assistenza tenuto a Parigi nel 1889, e soprattutto a quanto veniva già attuato dalle esemplari esperienze di Firenze e di varie altre province. Dove e come, ancora si tratta di indagare. Oltre che in Toscana e in Emilia Romagna, sicuramente anche in Umbria, in Campania, nelle Marche, nel Veneto, in Sardegna e in Lombardia⁶. I congressi freniatrici di Milano nel '90 e '91 ribadirono che il ricovero familiare per gli alienati era «da considerarsi come mezzo scientifico e pratico di cura», proprio nel modo in cui lo si praticava a Firenze, ossia presso le famiglie stesse di malati. Nel 1895 il parere favorevole degli psichiatri indusse anche gli amministratori della provincia milanese a finanziare consimili progetti di affidamento domestico⁷.

Lo stesso anno in cui il parlamento varò le *Disposizioni sui manicomi e gli alienati*, nel 1904, agli psichiatri italiani riuniti a congresso il presidente Tamburini rilanciò il programma di ovunque sviluppare e diffondere l'assistenza familiare dei malati di mente.

Col riportarli in un ambiente familiare e sociale, col sostituire alla vita uniforme, passiva, che conducevano nel Manicomio, una certa libertà ed iniziativa; col rendere possibile una cura morale, affettuosa e continua [...] si ottengono nei cronici dei miglioramenti insperati, e si veggono gli altri assai più rapidamente raggiungere la completa guarigione⁸.

Proprio la legge finalmente ottenuta, aggiunse, avrebbe potuto favorire quella riforma assistenziale.

Quest'ultima valutazione non può non sorprendere, dato che le vicende successive andarono in tutt'altra direzione e con esiti disastrosi. D'altro canto, già

«Luoghi infami di sequestri arbitrari». *Diritti e garanzie nella legislazione sull'internamento manicomiale dal Settecento alla Legge del 1904*, in *Manicomio, società e politica*, a cura di F. Cassata e M. Moraglio, Pisa, Bfs, 2005, pp. 9-21.

⁶ Si vedano le singole province che citava C. Ferrio, *La psiche e i nervi*, cit., p. 405, facendo riferimento a varie imprecise inchieste di Tamburini con cifre nazionali che sembrano, per comparazione con quelle fiorentine che si vedrà, troppo basse, e a una successiva inchiesta compiuta per conto della Lega italiana di igiene e profilassi mentale, nel 1935.

⁷ Cfr. *Sunto analitico sul parere dei medici psichiatri nei congressi tenuti negli anni 1890 e 1891 a Milano*, presentato al Consiglio provinciale di Milano dal consigliere Ambrogio Maggi, gennaio 1895, rist. in R. Canosa, *Storia del manicomio*, cit., pp. 215-221.

⁸ A. Tamburini, *Le urgenti riforme nell'assistenza degli alienati in Italia*, discorso inaugurale del XII Congresso freniatico italiano in Genova (18 ottobre 1904), estr., Reggio nell'Emilia, Tip. Calderini e F., 1904, p. 5.

nel 1904 anche del sistema di affidamento familiare vennero denunciate gravi pecche⁹. Erano sbagliate quelle leggi, quelle riforme, oppure è stata insufficiente la loro applicazione? La questione è stata messa ogni volta in questi termini, semplicistici, anche con la legge 180 del 1978. L'assistenza extramanicomiale nell'epoca dei manicomi spinge a riconsiderare l'immagine d'insieme più consolidata della storia dell'assistenza pubblica ai malati di mente in Italia, di cui rappresenta un capitolo non semplicemente aggiuntivo. Viene da pensare a una specie di disattenzione selettiva da parte della storiografia italiana, che da metà anni Settanta insistendo su una storia tutta manicomiale, un po' paradossalmente ha visto e mostrato solo quanto era giusto abolire. Con l'intento di affrontare l'ancora trascurata storia psichiatrica del XX secolo, alla ricerca dell'assistenza domiciliare le fonti mi hanno invece guidata in un percorso a ritroso, a quasi quarant'anni prima della legge sui manicomi: l'assistenza familiare sussidiata degli alienati in Italia inizia nel 1866 a Firenze, allora capitale del Regno, quando nacquerò le Province cui venne attribuita anche la competenza sugli alienati¹⁰. Ho cercato di seguire quell'esperienza fino agli anni Trenta, con lo sfondo dei cambiamenti nella città, nei poteri locali direttamente coinvolti (la direzione sanitaria manicomiale, quella amministrativa, il Consiglio provinciale) e nel paese tutto. In questo arco temporale si possono cogliere abbastanza i cambiamenti intervenuti in un'istituzione apparentemente immobile e totale come il manicomio, che è stata amministrata dal medesimo ente e sotto una stessa legge, per oltre settant'anni, rispettivamente in epoca liberale, fascista e democratica.

Tra le discontinuità imposte da fonti eterogenee e di veramente difficile consultazione, questa indagine arriva, con i limiti di legge per la riservatezza delle carte sanitarie, fino a una data quasi simbolica e internazionalmente riconosciuta per la scienza psichiatrica italiana, che le riforme universitarie durante il fascismo resero subordinata alla neurologia e del tutto organichista. Nel 1938 l'invenzione dell'*elettroshock* da parte di Ugo Cerletti fece pensare, al di là dei suoi proponimenti¹¹, che si fosse messa a punto una cura specifica finalmente anche per i malati psichiatrici. Con il trattamento elettroconvulsivo che soltanto i medici in O.P. avrebbero potuto disporre, sembrò si fosse trovata ormai una ragione per preferire, anche per i folli come per tutti gli altri malati, l'ospedalizzazione all'assistenza domiciliare.

⁹ L. Scabia, *Note di tecnica manicomiale. Custodia domestica familiare ed etero-familiare, Condizione della custodia familiare in Provincia di Pisa. Relazione all'Onorevole Deputazione Provinciale*, Volterra, Tip. Sborgi, 1904. Ringrazio Matteo Fiorani per avermi segnalato questa fonte.

¹⁰ La legge comunale e provinciale 20 marzo 1865, n. 2248 attribuiva alle Province l'onere finanziario facoltativo di ammodernare e di edificare manicomi (art. 172), nonché l'onere obbligatorio di mantenerli i mentecatti poveri (art. 174, c. 10).

¹¹ Cfr. la recente raccolta di U. Cerletti, *Scritti sull'elettroshock*, a cura di R. Passione, Milano, Angeli, 2006.

L'esperienza di Firenze, dove ancora aleggiava la tradizione psichiatrica umanitaria di Chiarugi, è rilevante per inizio, durata, consistenza, per l'interesse che suscitò. L'esordio nel 1866 è precoce (in altri paesi europei arriva intorno agli anni Venti del Novecento), e intrigante: contrasta con la diffusa tesi storiografica che nella seconda metà dell'Ottocento le famiglie tendessero a delegare il trattamento di un loro congiunto alienato ai professionisti e in apposite istituzioni. Contraddice anche l'idea che fossero soprattutto i poveri a far rinchiodare i loro matti, per sbarazzarsene. Quanti si tenevano in casa i malati di mente erano proprio miserabili, per legge, altrimenti non avrebbero ottenuto alcun sussidio. Il che non esclude che altre famiglie, non rilevabili da tali fonti, facessero la stessa scelta pur senza averne un sussidio.

Nel 1911, nella provincia di Firenze, a fronte dei 1.452 ricoverati dentro gli istituti manicomiali, i sussidiati in custodia familiare erano ben 909. Fino ad allora era stata una progressione continua: 66 affidati alle famiglie nel 1866, 181 nel 1877, 218 nel 1886, 450 nel 1896, circa 800 nel 1904¹². Sono dati ufficiali di allora, rilevati approssimativamente a scadenza decennale, pubblicati in occasioni diverse, ma che non ho potuto verificare né precisare, dato lo stato in cui ho trovato i ricchissimi fondi archivistici del manicomio fiorentino, uno dei più importanti d'Italia¹³.

Analisi di una legge sbagliata. I luoghi si definiscono e si distinguono soprattutto in base a chi ci sta dentro. Alla fine dell'Ottocento e all'inizio del Novecento, anche nei vecchi manicomi italiani c'erano senz'altro gli specialisti di

¹² Traggo questi dati rispettivamente da P. Amaldi, *Relazione sul manicomio di Firenze per gli anni 1906-1911*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1913, p. 94, e dalla precedente *Relazione della Commissione speciale eletta dal Consiglio Provinciale di Firenze per esaminare il rapporto del prof. Augusto Tamburini sui Manicomi e proporre le soluzioni più convenienti all'interesse pubblico e a quello della Provincia*, s.d. [ma 1886], pp. 16-17, relatore è Ubaldino Peruzzi. Cfr. L. Scabia, *Note di tecnica*, cit., p. IX.

¹³ Anche per valutare il presente lavoro, e soprattutto per richiamare l'attenzione sul problema degli ex archivi manicomiali, posso dire che le carte dei manicomi Vincenzo Chiarugi e di Castelpulci, della clinica psichiatrica e degli istituti annessi e precedenti (incluso il manicomio Bonifazio dove lo stesso Chiarugi lavorò) hanno perduto la loro originaria unità a causa di smistamenti vari in città e fuori; in parte non calcolabile sono rimasti in locali abbandonati, spesso fatiscanti, oppure inscatolati in depositi non accessibili alla consultazione degli studiosi. Hanno subito varie perdite per alluvioni, incendi, traslochi parziali anche recentissimi, incuria, ignoranza, desiderio di sbarazzarsene a dispetto delle leggi e della memoria. Tuttavia costituiscono ancora un ingente patrimonio, a salvare il quale, a più riprese vi è stato un interesse degli psichiatri del Dipartimento di salute mentale di Firenze, da Carmelo Pellicanò a Cesare Micheli e Maurizio Ferrara. Su di esso ho iniziato a lavorare – nelle pessime condizioni di cui sopra – con una borsa di ricerca bandita dalla Asl di Firenze su finanziamento della Regione Toscana, occupandomi anzitutto della ricognizione del posseduto anche fuori San Salvi, dove è stata recuperata una parte del materiale lì giacente.

una giovane branca medica e un personale di assistenza non ancora qualificato. E i malati? Rispetto agli antichi ospizi di custodia, erano molti di più. Ma erano anche diversi? Lo scarto frustrante tra intenzioni e realizzazioni del moderno manicomio terapeutico dipendeva anche dalla tipologia dei degenti: i ricoverati di cui traboccavano i manicomi non erano certo «pazienti ideali».

Il continuo sovraffollamento era «determinato dall'ammissione degli scemi, degli imbecilli, dei vecchi rammolliti, degli epilettici i quali non trovano nelle loro famiglie assistenza», osservò Giovanni Mingazzini, direttore del manicomio di Roma agli inizi del Novecento. Lo stesso dicevasi a Firenze e altrove. Il manicomio non era il posto giusto per loro. Senza che neppure potessero trarne giovamento – si spiegava –, i poveri dementi finivano per intralciare «il regolare funzionamento dei nosocomi [...] i quali devono essere istituti di cura, non di inerte degenza o di sequestro», aperti a malati di mente che fosse possibile curare¹⁴. Quelli congeniti e cronici fossero dunque assistiti in istituti a «cura ospiziale [...] non attiva», oppure si tenessero a casa, in famiglia.

Quest'ultima proposta appariva conveniente, ma non sempre praticabile. Quando l'assistenza domestica da soluzione solo privata e di fatto passa ad essere istituzionalizzata, riconosciuta, controllata, allora debbono stabilirsi dei criteri selettivi, che riguardarono principalmente il profilo degli assistiti. Bisognava distinguere quali matti dovevano stare in manicomio e quali invece in famiglia. Vediamo prima chi aveva titolo al ricovero in manicomio, poi chi all'affidamento familiare.

In Italia, alla fine dell'Ottocento vi era una grande difformità territoriale per l'ammissione degli alienati secondo i rispettivi Stati preunitari di appartenenza. In alcune province, gli ispettori ministeriali annotarono addirittura «la mancanza di qualsiasi disposizione legislativa o regolamentare in proposito»¹⁵. In Toscana le norme c'erano, dal 1838 come in Francia, e subordinavano l'ammissione e dimissione dei mentecatti nei manicomi al decreto del tribunale di prima istanza, poi di quelli civili e correzionali¹⁶. Mantenate anche dopo l'unificazione, esse parvero raccomandabili a linee guida per la prima legge nazionale sugli alienati, che dal 1904 è rimasta in vigore fino al 1978.

Quando una normativa dura troppo a lungo, e si continua ad applicarla in tempi molto diversi, spesso accade che venga interpretata con letture assai distanti dalle intenzioni del legislatore. A partire dagli anni Sessanta, con il movimento anti-istituzionale si è data una visione militante della legge italiana sui manicomi che è divenuta luogo comune, ripetuto anche all'estero, non più

¹⁴ Il parere di Giovanni Mingazzini è estesamente riferito come citazione in *Manicomio di Firenze, Relazione della Commissione per la Riforma del regolamento amministrativo ed organico*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1911, pp. 36-37.

¹⁵ *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., p. 199.

¹⁶ Le norme del 2 agosto 1838 risalivano all'epoca della riforma giudiziaria in Toscana, con gli artt. 99, 112-114 e 117, e istruzioni aggiunte il 28 ottobre dello stesso anno.

sottoposta a vaglio critico. Si sa così che la legge 36/1904 considerava la pericolosità della malati anziché le loro patologie mentali, di conseguenza li rappresentava come persone non da curare bensì da segregare. Le condizioni terribili nei manicomi che sono state denunciate ed esposte confermavano quella lettura. Ma una cosa è combattere i disastri e le ingiustizie dell'istituzionalizzazione, anteriori del resto alla normativa sotto accusa, altra è vedere quali fossero state le intenzioni del legislatore e in quanti modi la stessa cattiva legge sia stata applicata in periodi diversi.

Nel testo finalmente presentato da Giolitti nel 1904, «le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale [...] pericolose a sé o agli altri e [...] di pubblico scandalo» risultano soltanto coloro – presumibilmente una minoranza fra l'intera popolazione di malati psichiatrici – che «debbono essere custodite e curate nei manicomi» (art. 1). Gli altri alienati perciò, non pericolosi né scandalosi, non avevano titolo al ricovero. Contrariamente a quanto si è detto, nella legge la pericolosità non era qualità intrinseca alla patologia mentale (come invece nei più duraturi pregiudizi). Consisteva piuttosto in un criterio restrittivo di ospedalizzazione. Dal 1875 al 1892 i ricoveri in Italia erano quasi raddoppiati. E le *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati* costituirono «soprattutto una risposta all'impressionante aumento», sintetizza bene Moraglio¹⁷. Proprio per questo la legge era passata, dopo decenni di progetti e discussioni, e nonostante «tutti i suoi difetti conosciuti e conclamati». Al crescente affollamento dei molti manicomi già esistenti, essa imponeva un limite col definire la tipologia degli ammissibili alla pubblica assistenza. Era la prima volta. Persino in Toscana l'ammissione era regolata solo in senso procedurale; per il resto bastava una qualche generica certificazione medica «sia rispetto alla qualità all'alienazione [...] sia rispetto alla convenienza di adottare un tale provvedimento», come propose nel 1871 Francesco Bini, alienista di lunga esperienza¹⁸.

Vi è da ricordare inoltre che la questione della pericolosità, e dunque della difesa sociale, non fu un'invenzione della legge del 1904. I Regolamenti toscani celebrati per umanitarismo, fin da quello leopoldino del 1789, poggiavano su un'idea ben precisa riguardo alla funzione pubblica dello stabilimento che era destinato ad accogliere gli alienati, «nell'interesse della loro salute, sicurezza e dell'ordine pubblico». Mentre da un lato «soccorre gli individui [...] colpiti dalla massima delle sventure, [dall'altro] consegue un vantaggio gene-

¹⁷ In numeri assoluti si era passati dai 12.913 ricoverati al 1° gennaio 1875 ai 24.118 al 1° gennaio 1892; cfr. M. Moraglio, *Dentro e fuori il manicomio. Note sull'assistenza psichiatrica nell'Italia fra le due guerre*, in «Contemporanea», IX, 2006, pp. 15-34 (che non tratta però dell'assistenza familiare).

¹⁸ Art. 567 dello *Schema del regolamento amministrativo e disciplinare pel Manicomio di Firenze presentato alla Commissione amministratrice dal cav. Prof. Francesco Bini*, Firenze, Tip. di M. Ricci, 1871, pp. 81-82.

rale col sottrarre famiglie, popolazioni intere, ai pericoli alle inquietudini che i forsennati sogliono cagionare»¹⁹.

Decenni dopo, la legge nazionale prescrisse almeno che le persone da ricoverare in manicomio «*siano* pericolose a sé o agli altri o *riescano* di pubblico scandalo»²⁰. La pericolosità (e la scandalosità) vi appariva dunque come una condizione temporanea e presunta, da accertare – non a caso il legislatore usò il congiuntivo anziché l'indicativo –, che diventava motivo oggettivo di ricoverabilità solo se veniva dimostrata.

A questo scopo sarebbe dovuta servire la documentazione obbligatoria, da allegarsi alla richiesta dei parenti: il certificato medico e l'atto di notorietà. Il dettagliato *Regolamento* applicativo della legge, nel 1909, lo specificò meglio: oltre a «l'indole dell'infermità mentale [...] i sintomi, l'origine, il decorso di essa», il certificato medico *doveva attestare* «b) i fatti specifici enunciati in modo chiaro e particolareggiato, dai quali si deduca la manifesta tendenza dell'individuo a commettere violenza contro se stesso o contro gli altri od a riuscire di pubblico scandalo; c) la necessità di ricoverare il malato nel manicomio». E l'atto di notorietà doveva «essenzialmente riguardare i fatti specifici di cui alla lettera b)» risultanti «dalle deposizioni giurate di quattro testimoni» informati, e soprattutto attendibili e disinteressati: «riconosciuti come persone probe e degne di fede [...] estranee alla famiglia dell'alienato, ma possibilmente dimoranti in prossimità della casa di quest'ultimo»²¹. Entrambi i documenti andavano presentati sia al direttore del manicomio, sia all'autorità di pubblica sicurezza: affinché quest'ultima autorizzasse la richiesta di ammissione inoltrata dai parenti e il tribunale a sua volta autorizzasse l'eventuale ricovero, in base alla relazione del direttore del manicomio, dopo il previsto periodo di osservazione.

La duplice procedura doveva evitare che si internassero, illecitamente, degli individui sani ma indesiderati dalle famiglie, e anche, inopportuna, dei malati che potevano invece essere assistiti altrove. L'ulteriore condizione di ammissibilità che lo stesso art. 1 della legge richiedeva di verificare era infatti che le persone da ricoverare «*non siano e non possano* essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi». Dunque si ammettevano altri luoghi in cui i malati potevano venire assistiti in alternativa al manicomio, anzi prioritariamente. La legge si limitava a menzionare manicomi e case private, su cui sarebbe valsa comunque la vigilanza dello stesso ministero degli

¹⁹ Ivi, p. 11.

²⁰ *Disposizioni sui manicomi e gli alienati*, l. 14 febbraio 1904, n. 36, art. 1, in «Gazzetta ufficiale», 22 febbraio 1904, n. 43.

²¹ *Regolamento sui manicomi e sugli alienati*, approvato con r.d. 16 agosto 1909, n. 615, in «Gazzetta ufficiale», 16 settembre 1909, n. 21, per l'esecuzione della legge 36/1904; sull'affidamento in famiglie estranee all'alienato, art. 39, lettera a.

Interni (art. 8). Il dettagliatissimo *Regolamento* del 1909 merita molta più attenzione: rispetto alla vaghezza della legge nel definire i manicomi («tutti quegli istituti [...] nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere»), nominava «ricoveri, case o ville di salute, asili o simili», colonie agricole incluse, e prevedeva asili riservati ai soli degenti tranquilli. D'altro lato, ammettendo che tali istituti erano insufficienti o in certe province non esistevano, trasferiva allora sui manicomi il compito di accogliere anche i mentecatti innocui e cronici, non più soltanto gli alienati pericolosi o scandalosi, benché in reparti separati (art. 6 e art. 62). Ecco come il criterio selettivo con cui la legge avrebbe dovuto limitare gli accessi dei manicomi saltava del tutto nelle norme attuative di cinque anni dopo.

Lo stesso *Regolamento* dedicava inoltre ampio spazio all'assistenza di tipo eterofamiliare, nelle case private, autorizzata in base a certi requisiti, relativi agli affidatari, all'alloggio, al trattamento per l'alienato nella famiglia e in carico ad un medico. Da un elenco di famiglie preventivamente autorizzate dal prefetto, il direttore del manicomio sceglieva quella cui affidare il malato, con preferenza per le famiglie che apparivano più qualificate, o perché munite di attestato di idoneità conseguito con uno speciale corso teorico pratico eventualmente offerto dal direttore stesso, o perché famiglie di ex infermieri del manicomio²².

Anche riguardo all'assistenza dei malati presso la propria famiglia, il *Regolamento* forniva varie indicazioni. Di chi non aveva i requisiti obbligatori per stare in manicomio, e dunque era innocuo, l'amministrazione provinciale poteva disporre l'affidamento alla famiglia, cui spettava la cura e la custodia del mentecatto. Il direttore stesso poteva consegnare un alienato migliorato ma non guarito alla propria famiglia, in una specie di dimissione protetta, o «in via di esperimento», all'occorrenza con sussidio della Provincia e sempre avvertendo le autorità di pubblica sicurezza e il sindaco, nonché sotto il controllo di un medico. Se il direttore non fosse stato d'accordo con la richiesta della famiglia a riprendersi il congiunto, interveniva il tribunale a sollevarlo dalla responsabilità, concedendo l'autorizzazione²³. Non solo. Il *Regolamento* del 1909 dedicava un intero articolo al ricovero volontario, e lo disponeva quando richiesto da individui maggiorenni, che abbiano «coscienza del proprio stato di alienazione parziale di mente» (art. 53).

Come si vede, c'erano molti importanti aspetti della legge che non potevano venir colti da un'interpretazione ristretta – ignorando il *Regolamento* – ad attribuirle la famigerata equiparazione di malattia mentale e pericolosità. Se, in breve, quelle erano le intenzioni sulla carta, cosa accadeva però quando le norme venivano applicate? È un fatto che i certificati medici e gli atti di noto-

²² Ivi, artt. 13-16.

²³ Ivi, art. 62 e artt. 65-69.

rietà vennero ridotti a moduli prestampati con un linguaggio standardizzato e lapidario, generico, che dichiarava la pericolosità ma non ne forniva prova né fatto concreto. In questo senso almeno si può dire che neppure la legge del 1904 sui manicomi venne veramente applicata; come all'inizio molti psichiatri lamentarono, vedendo crollare ogni loro ambizione terapeutica sotto il sovraffollamento. «Se si applicasse rigorosamente la legge [...] questo inconveniente non si verificherebbe», predicò per esempio il direttore del manicomio di Roma nel 1911. «Ma quando un malato si presenta con un certificato medico [...] [come] è possibile rifiutarlo, sapendo che sarà abbandonato a se stesso?». Quando la famiglia non lo teneva, in mancanza di quegli «Istituti adatti» che la legge raccomandava per i malati di mente cronici, ma che né lo Stato né le Province trovano soldi per aprire, «si è costretti quindi ad ospitare questa folla di poveri dementi»: senza beneficio per loro, a scapito degli altri malati per i quali la scienza poteva invece fare qualcosa. La colpa era delle famiglie, si sfogava il professor Mingazzini, o piuttosto della «Autorità giudiziaria che con soverchia leggerezza invia ai manicomi malati innocui, senza nemmeno un certificato medico regolare, dal quale si possa giudicare se il malato sia o no pericoloso»²⁴.

«Fatta la legge, trovato l'inganno», recita un proverbio. Anche quando formalmente rispettata, la legge nello spirito veniva distorta. Le *Disposizioni* del 1904 prevedevano che in casi urgenti il ricovero fosse ordinato dalla pubblica sicurezza. Sempre più frequentemente adottata, questa procedura d'autorità divenne da eccezione quasi la regola, con la scusa che fosse solo una scorciatoia. Ad essa non correva l'obbligo delle testimonianze giurate dei vicini di casa sui fatti di pericolosità (l. 36/1904, art. 2). La pericolosità dell'inviato veniva tuttavia e più che mai dichiarata, senza prove o fatti, proprio per giustificare la procedura di urgenza: il ricorso all'autorità giudiziaria si trasformava così, da garanzia contro eventuali abusi, in un attacco alla libertà individuale, che non poteva essere neppure difesa dai parenti o dall'ambiente del malato, perché le loro considerazioni semplicemente sparivano dalla procedura.

Influivano anche precisi interessi, le ragioni finanziarie dell'amministrazione pubblica di cui non è stato valutato il peso decisivo. Sul ricovero manicomiale si giocava un conflitto tra le vecchie e nuove amministrazioni locali, su cui poco potevano incidere i direttori sanitari: ad ordinare le ammissioni d'urgenza erano i sindaci e la polizia municipale; chi pagava le rette dei poveri ricoverati in manicomio erano però le Province. Ai Comuni spettavano i costi della beneficenza in generale; mandare qualche miserabile in manicomio a loro non costava niente, a differenza che in altro ospedale, anzi li sgravava da eventuali spese: ecco il perché della loro leggerezza, ecco come veniva incre-

²⁴ Cfr. la citazione da Giovanni Mingazzini in Manicomio di Firenze, *Relazione*, cit., pp. 36-37, dove pure si accenna al simile parere di Augusto Tamburini.

mentato il grande internamento, al di là di eventuali ideologie del controllo sociale o del potere medico. «Quando i Comuni fossero chiamati a contribuire al mantenimento dei loro alienati, prima di inviarli generosamente al manicomio, ci penserebbero bene», osservava un amministratore di Firenze²⁵. La stessa Deputazione provinciale «richiamata dal Consiglio a provvedere affinché la spesa di mantenimento dei Mentecatti poveri della Provincia sia contenuta nei giusti limiti dell'obbligo imposto dalle Leggi vigenti», già nel 1874 aveva cercato di coinvolgere i Municipi anche sui costi dell'invio in manicomio, ponendo a loro carico il trasporto dei mentecatti in manicomio e soprattutto il periodo di osservazione dei sospetti alienati che non risultassero poi ammissibili, in modo da scoraggiare appunto troppo facili invii all'asilo manicomiale cittadino²⁶.

In minor misura il conflitto di interessi tra le due amministrazioni si ripercuoteva anche nell'alternativa tra internamento manicomiale e custodia familiare sussidiata; e difatti anche per quest'ultima il prefetto della provincia di Firenze emanò apposite disposizioni che attribuivano ai sindaci delle responsabilità di controllo amministrativo, benché non di spesa. Come enti radicati nel territorio, più vicini agli abitanti, i Comuni sarebbero stati i più adatti a svolgere un'opera di sensibilizzazione tra le famiglie a favore della non istituzionalizzazione; ma di fatto non erano abbastanza motivati a lavorare per un obiettivo che faceva risparmiare le Province, e che a loro creava soltanto qualche preoccupazione in più.

Per insistere comunque sulla pericolosità del malato, avevano i loro buoni motivi anche i parenti che richiedevano il ricovero manicomiale per un congiunto, se non ce la facevano più a tenerlo in casa. Giacché la legge lo esigeva come primo requisito per l'ammissione a carico dell'amministrazione pubblica, per essere sicuri che il manicomio accettasse la richiesta, esibivano i titoli richiesti: pericolosità, pubblico scandalo. Magari esageravano o s'inventavano i rischi che la convivenza con il malato rappresentava per la sicurezza di sé e degli altri. Talvolta lo facevano in cattiva fede, ed erano abusi per questioni finanziarie e anche per conflitti familiari pesanti, che gli stessi medici si preoccupavano di denunciare. In molti più casi, la dichiarazione di pericolosità da parte dei familiari dipendeva dall'esigenza effettiva, almeno per un periodo critico, non tanto dell'alienato quanto della famiglia che chiedeva aiuto. Certo che di tutte quelle pericolosità dichiarate all'invio non si davano al-

²⁵ Ivi, p. 37.

²⁶ Cfr. Archivio storico Provincia di Firenze (ASPF), lettera della segreteria della Deputazione provinciale di Firenze, 28 marzo 1874, relativa all'adunanza del 20 marzo, oggetto: «Mentecatti», che si richiama alla deliberazione del Consiglio provinciale del 10 settembre 1872. Cfr. *La Provincia di Firenze e i suoi amministratori dal 1860 ad oggi*, a cura di S. Merendoni e G. Mugnaini, Firenze, Olschki, 1996. Ringrazio Simonetta Merendoni per l'aiuto a consultare le carte di mio interesse in un periodo in cui l'ASPF era sotto trasloco.

trettanti riscontri nel decorso registrato sulle cartelle cliniche degli ammessi, come ho potuto constatare in più di un archivio manicomiale.

La legge sui manicomi ha di fatto rafforzato i pregiudizi sulla malattia mentale, che ancora oggi l'Oms si impegna a combattere. Sono necessarie campagne di informazione su «Malattia mentale non è sinonimo di pericolosità sociale», come in Italia le ha fatte la Consulta nazionale della salute mentale. Soprattutto in certi ambienti sociali, il senso di vergogna e l'isolamento delle persone sofferenti e dei loro familiari sono stati acuiti da quanto prescritto per decenni da una legge che ha reso loro più difficile anche chiedere aiuto.

La funzione della legge è, dunque, una funzione di tutela della parte sana e normale della società contro la parte colpita a morte nell'intelletto [...] bisogna, cioè, eliminare, sia pure temporaneamente, dal libero consorzio civile tutti coloro che possono riuscire di pregiudizio – coi loro atti – [...] [includere] le oscenità che l'uomo, non più raffinato dalla ragione, e ricaduto, quindi, nel buio dell'animalità primigenia, può commettere, con turbamento della pubblica morale²⁷.

Lo affermava un diffusissimo *Manuale teorico pratico ad uso delle amministrazioni provinciali e comunali, dei manicomi e dei privati*, secondo cui la normativa del 1904 prescriveva «il sacrosanto dovere [...] [della società sana] di offendere la vita e la libertà dell'individuo» malato di mente. A curarlo o assisterlo non si pensava proprio; e non si menzionavano né l'affidamento familiare né il ricovero volontario che pure erano contemplati dal *Regolamento*. Era un'interpretazione non qualsiasi, e non discutibile: datata 1926. Ci mostra come il fascismo si appropriasse di una legge che era stata varata in epoca giolittiana, e nella quale dopo si sarebbe combattuto anche l'interpretazione che era stata imposta nel ventennio. Fascista è stata la norma aggiuntiva, istituita con il nuovo Codice penale Rocco, di inscrivere nel casellario giudiziario il ricovero in manicomio. Una norma contestatissima dai sostenitori della legge 180, ma già dagli psichiatri della Lega italiana di igiene e profilassi mentale, tra i quali Tanzi, Ferrari e Bianchi (per citarne solo alcuni che incontriamo anche nelle vicende qui indagate), i quali vedevano riemergervi l'equiparazione della «disgrazia di una pregressa malattia a colpa» e perciò la giudicavano «lesiva dell'onorabilità e del credito di cittadini» malati, ma non per questo privi di dignità e diritti²⁸.

²⁷ C. Marini, *L'assistenza manicomiale pubblica nelle leggi, nella dottrina, nella giurisprudenza*, Viareggio, Casa editrice libraria, 1926, pp. 10-11.

²⁸ Cfr. VII Assemblea generale ordinaria dei soci, *Atti della Lega italiana di igiene e profilassi mentale*, 1942, p. 84. Sulla Lipim, sorta nel 1924, e il dibattito nel primo dopoguerra riguardo all'inadeguatezza della legislazione italiana per gli alienati, cfr. F. Cassata, *Molti sani e forti. L'eugenica in Italia*, Torino, Bollati Boringhieri, 2006, pp. 125 sgg. Cfr. inoltre A. Scartabellati, *Culture psichiatriche & cultura nazionale. Per una storia sociale (1909-1929)*, in «Frenis zero. Scienze della mente, filosofia, psicoterapia e creatività», III, 2006, 5

Visto l'andazzo dei tempi, nel 1925 l'autorevole psichiatra e neurologo Leonardo Bianchi volle precisare:

La legge del 1904 dispone dunque il ricovero solamente quando l'ammalato è pericoloso per sé e per gli altri. Ora questo criterio è dannoso e incivile. È dannoso perché gli ammalati di mente sono malati e devono curarsi come tutti gli altri malati; devono trovare istituti ospedalieri che offrano condizioni di cure, specialmente quando gli ambienti domestici o quelli del lavoro non sono i più confacenti all'indole della loro malattia [...] La legge dunque non può considerare la follia dal punto di vista della pericolosità del malato, ma anche da quello della cura. Gli ospedali per le malattie mentali devono essere dei veri e propri ospedali di cura e non istituti di isolamento e di sequestro dei malati, che è funzione di polizia e di sicurezza pubblica. La pericolosità è un fatto contingente²⁹.

E poiché della legge del 1904 Bianchi era stato il relatore in parlamento, le sue parole suonano sia un'autocritica, sia la conferma delle buone intenzioni di vent'anni addietro:

la nostra legge è l'espressione di una fase transitoria medico-giuridica. Considera il pazzo bensì un malato, ma non è riuscita a svincolarsi dal vecchio criterio della pericolosità. È una protesta contro le catene giustificate dalla concezione medievale della follia, che furono infrante da Pinel e da Chiarugi [...] ma il pregiudizio e la storia troppo spesso incatenano il legislatore³⁰.

Era tempo di una riforma: la chiese nel 1920 la stessa Associazione fra i medici dei manicomi pubblici italiani sorta nel 1907. Bianchi si impegnò in quel senso: dai banchi del Senato, nel 1922, si rivolse al presidente del Consiglio Luigi Facta; dalle pagine del periodico ufficiale della psichiatria italiana prese posizione: i «criteri restrittivi e di pubblica sicurezza» disposti dalla legge per l'ammissione degli alienati non andavano bene. Occorreva una riforma che mirasse al «malato di mente anche come tale e non soltanto in vista della sua pericolosità e scandalosità come si fa ora»³¹.

Guardandosi alle spalle, una gloriosa generazione di alienisti ammetteva di non aver saputo porre il primato della cura. E non tanto forse per l'enfasi sulla pericolosità: per i ricoverati in manicomio, che avrebbero dovuto essere pericolosi, avevano sempre promesso i trattamenti terapeutici che la scienza forniva, quali che fossero e per quanto le singole strutture istituzionali consentissero. Era piuttosto per gli ammalati non pericolosi che si era sottovalutato

(<http://www.tiscali.it/bibliopsi/frenis.htm>), e D. Padovan, *Bio-politica, razzismo e disciplinamento sociale durante il fascismo* (<http://www.sissco.it/index.php?id=555>).

²⁹ L. Bianchi, *Eugenica, igiene mentale e profilassi delle malattie nervose e mentali*, Napoli, Idelson, 1925, pp. 257 sgg.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *A proposito della riforma di legge sui manicomi e sugli alienati*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 1922, pp. 222-223.

il bisogno forse più grande di cura, ammise Bianchi nel 1924. Per venti, trent'anni e oltre, gli psichiatri si erano limitati a invocare una sorveglianza fuori del manicomio. Per «ottenere minore ingombro» dentro gli asili, avevano sostenuto che alcune «categorie di individui [...] non sono suscettibili di cura alcuna». Si riferivano a «gli idioti, gli alcoolisti, i pellagrosi, gli epilettici, i degenerati morali, i dementi cronici ed innocui [che] abbisognano solo di una più o meno accurata custodia» in istituti altri. Oppure «presso la propria o altrui famiglia con sussidii»³².

Come già avveniva in qualche provincia. Così avevano proposto che la legge nazionale tenesse conto delle esperienze e delle normative attuate in Toscana, le quali infatti in parte riecheggiano nel testo della normativa nazionale, che presto e sempre più avrebbe mostrato le tante ambiguità e contraddizioni di cui si è detto.

L'esame del caso fiorentino ci consente anche di riconsiderare meglio quali esigenze e quali idee ispirarono la legge varata in Italia all'inizio del secolo.

Provvedimenti contro il sovraffollamento. Ma perché il sistema fiorentino appariva raccomandabile? Sembrava capace di risolvere almeno due problemi che stavano molto a cuore agli psichiatri ottocenteschi, spesso impegnati in società e in politica come lo erano, per esempio, Tamburini e Eugenio Tanzi, entrambi direttamente coinvolti nel nuovo manicomio di Firenze.

Primo problema: gli abusi nei ricoveri. Paradossalmente rispetto a quanto sarebbe poi risultato, si credeva che proprio l'intervento della Pubblica sicurezza e del tribunale, già prescritti nella procedura toscana, riuscissero «a tutelare la libertà individuale [...] [e anche] a sgravare di responsabilità i medici ed i parenti che chiedono» l'ammissione o la dimissione. Lo assicurava l'ammirevole Francesco Bini, longevo direttore dell'asilo Bonifazio a Firenze: nella sua pluridecennale esperienza (dal 1843 in carica fino all'85), grazie alle disposizioni legislative del 2 agosto 1838, in Toscana «non si sono mai verificati tra noi quei casi di supposte reclusioni arbitrarie che hanno fatto tanto schiamazzo in Francia»³³.

Va ricordato che la Toscana vantava una gloriosa scuola giuridica, e una reputazione talmente alta in materia di diritti individuali che dopo l'Unità d'Italia mantenne ancora la propria autonomia dal Codice penale sabaudo. Forse anche questo influenzò gli esperti in materia manicomiale. Facendo i debiti raffronti fra realtà diverse in Europa, sembrò loro che nella legge nazionale sui manicomi fosse «di gran lunga preferibile stabilire [...] la procedura [...] seguita in Toscana, la quale del resto l'esperienza dimostra corrispondere a tutte le esigenze della garanzia per la libertà individuale»³⁴.

³² *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., pp. 200 e 201-202.

³³ F. Bini, *Schema del regolamento*, cit., p. 81, nota 1.

³⁴ *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., p. 203.

Secondo problema: l'affollamento. Bisognava correre ai ripari, evitando che i manicomi fossero «lo scarico non solo delle famiglie, ma anche degli ospedali, dei ricoveri e delle carceri». Perché a quel punto c'era da chiedersi se «possono costituire coefficienti, anziché di guarigione, di insanabile demenza»³⁵. Lo scrivevano Lombroso e Tamburini alla fine dell'Ottocento, e il quesito era già allora retorico. La ricetta alla fiorentina che presentarono al ministro era questa: selezionare meglio le ammissioni in manicomio, distinguere fra tipologie diverse di malati mentali e ridistribuirli nelle istituzioni del territorio, assistere le famiglie che li tenessero a casa. Alla prova dei fatti, però, gli istituti mancavano o erano essi stessi dei cronichi, le famiglie erano e sarebbero state lasciate sole. Di manicomi invece l'Italia era piena già prima del 1904³⁶, e continuarono a riempirsi superando le peggiori previsioni, incapaci di attuare un radicale cambiamento. A Firenze lo propose Tamburini, come vedremo, con esiti sostanzialmente fallimentari.

Il sovraffollamento è notoriamente problema che afflisce ovunque i manicomi nel primo periodo dell'istituzionalizzazione della malattia mentale. Per l'Europa, gli storici lo datano a partire dalla seconda metà del XIX secolo, Marijke Gijswijt-Hofstra lo individua dal 1884 fino al 1918³⁷. In Italia invece l'aumento maggiore e continuo si registra nel ventennio fascista, con una percentuale annua di ricoverati su mille abitanti che va dall'1,50 del 1926 al 2,02 del 1943³⁸. Il che non è affatto strano. Nel periodo precedente che ora ci interessa, la Direzione generale di statistica rilevava che dai 12.922 ricoverati del 1874 si fosse saliti ai 22.424 del 1888: cifre in difetto, perché alcuni istituti non erano censiti, una ventina circa non aveva inviato i dati, questi spesso non comprendevano i pazienti paganti. L'aumento non stava in proporzione, secondo gli esperti, né con un aumento delle malattie mentali né con l'aumento della popolazione generale dove si era passati da 51 a 74 ricoverati manicomiali su 100.000 abitanti³⁹.

Di questi problemi, a Firenze si discuteva da tempo. Speciali ricoveri per i matti in città erano esistiti dal 1645, con il Santa Dorotea per pochi paganti

³⁵ Ivi, p. 201.

³⁶ Ad un censimento degli edifici degli ospedali psichiatrici italiani nel 1998, ossia di quelli rimasti dopo l'abolizione dei manicomi benché convertiti ad altri usi, il 67% risultava esistente già prima del 1904; il 91% era costruito nel centro storico o nelle periferie urbane (come a Firenze rispettivamente il centralissimo Bonifazio e il Chiarugi nel quartiere di San Salvi). Nel 1974 risultavano esserci 95 istituti pubblici e 106 privati. Cfr. *Per un Atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia*, Treviso, Fondazione Benetton, 1999.

³⁷ Cfr. M. Gijswijt-Hofstra, *Within and Outside the walls of the Asylum: Caring for the Dutch Mentally Ill, 1884-2000*, in *Psychiatric Cultures*, cit., p. 36.

³⁸ Per la tabella in cifre assolute e di percentuale dal 1875 al 1943, cfr. M. Moraglio, *Note sull'assistenza*, cit., p. 17.

³⁹ *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., p. 200.

d'ambo sessi, e poi la pazzeria dell'ospedale di Santa Maria Nuova per i mentecatti poveri, che già a metà Settecento si cominciò a trasferire altrove perché eran troppi. Nel 1788 prevalse l'idea di riunirli, con cutanei, invalidi e incurabili, dentro l'asilo divenuto famoso in Europa e oltre, per la direzione umanitaria di Vincenzo Chiarugi. Lo Spedale Bonifazio, aggregato a Santa Maria Nuova e situato in centro, vicino a piazza San Marco, ben presto venne ampliato. Ma non bastava; nel 1849 il direttore Francesco Bini reclamò la necessità di acquisire un nuovo spazio per almeno 600 posti letto. Doveva provvedervi il governo, fu invece l'epidemia di colera a «far cessare l'ingombro»⁴⁰. Solo provvisoriamente, perché il manicomio si ripopolò in fretta. Si decise allora di traslocare i matti in campagna, acquistando una villa: a più riprese, nel 1861, nel 1864, a Castel Pulci vennero da allora mandati «gli alienati cronici, tranquilli, meno bisognosi di cura», gli altri rimanendo a curarsi in città, nello Spedale di Bonifazio. Ma ancora non bastava. Che altro si poteva fare, per arginare l'inevitabile e dispendioso aumento?

Nel 1866 passarono alla Provincia l'assistenza ai poveri mentecatti e l'amministrazione diretta del manicomio. Essa ne decretò la separazione da Santa Maria Nuova e stabilì le norme per il collocamento «senza pericolo» dei mentecatti a custodia privata presso le famiglie⁴¹.

Di cosa si trattava? La circolare del prefetto di Firenze, datata 9 febbraio 1866, suscitò qualche stupore tra i sindaci cui era rivolta. Facendo riferimento a norme per la custodia privata autorizzata dei mentecatti – lì non esplicitate o ancora da stabilire –, la Deputazione provinciale chiedeva ad ogni Comune il preciso prospetto dei «maniaci [...] i quali già dimessi dal manicomio, si trovano, per disposizione del Municipio collocati a privata custodia». Domandava inoltre i dati anagrafici dei tenutari e a quanto ammontasse «la sovvenzione o indennità assegnata per questo titolo»⁴².

Molti sindaci non se sapevano nulla. Sicuramente non i 20 sindaci di cui abbiamo le risposte. Avevano preso tempo, il sindaco di Montespertoli qualche mese; alcuni si erano consultati fra loro, e infine tutti avevano dichiarato che no, non c'erano mai stati fino ad allora mentecatti a custodia privata; «perché tutti furono *reclusi* nel Manicomio di Firenze», precisò il primo cittadino di Pelago. Né a custodia né in manicomio, dichiararono i Municipi di San Godenzo e quel-

⁴⁰ Per come ricostruì queste vicende lo stesso Bini, si veda la premessa storica del suo *Schema del regolamento*, cit., pp. 3-9, da cui le citazioni. Per la storia delle più antiche istituzioni per i folli a Firenze, cfr. G. Magherini, V. Biotti, *L'Isola delle stinche e i percorsi della follia a Firenze nei secoli XIV-XVIII*, Firenze, Ponte alle Grazie, 1992, e, a cura degli stessi, *Un luogo della città per la custodia de' pazzi. Santa Dorotea dei Pazerelli di Firenze nelle deliberazioni della sua congregazione (1642-1754)*, Firenze, Le Lettere, 1997.

⁴¹ Cfr. ASPF, 1865-66, b. 18., a. 1, Deputazione provinciale di Firenze, «Norme pel collocamento dei mentecatti a custodia privata presso le famiglie», circolare 9 febbraio 1866.

⁴² *Ibidem*.

lo di San Piero a Sieve. Solo il Comune di Cantagallo rispose che un caso risultava: tal Stella Marli «alimentata e curata nella famiglia del proprio fratello» con sovvenzione di 77 lire annue. Il sindaco di Lastra a Signa chiese come comportarsi, visto che nel bilancio comunale una voce «per esigere le quietanze delle somme che venivano pagate per conto della Provincia ai tenutari dei dementi» non esisteva affatto. Con quali documenti e a chi avrebbero dovuto rivolgersi? Negli altri Comuni forse andava meglio (di oltre quaranta le risposte mancano)⁴³; presumibilmente a Firenze, capoluogo e capitale d'Italia. Ma occorre fare di più.

Il Consiglio provinciale non demorse. Aveva fatto i suoi calcoli: nel dicembre 1865 risultavano 397 gli appartenenti alla provincia di Firenze che stavano reclusi (questo il termine ricorrente) nei vari manicomi, esattamente a Bonifazio e Castelpulci, più 5 al San Niccolò di Siena e 2 a Reggio Emilia. Considerando che tale numero (riguardante presumibilmente i soli assistiti a carico della Provincia) potesse aumentare, si vedeva

necessario di adottare una misura che renda meno grave per l'amministrazione provinciale l'aumento delle spese, come avverrebbe se fosse abbandonato del tutto il vigente sistema di rilasciare a tenuta fuori del manicomio sia alle proprie famiglie, sia ad altri cittadini, quei mentecatti che per decisione del medico direttore del manicomio possono essere rilasciati in privata custodia senza pericolo dell'altrui sicurezza.

Si era deliberato perciò, nell'adunanza del 13 gennaio 1866, di «collocare a tenuta privata con quella maggiore economia che è possibile [...] quegli infelici». L'onere provinciale sarebbe cessato «appena che si verifici la cessazione del bisogno», per esempio con il decesso del mentecatto⁴⁴.

Ciò che spingeva gli amministratori erano dunque preoccupazioni di bilancio. Il sussidio ai tenutari privati costava assai meno della retta di mantenimento richiesta dal manicomio: nel 1866 la media calcolata fu di 0,48 lire al giorno di contro a 1,50. Dunque conveniva rilanciare il sistema delle tenute che evidentemente languiva⁴⁵. Dopo che ai sindaci, il prefetto si rivolse al commissario dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova, anziché direttamente allo psichiatra direttore del manicomio il quale si irritò di quella che era una scorrettezza anche formale; lo stesso Consiglio della Provincia aveva deliberato che la Deputazione potesse procedere a trasferire un mentecatto a custodia privata, quando però c'era il parere positivo del «Medico Direttore». Nella lettera il

⁴³ Cfr. ASPF, 1865-66, b. 18, a. 1, il fascicolo con le risposte di 20 sindaci, con date tra il 17 febbraio e il 2 aprile 1866.

⁴⁴ Ivi, Consiglio provinciale, adunanza del 13 gennaio 1866, oggetto: «Mentecatti a custodia privata».

⁴⁵ ASPF, 1865-66, b. 18, a. 1. Per il costo giornaliero a custodia e svariati calcoli sul risparmio complessivo, si veda *Relazione della Commissione speciale*, cit., s.a. [ma 1886], pp. 16 sg.

presidente della Deputazione sollecitava a «individuare quei *reclusi*» del Bonifazio che «sarebbero affidabili alla custodia privata», e dunque poi a dimmetterli; se però qualcuno avesse acconsentito a prenderli, fine a cui i sindaci avrebbero dovuto sensibilizzare le famiglie. Chiese una lista nominativa; lo stesso giorno il prof. Bini replicò di averla redatta oltre un mese addietro, e non senza un progetto «delle istruzioni da me compilato, per norma della tenuta e della vigilanza dei *malati* stessi»⁴⁶.

Anche nel diverso termine per indicare le persone di cui stavano decidendo, si vedono le discordanze di atteggiamento tra amministratori e medici. Bini aveva inviato lista e istruzioni entrambi alla Direzione superiore degli ospedali, e suggerì polemicamente al prefetto di rivolgersi ad essa. Ma le carte erano andate perdute, purtroppo. Mesi dopo, una nota della Deputazione del 1° agosto precisava che il direttore del manicomio aveva proposto il collocamento a custodia privata di 21 mentecatti ricoverati, di cui la maggioranza era del comune di Firenze, e uno o due al massimo di altri comuni limitrofi⁴⁷.

Ci vollero mesi per controllare la fattibilità delle dimissioni tramite i municipi di provenienza degli affidabili. Le famiglie risultavano talvolta addirittura irrintracciabili, oppure non disponibili (nessuna a Sesto, a Greve, a Fiesole), od oggettivamente non in grado di assicurare la custodia. In seconda battuta si bussava allora ad altri istituti che chiedevano una retta minore del manicomio, ma sempre maggiore di quella assegnata ai familiari. La Pia Casa di lavoro Montedomini, antico convento riadattato da Napoleone a *Dépot de Mendicité*, acconsentì a prendersi 4 uomini a 1 lira al giorno (il doppio di quanto accettarono le figlie affidatarie di due pazienti). Ma uno scappò dopo tre giorni e un altro dava «segni manifesti di essere tuttora alienato di mente», scrisse allarmato il direttore⁴⁸. Del resto, l'esperto prof. Bini diceva che non erano pericolosi, non che fossero guariti; potevano stare fuori del manicomio purché qualcuno li assistesse. Le trattative erano in corso. Dopo cinque mesi, dei 21 malati affidabili – 13 uomini e 8 donne – solo 6 erano stati accolti dalle famiglie. Alla fine dell'anno però ne contarono 66⁴⁹.

Occorreva un enorme lavoro di sensibilizzazione e di intese tra autorità provinciali e autorità comunali, istituti di beneficenza, psichiatri e famiglie i cui componenti pure dovevano mettersi d'accordo fra loro, oltre che con il malato. L'assistenza familiare riguardava, in quella fase, malati già istituzionaliz-

⁴⁶ Cfr. ASPF, 1865-66, b. 18, a. 1, la lettera del prefetto F. Cantini, che faceva riferimento alla stessa richiesta del 15 marzo, e la risposta di F. Bini, entrambe del 25 aprile 1866. I corsivi sono miei.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ Ivi, lettera del direttore della Pia Casa di lavoro al prefetto, 30 agosto 1866. Su quell'istituzione, cfr. G. Gozzini, *Il segreto dell'elemosina. Poveri e carità legale a Firenze 1800-1870*, Firenze, Olschki, 1993.

⁴⁹ Così dichiara la *Relazione della Commissione speciale*, cit., p. 16.

zati che il manicomio dimetteva convincendo qualcuno a riprenderseli. Il che non appariva affatto facile. In certi casi però furono i familiari del malato a convincere le autorità, a fare persino più di quanto programmato, quando taluni cominciarono a chiedere il sussidio per un congiunto malato di mente e già convivente. Così fece per esempio una vedova con tre figli, l'ultimo dei quali era stato ricoverato e dimesso non guarito. Vivevano da miserabili, in un vicolo del centro, a pian terreno. Lei faceva la cucitrice, due suoi figli portavano a casa 5 lire a settimana ciascuno: il primogenito di 16 anni era garzone di un fabbricante di valigie; la ragazza di 14 era addetta alla lavorazione dei sigari. Il terzo pure era in età di lavorare, ma «non è adatto a alcuna industria»: aveva 13 anni e al Bonifazio era entrato e uscito già due volte, l'ultima nel gennaio 1864. Da allora la madre se lo teneva in casa. Aveva chissà come saputo della possibilità di ottenere per lui un sussidio, non ne aveva mai avuti prima e nell'agosto 1866 lo chiese⁵⁰.

Per la Provincia, in queste circostanze, non c'era la prospettiva di risparmiare: il ragazzo a casa c'era già e non costava niente se non ai suoi. Accoglierne la domanda significava autorizzare un nuovo fronte di candidati all'assistenza pubblica; ma respingerla non sembrò possibile. Tra quanti si erano fino allora arrangiati a badare a casa i loro matti, sapendo della possibilità del sussidio, molti si sarebbero fatti avanti. E così fu.

L'amministrazione si ritrovò allora nella necessità – sempre «affinché la spesa di mantenimento della Provincia sia contenuta nei giusti limiti dell'obbligo imposto dalle Leggi vigenti» – di articolare meglio il suo intervento, a seconda delle categorie. In proposito, nel marzo 1874 il prefetto rese nota una classificazione, che sarebbe stata ripresa a lungo, altrove e più rigidamente: a) i mentecatti da inviare in manicomio con l'obbligatoria documentazione rilasciata dal medico condotto e dal sindaco; b) «gli individui affetti da idiotismo, stupidità o semplicità di spirito, in una parola fatui o imbecilli», e per loro, se si voleva chiedere l'ammissione in manicomio, occorreva inoltre un «certificato della locale Autorità di Pubblica Sicurezza, col quale si dichiara che i Mentecatti di cui si tratta possono, restando liberi, recar offesa all'ordine pubblico, o al buon costume, essere *pericolosi a sé o agli altri*»; c) i «mentecatti *innocui e tranquilli*, pei quali si creda più utile nell'interesse della loro salute che vengano affidati alla custodia privata o domestica». Per loro i sindaci avrebbero avuto cura di presentare alla Provincia motivata proposta dell'affidamento, previa visita e certificato del medico direttore del manicomio.

Altre due categorie e altri controlli erano concepiti pensando invece al mantenimento. Per i mentecatti già collocati in custodia a un tenutario che ricevesse perciò un qualsiasi sussidio, i sindaci avrebbero dovuto – tornava fuori l'ob-

⁵⁰ ASPF, 1865-66, b. 18, a. 6, richiesta di Rosa Martini, vedova del fu Giuseppe, agosto 1866.

bligo – «assicurarsi ogni sei mesi che perduri in essi il bisogno del trattamento a cui sono sottoposti», e una volta l'anno rimettere sia un «dettagliato rapporto» sullo stato economico e di famiglia del mentecatto, sia il certificato medico sulle sue condizioni di salute. Qualche anno dopo, sarebbe bastato accertare non se il malato nell'ambiente domestico migliorasse o peggiorasse, ma se fosse vivo o morto, onde evitare che i parenti miserabili intascassero i soldi oltre il suo decesso. Per i mentecatti già collocati in manicomio, la direzione sanitaria aveva obbligo di avvisare la Provincia delle dimissioni e dei decessi, nonché dare «prontamente avviso di qualunque cambiamento che sopravvenga nelle loro condizioni di salute pel quale siano posti in grado di poter essere collocati a custodia privata»⁵¹. Le informazioni di tipo sanitario, insomma, interessavano soprattutto allo scopo di contenere le spese; e difatti erano richieste solo riguardo a coloro per i quali la Provincia elargiva il sussidio.

Sanità e spesa pubblica. Qual era la priorità? Se era il bilancio, si imponevano certi criteri restrittivi, e una ferrea sorveglianza. Non sui malati, bensì sui tenutari. Gli amministratori provinciali – salvo qualcuno più lungimirante – concedevano il minimo possibile non di quanto serviva, ma di quello che, variando caso per caso, una famiglia povera era disposta ad accettare; e generalmente non perdevano occasione per diminuire, sospendere o abolire il magro sussidio concesso. Un simile atteggiamento non risparmiava neanche i medici, controllati, sospettati, sottoposti ad una logica tutta contabile, contro la quale molti scalpitavano. Per questo, in sostanza, gli psichiatri che avevano la direzione sanitaria dei manicomi reclamavano di averne anche l'amministrativa, così come fece senz'altro il direttore del manicomio fiorentino. Benché al medico capo di un asilo di alienati competessero già compiti gravosissimi, Bini era giunto alla conclusione – e la sostenne combattivamente – che fosse necessità riunire le due direzioni: soprattutto per togliersi da «gl'imbarazzi derivanti da contrasti con l'amministratore Economo», che potevano persino paralizzare l'intendimento dell'istituzione per i malati di mente, il quale non poteva che essere unico, ossia quello sanitario⁵².

Non è certo scontato, d'altro canto, che a tutto e sempre i medici antepongano l'interesse del malato. Se esso era la priorità, gli aspetti di cui tener conto erano più numerosi, la valutazione più complicata, il ruolo dei medici indispensabile anche nel rapporto con le altre istituzioni, famiglia inclusa. È ovvio che le due esigenze dovrebbero non escludersi – la sanità ha certo bisogno di un'amministrazione attenta ad evitare gli sprechi –, ma l'equilibrio è difficile da raggiungere. Difficilmente amministratori e psichiatri procedono d'intesa. A Firenze per

⁵¹ Archivio storico a San Salvi, Firenze, CAM, 1874, f. 22, Deputazione provinciale di Firenze, *Mentecatti*, 28 marzo 1874.

⁵² F. Bini, *Schema del regolamento*, cit., pp. 12-14.

lo più furono veleni e scarsa collaborazione, come dimostrano i loro carteggi⁵³. Gli affidamenti a custodia continuarono: dai 66 del 1866 quasi triplicarono in dieci anni, e dopo venti, nell'86, erano 218: 113 uomini e 108 donne. Un consigliere provinciale snocciolò le cifre dei soldi che si erano risparmiati: sottrasse le spese effettive dei sussidi di custodia dalle rette manicomiali moltiplicate per lo stesso numero di affidati come se fossero stati invece degenti. Erano calcoli più propagandistici che attendibili, non considerando che alcuni dei malati sarebbero comunque stati dimessi dal direttore del Bonifazio, altri le famiglie ne avrebbero ripresi senza sussidio, e taluni assistiti sussidiati invece in manicomio non erano neppure entrati. Il relatore Ubaldino Peruzzi, un politico moderato autorevole, già ministro con Cavour e già sindaco di Firenze, esibì quant'altro ancora si sarebbe economizzato inviando dei malati negli ospedali della provincia disponibili, ma lui proponeva che piuttosto fossero trasferiti in altri manicomi d'Italia (dove ne erano già 41), Sardegna inclusa, soprattutto in quelli che avevano il pregio di chiedere le rette più basse. E così via: un balletto di numeri per vantare che i ricoverati a Firenze sarebbero stati 1.100, se non fossero stati invece 838 grazie alla oculata politica di smistamento di quella Deputazione provinciale⁵⁴.

Alla dichiarata soddisfazione di questi amministratori c'è da presumere che guardassero almeno con scetticismo i medici che conoscevano il manicomio. Rispetto alla sua capienza, 838 ricoverati non erano pochi (e il numero sembra riguardare gli assistiti, esclusi dunque i paganti e la classe distinta). Il sistema di deportarne ogni tanto un gruppo smistandolo in altri stabilimenti lontani dove i malati finivano del tutto sradicati, era inaccettabile. Le rette erano più basse, certo, ma perché le condizioni di ricovero erano ancora peggiori, lo si sapeva. Non era quella l'unica vergogna. Inevitabile il confronto con l'epoca d'oro di men che un secolo prima: già nel 1864 sul quotidiano «La Nazione» il famoso alienista toscano Carlo Livi, maestro di Tamburini, aveva denunciato la decadenza di Firenze «rispetto alla Francia e a tutte le altre nazioni civili» nel trattamento degli alienati, da cui egli misurava l'impegno civile di tutta una società. Con Chiarugi, nell'epoca riformatrice leopoldina, il Bonifazio aveva il primato in Europa; adesso esso era agli ultimi posti: il tracollo era dovuto principalmente a «l'ignavia e caparbia dei governi», non alla mancanza di buoni psichiatri⁵⁵. Che c'erano ancora, a Firenze.

⁵³ Cfr. Archivio storico a San Salvi, soprattutto la serie archivistica CAM, che riguarda le carte della commissione amministratrice del manicomio dal 1866.

⁵⁴ *Relazione della Commissione speciale*, cit., pp. 16-17.

⁵⁵ C. Livi, *Pinel o Chiarugi? Lettera al celebre Dott. Al. Brierre de Boismont, Cavaliere della Legione d'Onore*, in «La Nazione», VI, 18, 19, 20 settembre 1864; ristampato in altre pubblicazioni nel 1879, 1927, 1948. Sull'importanza di questo pezzo, e la deformante rilettura fattane in epoca fascista, cfr. P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Firenze, Olschki, 1991, pp. 17-18.

Piú che autodifesa corporativa, la loro rappresentava una denuncia di impotenza. Quando il prefetto volle indagare su eventuali responsabilità per il suicidio di due ricoverati che avevano commosso l'opinione pubblica, Bini si schierò dalla parte dei suoi medici e contrattacò: nessuno accuserebbe un chirurgo, se l'operazione non riesce, quando non gli «fossero forniti gli strumenti chirurgici». Altrettanto, «qui non sono forniti gli strumenti per la cura morale: sole, stanze per i letti, per lavorare, per ricreazione. C'è invece fetore impossibile di latrine [...] Inutile perdersi in chimere e progetti se non si badava a queste necessità»⁵⁶.

In quattro dottori che erano, lui compreso, facevano persin troppo con le centinaia di matti rinchiusi in quel posto⁵⁷. «Stante l'epoca della sua costruzione», ossia il 1387, il Bonifazio aveva ancora i «corridoi con cellule a piccole porte ed inferriate e assomiglianti sempre in qualche maniera a luoghi penitenziari»; per quante modifiche si facessero, l'edificio era sostanzialmente irrimediabile. Prima e piú degli ispettori esterni era il Bini a dirlo, chiaro e tondo; minacciò piú volte d'andarsene, rimettendo l'incarico al Consiglio provinciale che l'aveva nominato ma non ascoltato. Era disposto a perdere anche la prestigiosa cattedra di psichiatria abbinata alla direzione del manicomio. Lo spiegò ai colleghi che tutti cercarono, come risulta dai verbali dell'adunanza di Medicina, di convincerlo a continuare l'insegnamento nell'85, quando chiese di lasciare il Bonifazio. Del resto la Facoltà ribadì il voto che il titolare della clinica fosse anche direttore del manicomio, essendo «necessario che l'Insegnante abbia continua pratica dei ricoverati»; e il preside Giorgio Pellizzari si adoperò affinché anche il manicomio e il Consiglio provinciale mantenessero questa linea.

Nel frattempo, su indicazione di Bini, fino alla fine dell'anno venne incaricato Pietro Grilli, libero docente in psichiatria dall'83 e già vicedirettore del Bonifazio, il quale a sua volta lanciò l'ennesimo allarme riguardo alle condizioni del manicomio⁵⁸.

⁵⁶ Archivio storico a San Salvi, CAM, 1878, f. 32, *Rapporto generale sul Servizio sanitario del manicomio nel 1877*.

⁵⁷ Per il periodo di cui si parla, cfr. *Schema del regolamento*, cit., e *Regolamento di amministrazione e servizio interno del manicomio di Firenze compilato dalla Commissione amministratrice di detto stabilimento, e approvato dalla Deputazione provinciale con deliberazione del 23 maggio 1873*, Firenze, Tip. Carnesecchi e F., 1873. Per la preparazione di questo, cfr. tutta la filza in Archivio storico a San Salvi, CAM, 1873 bis, «Studi per il Regolamento di servizio interno. Riforme del Ruolo normale degli impiegati».

⁵⁸ Cfr. Archivio storico dell'Università degli studi di Firenze (ASUF), «Verbali delle adunanze della Facoltà medico chirurgica», II, 2 novembre 1872-18 ottobre 1886, adunanza del 9 febbraio 1885, presidente Giorgio Pellizzari, «Psichiatria. Riposo del prof. Bini», pp. 352-353. Le vicende sono così ripercorse anche in *Relazione della Commissione speciale*, cit., pp. 19-20.

La Provincia non stette a guardare. L'allora prefetto senatore Giuseppe Gadda, membro onorario della Società fiorentina d'igiene, aveva già dimostrato impegno e capacità sul fronte sanitario, con la lotta al colera proprio nell'84-85; suo intento era modernizzare i due settori dell'assistenza che la legge affidava alle Provincie. Ci riuscì per gli esposti, con la grande riforma dell'antico Spedale degli Innocenti che avviò nell'87⁵⁹. Per gli alienati ci provò, ancora prima, con la chiusura dell'antico manicomio Bonifazio, come vedremo. In entrambi i casi, colse l'occasione del naturale cambiamento ai vertici dell'istituzione e soprattutto volle assicurarsi il contributo degli esperti. Quando Bini domandò il collocamento a riposo, il prefetto sollecitò la Provincia a dei provvedimenti. Per studiare la questione venne incaricato il prof. Augusto Tamburini, una delle massime autorità in materia, clinico della malattie mentali all'Università di Modena, direttore del manicomio di Reggio Emilia, poi presidente della Società freniatria italiana, consulente del governo nazionale sui manicomi.

Nell'ottobre 1885 questi consegnò la sua *Relazione*, che risulta perduta⁶⁰. Esaminata da una commissione di cinque consiglieri provinciali, tra cui Ubaldino Peruzzi, venne riprodotta l'anno dopo, per ampi stralci. Il Bonifazio andava chiuso, non ristrutturato. Si erigesse invece un completamente nuovo «stabilimento in modeste proporzioni [...] capace di accogliere un 200 alienati [...], tutti casi acuti»: e fosse l'Istituto di osservazione psichiatrica nonché Clinica delle malattie mentali, «secondo tutte le norme della scienza e della tecnica [...] un modello [...] e quindi [...] opera degna di Firenze». Non si sarebbe semplicemente sostituito al vecchio un edificio nuovo e attrezzato dove trasferire le solite setto-otto centinaia di ricoverati. Pur rimanendo l'asilo di Castel Pulci per i dementi cronici che non trovassero altra sistemazione, l'i-

⁵⁹ Cfr. *Il senatore Gadda*, in «Giornale della Società fiorentina d'igiene», V, 1889, p. 79. Per la riforma nell'assistenza istituzionale agli esposti da lui promossa, rimando al mio *Dall'accoglienza alla cura. La riforma sanitaria nel brefotrofo degli Innocenti di Firenze 1890-1918*, in *Bambini e salute in Europa 1750-2000*, a cura di P. Guarnieri, fasc. monografico di «Medicina & storia», IV, 2004, 7, pp. 57-100.

⁶⁰ Nella serie CAM mancanti finora le filze dal 1885 al 1916. Anche una ricerca – per la quale ringrazio Maria Grazia Pini – presso il ben organizzato archivio e la biblioteca dell'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia dove Tamburini era allora direttore, ha dato esito negativo. Le ampie citazioni dalla relazione di Tamburini, consegnata il 20 ottobre 1885, stanno in *Relazione della Commissione speciale*, cit., pp. 9-11. Una «cronaca dell'iter burocratico» è data da D. Lippi, *San Salvi. Storia di un manicomio*, Firenze, Olschki, 1996, pp. 55-62, che è dichiaratamente basato solo su atti amministrativi della Provincia; ma delle carte del manicomio, che l'autrice riteneva alluvionate, dava invece un primo parziale ma utile *Elenco di Consistenza*, a cura di S. Merendoni, ivi, pp. 143-149. Sull'archivio delle cartelle cliniche ha lavorato F. Arena, *Il mondo capovolto. Regole, teorie e pratiche nel manicomio di Firenze: San Salvi fra Otto e Novecento*, tesi di laurea in Storia contemporanea, Università degli studi di Firenze, a.a. 2001-2002.

dea era di concepire lo stabilimento per i folli come centro di diagnosi e cura dei casi acuti, per degenze brevi, e con molto movimento di malati. Un'idea radicalmente nuova, rispetto alle altre possibilità che il relatore provinciale Peruzzi aveva esposto: ossia la costruzione di un grandioso manicomio per tutti i pazzi della provincia, calcolati in circa 900, oppure l'ampliamento dei due esistenti al fine di contenere complessivamente la stessa quantità.

E se il nuovo manicomio non fosse bastato? Se il numero dei ricoverati, al solito, aumentava ancora? Alle obiezioni mosse dalla logica di sempre, Tamburini ribadì il suo progetto suggerendo semmai di edificare l'Istituto psichiatrico in un'area libera, dove sarebbe stato possibile «anche in seguito sviluppare nuovi fabbricati [...] qualora si volesse». Il Consiglio ascoltò. La Deputazione nominò un'altra commissione ancora, che a sua volta trattasse con la commissione amministratrice del manicomio, cui spettava la direzione non sanitaria dell'opera pia, che si avvale anche della competenza di un perito, Giacomo Roster ingegnere e architetto di fama, padre e fratello di medici assai impegnati e noti a Firenze⁶¹. Nell'ulteriore proposta girata alla Deputazione provinciale si parlava di costruire un nuovo manicomio, «capace di settecento malati, con pensionario, e tale che si presti all'insegnamento». Tamburini, Roster, Grilli direttore del manicomio, Pellizzari preside di Medicina furono incaricati di scegliere il terreno, che fu individuato in cinque poderi da acquistare nell'area di San Salvi. La faccenda si complicò ulteriormente, nelle pratiche di acquisto e di vendita, con incidenti di ogni tipo. Avendo voluto scrupolosamente visitare anche il manicomio di Castel Pulci, in una gelida giornata d'inverno, uno dei commissari si ammalò e morì.

In sostanza, comunque, nessuno decideva: pare si fosse «convenuto verbalmente di astenersi dall'approvazione generale del progetto», come ebbe a dire un consigliere, riservandosi di procedere con approvazioni parziali e successive variazioni, di volta in volta⁶². Avrebbero sì preferito il progetto raccomandato dall'insigne alienista, ma forse per la Provincia non si poteva fare, e di fatto, la Deputazione se ne ritrovò un altro che si allontanava parecchio da quanto proposto dalla commissione nominata dal Consiglio, fece notare uno dei suoi componenti. E dunque... esitarono, traballarono, rifecero i conti di cui sopra, presero tempo. Nelle adunanze pare si taccia dello spinoso argomento per oltre due anni. I lavori edilizi però erano iniziati, con un'autorizzazione parziale, per quattro padiglioni; altri si aggiunsero, concepiti secondo le antiquate classificazioni: dementi tranquilli, infermi e paralitici, semi-tranquilli, epilettici, agitati e furiosi.

⁶¹ Sulla famiglia Roster, i ricordi di A. Olschki, *Marcella*, Firenze, Olschki, 2002, pp. 26 sgg.

⁶² Per tutta la vicenda cfr. la relazione della «Commissione di studio per la provincializzazione dell'Opera Pia del Manicomio di Firenze ed il trasferimento nell'ospedale di S. Salvi», e tutto l'incartamento, in ASPF, *Manicomio*, 1902, a. 3155.

I preventivi di spese con le ditte dell'appalto erano naturalmente saltati, il terreno acquistato non bastava, i lavori non risultarono eseguiti ad arte, tant'è che la Provincia intraprese e in parte perse una vertenza contro Roster e i costruttori. La commissione amministratrice del manicomio si dimise nel '90, a seguito di un'inchiesta sulle difficoltà incontrate: avendo anche contratto un mutuo, si accertò un *deficit* notevole con l'ulteriore rischio di pesanti multe se il Bonifazio non fosse stato sgombrato dai degenti, in tempo per la consegna al compratore che avvenne nel gennaio 1891. Ulteriori commissioni di studio e d'inchiesta, e il commissariamento del manicomio deciso dal prefetto indicano che il rinnovamento era stato pasticciato, stravolto, disatteso.

L'Istituto di studi superiori si era a sua volta mosso per la costruzione della Clinica, di cui indicò i necessari locali alla Deputazione provinciale, erogando un contributo finanziario già nell'88. L'anno dopo, la Facoltà interpellò lo stesso Tamburini per offrirgli l'insegnamento di psichiatria, ancora affidato temporaneamente a Grilli⁶³. Tanto nella sua risposta al preside, positiva ma cauta, quanto nelle adunanze e nella corrispondenza privata, emerge che anche per questa decisione, di tipo didattico e scientifico, occorreva il preliminare accordo con gli amministratori provinciali e della commissione amministratrice. Il che comportò imbarazzi reciproci e una di quelle paralisi che tanto avevano afflitto Bini. La chiamata di Tamburini era ferma all'Istituto, si verbalizzò ancora nell'estate del 1892, perché subordinata al posto di soprintendente del manicomio. Si attendeva dunque che il Consiglio provinciale ne discutesse. Così non avvenendo, la Sovrintendenza dell'Istituto procedette comunque agli stanziamenti. Ma il professore ripeteva di non potersi trasferire a Firenze finché non fosse compiuta l'opera a San Salvi, con la rispettiva clinica tale da «permettere il completo svolgimento scientifico e pratico» dell'insegnamento, che dunque bisognò confermare al dottor Grilli anche per il '93-94. Alla fine dell'anno accademico, però, Tamburini si rammaricava di dover chiedere ulteriore dilazione alla sua venuta, ma il Consiglio provinciale non aveva ancora deliberato a suo proposito, e poi ancora, a dicembre, perché dubitava che la clinica sarebbe stata pronta a gennaio. E aveva ragione, però in Facoltà cresceva il malumore per le sue svariate richieste: riguardo l'orario, il corso di studi, le nomine dell'aiuto e dell'assistente che lui stesso indicò, il garantire che gli studenti alle sue lezioni ci fossero davvero e perciò si fornisse un servizio di om-

⁶³ ASUF, «Verbalì delle adunanze», cit., II, cit.; III, 5 dicembre 1886-8 maggio 1892; IV, 11 giugno 1892-28 novembre 1898. Per la vicenda che ho ricostruito, cfr. anche *Cancellaria degli studi, Affari spediti*, 1888-89, affare 97, «Tamburini Prof. Augusto, offerta fatta al medesimo dell'insegnamento di Clinica Psichiatrica», che contiene le carte citate nel testo, dalla prima lettera di Pietro Pellizzari, presidente della sezione medica dell'Istituto di studi superiori nel biennio 1889-91, datata 28 aprile 1889, e ivi, *Affari spediti*, 1894-95, affare 13, «Cattedra di Psichiatria», il cui ultimo atto è lettera del sovrintendente dell'Istituto al preside di Medicina, 26 marzo 1895.

nibus per San Salvi. Lo scambio epistolare si andò intensificando, tra il preside, il sovrintendente e il docente. «Posso assicurare che mi adopererò con tutte le mie forze perché Firenze possa essere dotata di un Istituto psichiatrico che non sia inferiore all'importanza scientifica e alla fama dell'Istituzione», la quale era non il manicomio naturalmente, bensì l'Istituto di studi superiori che accettava la condizione tenacemente ribadita da Tamburini: «di fare tutto il corso in modo pratico e dimostrativo, e quindi nella Clinica stessa»⁶⁴.

Nel febbraio 1895, non era ancora pronta. Si concordò che fosse l'aiuto di Tamburini, dottor Ernesto Belmondo, a svolgere in sua vece le esercitazioni pratiche nel manicomio, con l'assistente retribuito Erminio Masetti, e il volontario e gratuito Giulio Cesare Ferrari, collaboratori destinati (almeno il primo e il terzo) a rinomata carriera. Per di più, intervenne il ministro della Pubblica istruzione: trasferendosi Tamburini a Firenze, a Modena lo si sarebbe rimpiazzato con Eugenio Tanzi che però esprimeva delle difficoltà a spostarsi da Palermo, il che impediva a Tamburini di lasciare e venire a Firenze. Onde evitare il danno che sarebbe venuto alla sede siciliana quanto alla emiliana, senza nessun vantaggio per la toscana, il ministro disponeva che ciascun docente rimanesse dov'era fino a giugno. Decisione «non vantaggiosa per la nostra Scuola», replicò la Facoltà di Firenze che pregò il ministro di tornare sulle risoluzioni prese e di far arrivare finalmente il docente designato. Tamburini allora si decise, il 15 marzo 1895 in una lettera al preside: «io debbo con dispiacere annunciare alla S.V.I. che debbo lasciare l'ufficio di insegnante presso codesta Illustre Facoltà»; egli la invitava a provvedere altrimenti, e ringraziava per l'indimenticabile cortesia e onore tributatigli. A propria giustificazione, menzionò «imperiose circostanze personali»; al collega confidò l'insuperabile dolore di lasciare Reggio Emilia. Ne sarebbe partito, in effetti, solo nel 1906 per una ancor più brillante carriera a Roma.

La Facoltà fiorentina unanime deliberò di chiamare Eugenio Tanzi, che avendo già accettato di succedere a Tamburini nella clinica di Modena e nel manicomio di Reggio, si dichiarò pronto a chiedere il trasferimento a Firenze, dove già si trovava e dove avrebbe immediatamente preso l'insegnamento del corso già iniziato da Belmondo. In tre giorni, il 18 marzo 1895, il dado fu tratto. A fronte degli oltre dieci anni dal primo coinvolgimento di Tamburini per la costruzione del nuovo istituto per gli alienati, come ricordava il preside ringraziandolo. La delusione c'era stata, cocente. Per gli studenti e i colleghi che molto l'avevano

⁶⁴ ASUF, «Verbalì delle adunanze», IV, cit., specie le adunanze 11 giugno 1892, pp. 2-3; 10 luglio 1892, p. 7; 13 ottobre 1892, pp. 16-17; 4 luglio 1893, pp. 86-87; 12 ottobre 1893, pp. 95-96; 10 novembre 1893, p. 126; 12 ottobre 1894, pp. 167-168; 7 dicembre 1894, pp. 180-181. In *Affari spediti*, cit., il carteggio con A. Tamburini, 5, 12 e 13 ottobre 1894; 8 e 9, 11, 17, 30 dicembre 1894; 2 e 25 gennaio 1895; 1°, 3 febbraio 1895 (sulla richiesta di Giulio Cesare Ferrari ad assistente) 5, 6, 18 febbraio 1895 (con la lettera del ministro); 23 febbraio 1895; 15, 18, 20, 26 marzo 1895.

atteso, tanto che la sua venuta a Firenze è rimasta un che di leggendario, come fosse avvenuta. Ma anche, e prima, per Tamburini, che probabilmente non riconosceva più il suo progetto in quanto era stato realizzato a San Salvi. Di fatto, quando prese la decisione di abbandonare il campo, la tenacemente voluta «Clinica e Istituto psichiatrico di osservazione» non era ancora terminata.

Fu aperta finalmente il 1° maggio 1896, con Tanzi direttore, senza che Tamburini vi avesse dunque mai messo piede⁶⁵. Accanto, il manicomio dedicato a Vincenzo Chiarugi era in funzione da oltre cinque anni: non erano affatto una cosa sola, e nel giro di nemmeno un decennio i contrasti con l'amministrazione provinciale da parte del direttore sanitario avrebbero indotto alla definitiva separazione tra clinica e manicomio, e a disgiungere la direzione che si era sempre voluto unitaria, tra uno psichiatra accademico e uno psichiatra ospedaliero. Si apriva così un divario che avrebbe sospinto il manicomio indietro nella funzione reclusiva da cui si era sperato uscisse.

Ma torniamo agli esordi del nuovo complesso psichiatrico di San Salvi, e al problema del sovraffollamento che in qualche modo stava all'origine di tutti quei lavori, durati anni e costati un'enormità. Cosa si era risolto? Nel 1898, per esempio, su 634 inviati alla clinica per il previsto periodo di osservazione, sappiamo che ne vennero ricoverati in manicomio 440 (24 i morti, 81 i dimessi, alcuni acuti rimanevano in clinica per esigenze scientifiche o didattiche). I numeri andarono ad aumentare: già nel 1900 gli ammessi in manicomio erano 646, da aggiungersi agli esistenti, su 824 passati per la clinica⁶⁶. Sempre e da subito si superò di parecchio la soglia che era stata considerata invalicabile da Tamburini, e si tornò alle cifre da cui si era partiti.

Psichiatri e istituzioni. Da anni l'incremento dei ricoverati non riguardava i «pazzi, nel vero senso della parola, cioè affetti da forme di psicopatie ben nette e caratterizzate». Articolando il dato per categorie diagnostiche, nel periodo 1879-91 risultava che erano aumentati soprattutto: gli idioti del 64%, gli alcolisti gran parte recidivi, gli epilettici del 50%, i dementi apoplettici, paralitici, senili e i dementi cronici, insanabili, tranquilli e innocui, ossia la zavorra dei manicomi. Come sollevarsi? Ritenendo le categorie sopra elencate non suscettibili alle terapie attive, gli esperti videro un decisivo «mezzo per ottenere minore ingombro dei Manicomi [...] nel collocamento dei malati tranquilli ed innocui (idioti, dementi cronici, ecc.) presso la propria o altrui famiglia con sussidi»⁶⁷.

⁶⁵ Cfr. *La Clinica di S. Salvi. Studi neurologici dedicati a Eugenio Tanzi*, Torino, Tip. sociale torinese, 1926.

⁶⁶ Ivi, p. 10. Naturalmente venne stabilito un nuovo *Statuto e Regolamento del Manicomio di Firenze*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1896.

⁶⁷ Cfr. *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., p. 201.

A Firenze il ragionamento era stato proprio quello. Si era guardato ai dati statistici raccolti presso gli asili del Regno dal primo presidente della Società freniatrica italiana tramite questionario, che anche il direttore Bini aveva compilato⁶⁸. Per compararli su scala nazionale, i ricoverati erano stati classificati in base a una bipartizione fra frenopatie acquisite e frenopatie congenite. Nel primo gruppo stavano le frenosi semplici (mania monomania, melanconia, demenza, pazzia morale o ragionante, pazzia circolare) e complicate (sensoria, ipocondriaca, isterica, puerperale, epilettica, alcolica, pellagrosa, paralitica, senile), nel secondo gruppo stavano le frenastenie: imbecillità, idiozia, cretinismo. In Toscana cretini non ce n'erano, trattandosi di una patologia endemica nelle aree montuose connessa a insufficienza tiroidea per lo scarso apporto di iodio nell'alimentazione. Ma imbecilli e idioti erano in gran numero, se non in assoluto, rispetto alla popolazione manicomiale: la Toscana ne aveva quasi il primato, dopo le Marche, con il 9,59% sul totale dei ricoverati rispetto alla media nazionale del 7,54. Ecco perché «alla nostra provincia incombe più che ad altre il rendere meno costoso il mantenimento di questi che sono generalmente innocui ed insanabili», fu stabilito in Consiglio provinciale⁶⁹.

Secondo Bini, i degenti potevano essere rimandati in famiglia «non solo quando [...] siano guariti, ma ancora quando siano riconosciuti innocui e tranquilli». E persino «quando pure si ritenessero agitati e pericolosi, purché si abbiano tutte le garanzie necessarie che nell'un caso e nell'altro saranno questi mentecatti assistiti e sorvegliati da chi assume l'incarico di custodirli»⁷⁰. La custodia poteva essere data anche «in via di esperimento alle famiglie, potendo questo essere un mezzo che affretti la [...] guarigione». Per quanto si può vedere, Bini ragionava da medico; si poneva il problema della tutela del malato, delle concrete possibilità di assisterlo nel luogo in cui veniva accolto, delle probabilità che la sua salute migliorasse più nell'ambiente familiare che nel manicomio. Lo si vede anche dai *Rapporti generali* che redigeva in quanto direttore per la commissione amministratrice, con il non velato intento polemico di convincerla a valutare «i vantaggi conseguiti dai provvedimenti adottati ed [...] [i] bisogni che si fanno sentire nell'interesse della salute dei ricoverati». Benché il regolamento del manicomio non lo prevedesse – rimarcò –, il suo gruppo di medici si riuniva ogni settimana con lui per «esaminare collegialmente i nuovi ammessi», e per discutere caso per caso quali «ricoverati più tranquilli [...] potevano essere affidati alla custodia domestica»⁷¹.

⁶⁸ Archivio storico a San Salvi, CAM, 1878, f. 32, lettera del presidente C. Barzellotti al direttore F. Bini, e sua replica, 23 settembre 1878, dove sono allegati anche il questionario e la tavola inviati da Verga in lettera circolare.

⁶⁹ *Relazione della Commissione speciale*, cit., p. 25, nota 1, da cui anche i dati che riporto più avanti.

⁷⁰ Art. 583 di F. Bini, *Schema del regolamento*, cit., p. 84.

⁷¹ Archivio storico a San Salvi, CAM, 1876, f. 28, affare 80, *Rapporto generale relativo ai diversi servizi del Manicomio nell'anno 1875*.

Nessuna disposizione prescriveva cosa dovessero fare gli psichiatri del manicomio pubblico per i malati che andavano a stare in famiglia, non guariti. Si avvertiva un problema che anche Tamburini avrebbe sottolineato: quando lo si mandava a casa, «l'alienato [bisognava] rimanessero sotto una certa vigilanza del Direttore del Manicomio [...] onde evitare che quegli possa essere, come spesso avviene, abbandonato a sé»⁷².

Nella custodia domestica, dunque, quale ruolo svolgevano gli alienisti? Quale era loro richiesto che svolgessero? Dopo tanti lustri di pratica, il quesito venne posto al presidente della Deputazione provinciale di Firenze. Serviva saperlo per un processo contro la madre di una demente e «contro tutti i medici comunali di Siena per falsità di certificato»⁷³. La questione aveva carattere legale e dunque la risposta volle essere formalmente ineccepibile: nessun sussidio per la custodia domestica veniva concesso, nella provincia di Firenze, senza sottoporre il malato alla visita del direttore del manicomio e «se questi non ne abbia esplicitamente riconosciuta l'alienazione mentale». La conferma annuale dei sussidi spettava invece alla Deputazione provinciale che la deliberava «in base all'attestazione che le condizioni di mente dei sussidiati e le condizioni economiche dei parenti si mantengano invariate»⁷⁴.

Chi e come rilasciasse tale attestazione non precisò. Nella minuta risulta ancora leggibile che fossero i medici condotti, oppure i sindaci: ma la precisazione è cancellata con un frego. Evidentemente il principio non era così assodato e si preferì non pronunciarsi.

Nella pratica, a Firenze continuava il sistema che si è visto dall'inizio, nel 1866: il presidente della Deputazione provinciale sollecitava il direttore del manicomio a segnalargli i malati che potevano essere affidati a custodia sussidiata; i sindaci sondavano la disponibilità di famiglie e istituti, la deputazione stessa decideva. Per la conferma dei sussidi entravano poi di mezzo i medici condotti e anche quelli del manicomio, come si vedrà. Così per decenni; durante i quali molte cose cambiavano, anche le persone. E le persone contano nell'andamento delle istituzioni. Chiuso l'antico Bonifazio, funzionante il manicomio a villaggio appositamente costruito; dopo il tira e molla di Tamburini e la precarietà del Grilli che sembra esser rimasto nelle orme di Bini, quale impronta segnò il primo vero direttore di San Salvi? E come si comportò, in particolare, riguardo alla custodia domestica dei mentecatti disposta dalla Provincia?

Eugenio Tanzi dimostrò ambizione, grandi capacità e un carattere battagliero, specie nei confronti del presidente della Provincia, il quale si era ritrovato davanti quel non toscano quarantenne, non per sua scelta, ma in ragione della

⁷² *Relazione a S.E. il Ministro*, cit., p. 203.

⁷³ ASPF, 1891, Firenze, 24 ottobre 1891.

⁷⁴ ASPF, 1891, minuta del 27 ottobre 1891.

convenzione sottoscritta con l'Istituto di Studi Superiori (illustre finanziatore di San Salvi) che imponeva il clinico universitario di psichiatria e il direttore del manicomio fossero la stessa persona. Del duplice ruolo, il triestino Tanzi aveva soprattutto il profilo scientifico: gli studi a Padova e a Graz; aveva lavorato al San Lazzaro di Reggio Emilia sotto la guida di Tamburini e soprattutto a Genova e a Torino come assistente di Enrico Morselli, altro potente psichiatra antropologo. Libero docente dal 1890, autore già di molte pubblicazioni scientifiche, nel '93 era stato chiamato dall'Università a Cagliari, poi a Palermo e dunque a Firenze dove subito avrebbe fondato una rivista importante della specialità, e organizzato il IX Congresso nazionale della Società freniatrica italiana⁷⁵. Il manicomio di San Salvi gli apparve, «nonostante alcuni difetti correggibili [...] forse il migliore d'Italia». Peccato però – scrisse qualche anno dopo, mentre stava per andarsene sbattendo la porta – che «la Provincia non si mostrò mai molto contenta» di quell'asilo. Essa non comprendeva abbastanza quanto fosse importante e necessario per la collettività; lo considerava soprattutto un gravoso obbligo di cui non poteva sbarazzarsi. Costretta a saldare i troppi debiti contratti dalla commissione amministratrice dell'opera pia, badava essenzialmente a ridurre le spese, tanto che per prima cosa, «appena la Provincia se ne fu impadronita, cioè nel 1890-91, si affrettò ad abbassare la retta»: a lire 1,53 per ogni ricoverato a suo carico, di contro a lire 1,70 fino allora corrisposte al vecchio manicomio del Bonifazio. Doveva essere un provvedimento temporaneo, di breve durata, ma cinque anni dopo il neodirettore l'aveva ancora trovato, «definitivo e invariabile come un dogma»⁷⁶. Il conflitto tra direzione sanitaria e direzione amministrativa, tra le esigenze di cura e quelle del bilancio, si ripresentava insomma più acuto ancora di quando lo aveva vissuto e denunciato il vecchio Bini. Nel 1899 il presidente della Deputazione Niccolò Nobili dichiarò che «il denaro della Provincia si perdeva per ignoti meandri del Manicomio». Lui deceduto, una commissione d'inchiesta diretta dal nuovo presidente Carlo Municchi per due anni vigilò sull'andamento di San Salvi, e giunse a proposte ulteriori di riforma in disaccordo con quelle presentate da Tanzi, anche riguardo a come migliorare i conti. Quest'ultimo protestò contro «tutto ciò che diminuisce, minaccia o compromette l'autorità del Direttore dentro l'orbita del Manicomio», sostenendo che le ingerenze della Provincia si ripercuotevano negativamente an-

⁷⁵ Irredentista, Tanzi aveva avuto il veto dal governo austro-ungarico di esercitare la professione medica nella sua città natale; cfr. E. Lugaro, *Eugenio Tanzi*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», XLIII, 1934, pp. I-XX. Sul suo rapporto decisivo con Morselli, a sua volta legatissimo a Tamburini, e su tutto questo ambiente positivista di cui tali psichiatri furono gli intellettuali di punta, cfr. il mio *Individualità difformi. La psichiatria antropologica di Enrico Morselli*, Milano, Angeli, 1986.

⁷⁶ E. Tanzi, *Relazione sul Manicomio di Firenze. All'On. Sig. Presidente della Deputazione Provinciale di Firenze*, Firenze, Società tipografica fiorentina, 1903, pp. 68 e 69.

che «sul Clinico e sulla Clinica»⁷⁷. Cosa davvero inaccettabile per il prestigioso Istituto di studi superiori che, in nome «dei diritti propri e dei propri interessi morali», e perché «la questione che si dibatte è di interesse pubblico», scese in campo a contestare un nuovo regolamento del manicomio proposto dalla Provincia, erroneo nonché lesivo della «dignità del Clinico» e della convenzione fra i due enti⁷⁸.

Non solo la Facoltà di medicina, il cui preside Giulio Chiarugi era dello stesso orientamento politico di Tanzi, ma anche un «Comitato Pro Manicomio», la stampa e gli studenti dell'ateneo fiorentino si schierarono dalla parte del docente, che nel frattempo aveva presentato le dimissioni e reclamava una inchiesta: immediatamente accettate le une e respinta l'altra dalla Deputazione provinciale. Riuniti in assemblea il 20 maggio 1903, gli studenti «protestano contro la cocciutaggine di una maggioranza che, ignorante dei dettami della scienza volle la scienza sopraffare e [...] compiere una vendetta consortesca da lungo tempo meditata [...] e mandano un saluto di riverenza e di affetto verso il Loro Illustre Maestro [...] dichiarandosi uniti con Lui nella lotta per la scienza e la verità»⁷⁹.

Alla complicata vicenda, che ho potuto ricostruire dalle carte d'archivio, bisogna qui almeno accennare perché comportò una svolta nei rapporti fra istituzioni. Con un nuovo regolamento la clinica universitaria venne separata dal manicomio, pur continuando questo a dipendere dall'Istituto di osservazione «annesso alla Clinica», cui sempre spettavano tutte le decisioni riguardo all'ammissione o meno di chi veniva presentato per il ricovero. Nello scontro entrava anche la questione della custodia; sia perché Tanzi ne parlò direttamente riguardo al bilancio, sia perché vi si ripercuoteva l'eterno conflitto con l'interesse amministrativo predominante che non riconosceva abbastanza l'esigenza sanitaria e dunque toglieva spazio al ruolo dello psichiatra.

Tra le province d'Italia, Firenze «primeggia in modo assoluto coi suoi 800 sussidiati», che erano a custodia domestica. Il direttore attribuiva tale primato

⁷⁷ Il manoscritto della «Relazione sulla Clinica psichiatrica (prof. Eugenio Tanzi)», risale al 1902 ed è in ASUF, *Soprintendenza*, 1902, n. 387; poi Id., *Sulla clinica psichiatrica di Firenze: lettera al Marchese Carlo Ridolfi Soprintendente del Regio Istituto di Studi Superiori*, Firenze, Soc. tip. fiorentina, 1903.

⁷⁸ Cfr. ASUF, *Affari spediti*, 1902-03, affare 6, minuta manoscritta di una memoria indirizzata alla Provincia, probabilmente dal sovrintendente dell'Istituto di studi superiori, s.d. [ma 1903].

⁷⁹ Cfr. ASUF, *Affari spediti*, 1902-03, affare 6, lettera manoscritta al prof. Giulio Chiarugi, preside della Facoltà medico-chirurgica, firmata «Gli studenti Universitari di Firenze», datata Firenze, 21 maggio 1903. Chiarugi e Tanzi sarebbero stati entrambi candidati nella lista demosociale per il Comune di Firenze, eletti nel 1907, e Chiarugi ebbe la carica di assessore alla Beneficenza nella giunta Sangiorgi; cfr. L. Piccioli, *I «popolari» a Palazzo Vecchio. Amministrazione, politica e lotte sociali a Firenze dal 1907 al 1910*, Firenze, Olschki, 1989.

alla politica della Provincia di contenere il numero sempre alto dei ricoveri, e i relativi costi delle rette, distribuendo quanti più alienati fuori del manicomio, o nelle famiglie o «in ricoveri e manicomi inferiori», che costavano meno. La custodia domestica così fatta consisteva in «un espediente» al pari dell'invio dei pazzi all'asilo di San Miniato, per i quali si spendevano 30.000 lire, o a San Giovanni in Persiceto, oltre Bologna, cui si versavano 18.000 lire. Ben 150.000 lire annue andavano «per sussidi vitalizi ad alienati cronici disseminati nei casolari più remoti del [...] vasto territorio» della provincia di Firenze. C'era un errore di ragionamento, osservò Tanzi, nel credere che queste cifre ingenti costituissero comunque un risparmio. Il presupposto fallace era «che ogni sussidiato rappresenti un ricoverato di meno, il che non è vero che in piccolissima misura. La massima parte dei sussidiati è costituita da malati che la famiglia non avrebbe mai portato al manicomio, e per i quali non avrebbe neppure chiesto il sussidio se non avesse saputo di poterlo ottenere senz'alcun rischio e con la più grande facilità».

Coglieva nel segno, anche se esagerava. Volendosi scagionare dall'accusa che la sua direzione sanitaria fosse rovinosa o incurante della spesa pubblica – nel bilancio si era scoperto un disavanzo di 100.000 lire –, trascurava il punto di vista delle famiglie (e dei malati), le loro condizioni di miseria e di necessità. Propose perciò che i sussidi fossero tutti livellati a 15 lire mensili, per averne un risparmio e per garantire un trattamento più equo, di contro alla disparità fra i contributi erogati (di lire 5, 10, 12, 15, 18, 22, 25, 30 e in un caso 55) che non trovava giustificata da differenze nella «gravità della malattia mentale, né della miseria dei tenutari»⁸⁰. Proposta bocciata; il risparmio secondo la Provincia andava fatto sugli infermieri, licenziandone alcuni, il che naturalmente non trovava d'accordo né gli interessati, che si rivolsero alla Camera del lavoro, né il direttore che difendeva la necessità di un rapporto numerico adeguato tra il personale di cura e di sorveglianza e i degenti.

Perseguendo, inefficacemente o meno, una logica esclusiva di risparmio, la politica di affidamento a custodia domestica trattava le persone come pacchi da spostare dove era più conveniente economicamente.

Anche su questo Tanzi contrastava la pratica della Provincia; a parole e nei fatti, a quanto ci permettono di vedere le fonti del manicomio. Sulla collocaibilità in custodia dei malati, il parere del direttore sanitario era preliminare. Lui però non si pronunciava soltanto sul malato, cercava anche di valutare se la sede e il tenutario individuati fossero adatti, oltre che disponibili. Le amministrazioni locali interpellavano prima le famiglie dei malati poi, in caso di

⁸⁰ *Relazione sulla Clinica psichiatrica*, cit. Sulle finanze dell'ente, annuali le pubblicazioni di previsione e rendiconto; cfr. qui Opera pia del Manicomio di Firenze, *Rendimento dei conti dell'anno 1900*, Firenze, Tip. Galletti Cocci, 1901, e Id., *Bilancio preventivo per l'esercizio finanziario dell'anno 1901, approvato dal Consiglio provinciale*, Firenze, Tip. Galletti Cocci, 1902.

risposta negativa, si rivolgevano a istituti vari, poi ancora a privati. Ma una collocazione non valeva l'altra: se aveva dato parere positivo al rientro in famiglia di alcuni ricoverati, Tanzi non si peritava affatto a negarlo quando risultava che gli stessi sarebbero stati invece messi dalla Provincia in custodia di un colono. Dunque quelli non uscivano, non allora almeno, da San Salvi⁸¹. Difficile valutare adesso, nei casi specifici, se per la persona affetta da disturbi mentali una qualsiasi altra sistemazione sarebbe stata meglio o peggio di quel manicomio. Certo è che gli amministratori provinciali e comunali si comportavano al riguardo con molta disinvoltura, anche in casi eclatanti. Si cercò una qualche sistemazione alternativa a San Salvi persino per Carlo Grandi, che nel Valdarno aveva ucciso quattro bambini e che era stato in galera per vent'anni nonostante i periti psichiatri Francesco Bini, Carlo Livì e Enrico Morselli lo avessero giudicato insano di mente. Il caso aveva suscitato molto clamore; Tanzi lo conosceva benissimo, e la gente non se l'era certo scordato, tanto meno in paese. Nell'ottobre '95 il sindaco si rivolse alla Pia Casa di lavoro di Firenze, dove molto frequentemente venivano mandati i «dementi innocui». Non ebbe risposta positiva; si decise allora di interpellare per l'affidamento un macellaio di Borgo Buggiano, il che non appare però un'idea appropriatissima. Con un certificato medico che lo dichiarava «in condizioni psichiatriche tutt'altro che normali», sospese le trattative per l'affidamento, fu inviato in manicomio dove il direttore lo ammise subito, e lì dentro «l'uccisore dei bambini per amor proprio offeso» avrebbe finito i suoi giorni⁸². Di sicuro Tanzi non sopportava che l'ente amministrativo decidesse sulla sorte dei malati prima e senza l'autorità sanitaria. Che però egli fosse contrario in generale alla custodia domestica degli alienati, propugnata anche dal suo maestro Tamburini, non credo si possa concludere, nonostante le tensioni con la Provincia anche riguardo ai sussidiati. Ma il punto è ancora lo stesso: agli amministratori da un lato e gli psichiatri dall'altro quando parlavano delle stesse cose, le concepivano e praticavano tuttavia con intendimenti assai diversi. Il provvedimento della custodia familiare si presentava come del tutto amministrativo; non offriva alcuna garanzia di assistenza sanitaria e lasciava dunque a se stessi tanto i malati quanto i loro familiari.

⁸¹ Cfr. ad esempio le lunghe trattative, al cui esito Tanzi si oppose, per il collocamento di cinque ricoverati nel comune di Borgo San Lorenzo (ASPF, cat. 9, cas. 1, 1899, b. 1959, con le lettere fra le varie autorità provinciali, municipali e sanitarie, datate 19 settembre 1898, 7 e 17 ottobre 1898, 12, 23 e 24 novembre 1898, 21 febbraio 1899, 22, 23, 27 e 30 marzo 1899; si veda inoltre la lettera di E. Tanzi, 4 ottobre 1898).

⁸² Archivio Pia Casa di lavoro, Firenze, *Affari diversi*, 1895, f. 170, ins. 57, contenente le pratiche per l'ammissione di Carlo Grandi. Sul ricovero di dementi innocui in quell'istituto, lo stesso anno, cfr. ivi, f. 170, ins. 24. Su tutto il caso, rimando al mio *L'ammazzabambini. Legge e scienza in un processo toscano di fine Ottocento*, Roma-Bari, Laterza, 2006 (I ed. Torino, Einaudi, 1988).

Così anche nell'art. 63 sulla custodia domestica che passò nel *Regolamento* del 1909. Una volta messi gli assistiti fuori dalle mura del manicomio, a rimanerci dentro era comunque il medico. Lo psichiatra domina lo scenario dell'assistenza istituzionale, nonostante i limiti impostigli dagli amministratori. Ma di sicuro neanche appare nell'assistenza domestica, benché riconosciuta e regolata dagli enti pubblici.

Secondo la legge in vigore in Italia fino al 1978, per assistere a casa un malato di mente poteva bastare a lui e alla famiglia (povera) un misero sussidio. Di sostegno medico specialistico neppure l'ombra.

I conflitti e le (peggiori) intese. Sotto la direzione di Tanzi, il numero degli affidamenti a custodia domestica aumentò molto. Quando Bini si ritirò, nel 1885, ammontavano a 218; nel gennaio del 1902, prima che Tanzi lasciasse, erano circa 700⁸³: un incremento non proporzionale alle ammissioni, né del tutto correlabile, perché tra i sussidiati erano anche alcuni mai manicomializzati, come il direttore aveva osservato. Quanto l'aumento fosse dovuto alla politica degli amministratori in contrasto con la direzione sanitaria, e quanto invece no, non so dire. Certamente venne a crearsi un'intesa appena arrivò Paolo Amaldi, che diresse San Salvi dall'agosto 1906 al gennaio 1937. Prima di lui, e dopo Tanzi – che rimase a capo della clinica fino al 1931 (e che nel 1907 entrò a sua volta nell'amministrazione comunale, eletto con la lista vincente del demosociale Francesco Sangiorgi), una fase di transizione: il dottor Giuseppe Bosi morì dopo poco più di un anno, nel gennaio 1905, e per un anno ancora gli successe il dottor Raffaello Gucci, già medico al Bonifazio⁸⁴.

Amaldi fu il primo direttore chiamato su concorso; evidentemente riscosse il gradimento dell'amministrazione cui doveva rispondere, alla quale, finalmente, non era toccato un prescelto dell'Istituto di studi superiori. Non era un accademico, ma uno psichiatra istituzionale; si era laureato a Pavia e a 33 anni, nel 1898, era entrato a dirigere il manicomio di Mendrisio, da lì in Svizzera passò a San Salvi di Firenze, in buona disposizione con la Deputazione provinciale e in quasi immediata polemica con Tanzi cui per anni rinfacciò di avergli lasciato tutti i guai del manicomio e di avergli portato via la biblioteca, il laboratorio e il prestigio scientifico. E, soprattutto, il comparto di osservazione. Come era accettabile che in una «istituzione destinata alla cura e

⁸³ Cfr. ASPF, cat. 10, cas. 2, 1902, 160, la risposta del presidente della Deputazione provinciale di Firenze al collega di Lucca, 14 gennaio 1902. E la relativa richiesta di informazioni da parte di quest'ultimo, 11 gennaio 1902. Per il confronto con gli ammessi nella clinica di Tanzi quell'anno, e dimessi e trasferiti nel manicomio, cfr. *Studi neurologici*, cit., p. 10.

⁸⁴ Per le notizie di successione fra i direttori, tratte dalle note inedite di Paolo Amaldi, in *Ospedali psichiatrici di Firenze 1960-61*, Empoli, Editrice Caparrini, 1961, pp. 29-33. È ricco di informazioni il volume su *La clinica di San Salvi*, cit.; cfr. inoltre L. Piccioli, *I «popolari»*, cit.

al ricovero di alienati di mente», la loro ammissione fosse decisa da un altro istituto e direttore? Che per giunta costui trovasse persino da ridire sulle dimissioni decise dal manicomio qualora un ex ricoverato tornasse in recidiva all'Osservazione, era cosa che faceva infuriare Amaldi, il quale pubblicamente dichiarò che la situazione fiorentina creatasi nel 1903 (con l'insediamento di Tanzi alla sola clinica) era dannosa e addirittura «illegale», contraria allo spirito della legge 36/1904 sui manicomi⁸⁵.

Per gli invii a custodia domestica sussidiata dalla Provincia, invece, si riusciva ad aggirare l'ostacolo. La clinica non vi aveva alcun ruolo (salvo in pochi casi, quando la famiglia riconduceva in manicomio il malato affidatole e dunque questi ripassava per l'Istituto di osservazione). La decisione dell'affidamento alle famiglie veniva trattata dalla Provincia direttamente con Amaldi, che si dimostrò ben più che disponibile. Con la politica promossa dall'amministrazione, il numero dei sussidiati era progressivamente aumentato negli ultimi anni; anche la corrispettiva spesa era cresciuta, e l'amministrazione provinciale decise di ridurla. Una decisione necessaria, acconsentì il nuovo direttore⁸⁶. Ma come fare?

I dati forniti da Amaldi relativi all'anno 1906 in cui aveva assunto la direzione contemplavano oltre 850 sussidiati (senza distinzione tra chi era in famiglia o in istituto) con una spesa complessiva di 117.000 lire. Due anni dopo, in soli tre mesi, si era riusciti a far risparmiare all'amministrazione 3.700 lire, semplicemente affidando ad un medico del manicomio il controllo sanitario dei sussidiati, vantò Amaldi, il quale produsse a stampa poche e troppo parziali cifre (discordando da Tanzi sul periodo precedente), che non permettono di capire bene l'andamento della questione. I fascicoli delle pratiche di sussidio chiariscono meglio come si procedesse per risparmiare. A leggerli in ordine cronologico, senza far caso ai nomi degli scriventi, mi ha colpita un improvviso cambiamento di criterio: non si valutava più lo stato di salute della persona a custodia sussidiata, né l'adeguatezza della collocazione sul piano assistenziale, cui Tanzi badava molto, come si è visto. Il direttore di San Salvi ad un certo punto prese a pronunciarsi direttamente in merito alla concessione del sussidio. Tale giudizio non era di competenza del responsabile sanitario, il quale per altro neppure motivava i suoi dinieghi: avendo visitato il congiunto del richiedente il sussidio (la persona in questione dunque non era il malato) «significo alla S.V. Ill.ma [il presidente della Provincia] che egli non presenta titolo per ricorrere alla beneficenza provinciale»⁸⁷. I certificati medi-

⁸⁵ Cfr. Provincia di Firenze, *Relazione sul Manicomio di Firenze per gli anni 1905-1911 del direttore Dott. Paolo Amaldi*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1913.

⁸⁶ Ivi, specie pp. 29-33.

⁸⁷ Cfr. ASPF, cat. 9, cas. 1, 1906, per esempio il fasc. 2330, relativo ad un ragazzo certificato tardivo, carte dal 22 ottobre al 12 novembre 1906, e ancora il fasc. 2183 di un degen-

ci allegati alla richiesta non venivano semplicemente presi in considerazione; su quali altri parametri si fondassero pareri come questo non si capisce. Non di tipo sanitario, evidentemente, eppure li sottoscriveva lo psichiatra direttore. All'epoca – risalgono alla fine del 1906 – era appunto Paolo Amaldi, entrato in servizio il 18 agosto di quell'anno.

Ben attento a mantenersi in buoni rapporti con il presidente avvocato Carlo Municchi (nemico giurato di Tanzi), il nuovo direttore si compiacque di poter perseguire risultati vantaggiosi per il bilancio mediante una «regolare revisione» dei sussidiati che aveva esattamente lo stile di cui sopra: una volta l'anno un medico del manicomio avrebbe controllato se nel frattempo, caso per caso, fossero emerse condizioni tali da eliminare o diminuire i sussidi⁸⁸. La Deputazione approvò, ma i medici erano troppo pochi e troppo oberati dal lavoro dentro le mura. Soltanto un dottore aggiunto poté, nel 1908, dedicarci un po' di tempo, e a revisione (non diceva a visita) sottopose 358 casi in 3 mesi, facendone sopprimere o abbassare 81 sussidi in tutto, con il conseguente risparmio per l'amministrazione.

Come si capisce, quel servizio neppure lontanamente era utile alle famiglie o ai malati, non forniva loro nessun supporto sul piano sanitario né assistenziale; anzi spesso aggravava le loro difficoltà materiali, oltre ad essere umiliante. Il medico vi appariva come funzionario della contabilità, non certo quale terapeuta interessato al malato e alla famiglia che lo prendeva in carico. Come se la cavassero le famiglie sembra che a nessuno venisse in mente di chiedersi. In realtà furono alcuni consiglieri provinciali a porsi la domanda, proprio quando stava per avvenire il passaggio di direzione ad Amaldi. Nel 1906 e ancora nel 1908 venne effettuata una serie di visite a domicilio tra i sussidiati del Comune di Firenze, affidate ad un'istituzione filantropica femminile. I questionari accuratamente riempiti da Bice Cammeo, segretaria dell'Ufficio di indicazioni e di assistenza, contengono informazioni assai importanti sull'assistenza fornita dai familiari. Eppure nessun indizio ci fa pensare che siano mai arrivati all'attenzione degli psichiatri di San Salvi⁸⁹.

Amaldi si adoperò piuttosto a stabilire, nel 1909, un'assistenza che definì paramanicomiale: il malato veniva collocato presso famiglie diverse dalla propria,

te di San Salvi dimesso perché gli si riconosce titolo per la custodia domestica, ma non quello per il sussidio, pur essendo la madre affidataria certificata miserabile.

⁸⁸ *Ibidem*. Sulle precise date di assunzione e pensionamento di questo e altri direttori, cfr. *Ospedali psichiatrici*, cit., p. 33.

⁸⁹ A questa fonte e l'ampia problematica su cui mi riprometto di tornare qui posso appena accennare. L'ho in parte utilizzata in *Madness in the home. Family care and welfare policies before fascism*, in M. Gijsen-Hofstra *et al.*, eds., *Psychiatric Cultures*, cit., pp. 312-328. Sull'importante e non ancora studiata figura della Cammeo, cfr. il mio *Tra Milano e Firenze: Bice Cammeo a Ersilia Majno per l'Unione Femminile*, in *De Amicitia. Scritti dedicati ad Arturo Colombo*, a cura di G. Angelini e M. Tesoro, Milano, Angeli, 2006, pp. 504-515.

«nella prossimità e nella sfera d'azione del manicomio». Non a San Salvi, però, che gli pareva «accerchiato ormai dallo sviluppo invadente dei quartieri cittadini». Fece perno su Castel Pulci, la succursale in campagna, che tradizionalmente già conteneva gli alienati cronici e tranquilli. I tenutari erano coloni tenuti a rispettare un contratto per il «trattamento morale e materiale» degli affidati, che in genere mangiavano a tavola con loro e lavoravano nei campi. Era un modello di custodia e assistenza eterofamiliare antico. Ricordava Gheel o altri simili esempi attuati fuori d'Italia, dei quali gli psichiatri erano certo a conoscenza. Ma aggiungerei – qui appena un accenno – che per Firenze e nelle sue campagne l'affidamento dei matti tranquilli a famiglie di coloni si associava alla consuetudine antica di un altro tipo di affidamento, quello dei minori senza famiglia che provenivano dal brefotrofio dell'Innocenti.

Vale la pena notare che nel sistema eterofamiliare si introducevano almeno due differenze fondamentali rispetto alla custodia omofamiliare degli alienati: Amaldi prometteva che nel primo caso i malati a tenuta sarebbero stati assistiti «con l'intervento continuato dello stesso personale sanitario», di cui per gli altri non si preoccupò affatto. Inoltre, per i mentecatti da collocarsi fuori del manicomio occorreavano certi requisiti: la non pericolosità era richiesta per tutti gli affidati; per quelli inviati a tenuta valeva, in più, la capacità di lavorare. A chi li prendeva a casa propria, oltre al sussidio della Provincia, interessava un aiuto nel lavoro di campagna. Opposta era la caratteristica aggiuntiva che Amaldi pensò di richiedere all'altro gruppo: per essere rilasciati alle proprie famiglie, a suo avviso, i mentecatti dovevano dimostrare una certificabile «incapacità al lavoro produttivo»⁹⁰. La differenza di requisiti dipendeva da un ragionamento preciso.

Solo nel 1905, il manicomio di San Salvi aveva acquisito in proprio una colonia agricola, e la questione del lavoro venne dunque alla ribalta. La Deputazione provinciale giudicava esiguo il numero dei matti che vi erano impiegati. Bisognava aumentarli, e nell'interesse loro poiché «l'ozio ricrudisce i mali dei nostri poveri infermi», e in quello sostanziale dell'istituzione⁹¹. Fra le due esigenze, il piatto era sempre pesantemente sbilanciato a favore della seconda.

In passato i medici se n'erano lamentati. L'amministrazione pubblica aveva sempre guadagnato parecchio dal lavoro dei degenti; essa li pagava alcuni «il terzo, altri la metà di quello che venne stabilito molti anni addietro da una meschinissima tariffa», aveva protestato Bini trent'anni addietro⁹². No-

⁹⁰ *Relazione [...] del direttore Dott. Paolo Amaldi*, cit., p. 30.

⁹¹ Opera pia del Manicomio di Firenze, *Bilancio Preventivo per l'esercizio finanziario dell'anno 1906 approvato dal Consiglio Provinciale nell'adunanza del 18 dicembre 1905 e dalla Commissione Provinciale di Assistenza e Beneficienza Pubblica di Firenze nell'adunanza dell'8 maggio 1906*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1906, p. VII.

⁹² Fra le molte prove a questo proposito, si veda per esempio come Francesco Bini e il dottor

nostante lo sfruttamento, gli psichiatri vedevano che «un beneficio immenso ne deriva ai ricoverati»; credevano nell'ergoterapia, perciò reclamavano di far funzionare la colonia agricola e le varie officine soprattutto per l'opportunità di una cura morale. Quando lo stabilimento nell'area di San Salvi ne venne dotato, gli amministratori insistettero però a vederla nella loro ottica. I degenti uomini e donne che venivano inseriti in varie occupazioni produttive dovevano essere capaci di svolgerle, per ottenere qualche rendimento economico; e i direttori dovevano dimostrarlo con dettagliati rendiconti alla Provincia. A qualcuno venne in mente che i malati che sapevano far bene un mestiere non andavano inviati presso i coloni. Conveniva tenersi in manicomio. Alcuni consiglieri sostennero «la convenienza economica di ampliare il manicomio» – idea in genere aborrita per gli alti costi –, allestendo due nuovi asili appositamente «per i ricoverati frenastenici e tranquilli destinati ai lavori»⁹³.

Si parlava ovviamente dell'interesse dell'amministrazione provinciale soltanto, alla quale conveniva viceversa, per lo stesso ragionamento, inviare fuori del manicomio, presso i loro familiari, quanti più possibile ricoverati inabili al lavoro, dunque inutilizzabili. Al tempo fu il direttore sanitario a definire quest'impostazione. Amaldi stesso lo raccontò: «in seguito ad un scambio di vedute a cui venni chiamato presso l'Ill.mo Signor Presidente della Deputazione Provinciale, concretai in un mio rapporto riassuntivo di quella discussione, una serie di proposte [...] rivolte appunto a disciplinare l'assistenza familiare sussidiata e a coordinarla alla funzione strettamente manicomiale»⁹⁴. Per l'istituto dell'affidamento omofamiliare prescrisse: la cronicità della malattia del sussidiato; il non essere soggetto a «cura attiva, ossia strettamente manicomiale»; la necessità di sorveglianza; e infine il nuovo requisito dell'incapacità a lavoro produttivo. Fermo restando il solito obbligo di indigenza della famiglia, si prevedeva di ridurre così non tanto il numero di persone da affidare in custodia bensì la spesa per i sussidi. Che venne ridotta ulteriormente dalla decisione della Deputazione, nel 1909, di non pagarli ogni qualvolta i Comuni di appartenenza tardavano a inviare le quietanze. Persino le inadempienze dei sindaci ricadevano sulle spalle delle famiglie⁹⁵.

Mochi argomentavano e protestavano al presidente della commissione amministratrice provinciale, in Archivio storico a San Salvi, *CAM*, 1876, f. 27, 60, «Rendiconto delle lavorazioni retribuite in denaro eseguite dai Ricoverati dei due Asili nel 1875», datato 23 marzo 1876.

⁹³ *Atti del Consiglio di Firenze, sessioni dell'anno amministrativo 1905-1906*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1907, adunanza del 6 giugno 1906, specie pp. 452-458.

⁹⁴ *Relazione [...] del direttore Dott. Paolo Amaldi*, cit., p. 30.

⁹⁵ ASPF, fasc. 46, cat. 9, cas. 1, 1909, copia della lettera della Deputazione provinciale, «Pagamento di sussidi a tenutari di dementi», inviata ai sindaci dei Comuni di appartenenza, s.d. [ma dopo la circolare 27-10-1909], con alcune risposte abbastanza infuriate dai sindaci; cfr. *ivi*, per gli anni 1910 e 1911.

Sposò la causa degli amministratori anche il medico di San Salvi che fu scelto, presumibilmente da Amaldi, per eseguire la revisione dei sussidiati. Sugerì che si rimettessero dentro alcuni di quelli che erano usciti: non ché stessero male, ma visto che dalle famiglie in custodia domestica lavoravano, si sarebbe potuto farli lavorare in manicomio guadagnandoci e anche risparmiando i soldi dei sussidi⁹⁶. Il dottor Arnolfo Taddei era un dipendente; forse pensava a far carriera compiacendo i superiori. Il primario di Castel Pulci si preoccupò invece di sentire cosa ne pensassero i diretti interessati: «i malati, interrogati in proposito, son tutti unanimi nel dichiarare che essi preferiscono sotto tutti i punti di vista il genere di vita attuale [quello presso famiglie sussidiate] al ricovero in manicomio. Ed è un fatto – tenne ad aggiungere – che tutti quanti, dopo qualche tempo di vita extramanicomiale, ci appaiono sensibilmente migliorati nelle condizioni fisiche ed alcuni anche in quelle morali»⁹⁷.

Nel fronte medico si rintracciano divergenze d'opinione e di atteggiamenti. Si può supporre che neppure il fronte dell'amministrazione pubblica rimanesse compatto, variandone gli schieramenti politici e le persone. Di sicuro sull'assistenza pubblica degli alienati e altre categorie di bisognosi a Firenze si discusse con rinnovata intensità e frequenza nel primo decennio del Novecento, quando notevoli furono i cambiamenti nei due principali enti interessati, e anche in Comune. E nel paese, con Giolitti. In particolare, cosa cambiava dopo la legge sugli alienati del 1904, e cosa comportava il *Regolamento* governativo del 1909? La questione appariva particolarmente importante per Firenze, sottolineò un'apposita commissione provinciale, giacché la normativa attuativa «amplifica l'assistenza omo e etero familiare» e comunque extramanicomiale, su cui proprio il capoluogo toscano vantava già una pluridecennale esperienza che non aveva pari in nessun'altra provincia d'Italia⁹⁸.

Il Consiglio provinciale aveva rilevato subito come la legge stabilisse una definizione restrittiva di quali alienati ammettere nei manicomi, che mancava nella precedente normativa comunale e provinciale. La novità suscitava un serio problema. Soltanto la pericolosità e la scandalosità costituivano titolo per il ricovero; ma la popolazione manicomiale era in gran parte costituita da idioti e cronici che pericolosi e scandalosi non erano. Se dunque gli innocui do-

⁹⁶ Provincia di Firenze, *Relazione sulla revisione degli alienati in assistenza familiare sussidiata, eseguita nel 1912 dal dottor Arnolfo Taddei*, Firenze, Galletti e Cocci, 1913. Per l'incarico al dott. Taddei, cfr. ASPF, 1907, filza 56, cat. 9, cas. 1, lettera di Paolo Amaldi alla Deputazione provinciale, 29 aprile 1908, e ivi, 1907, 2617, la conferma.

⁹⁷ Citato da Amaldi in *Relazione [...] del direttore Dott. Paolo Amaldi*, cit., p. 33.

⁹⁸ Così il relatore della commissione finanza in *Opera pia del Manicomio di Firenze, Bilancio preventivo per l'esercizio finanziario dell'anno 1910 approvato dal Consiglio Provinciale nell'adunanza del 14 dicembre 1909*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1910, pp. XXI-XXII.

vevano uscire, gli amministratori chiedevano di sapere chi doveva pagarne il mantenimento⁹⁹.

La legge non lo diceva. Nella causa legale intentata dalla Provincia di Milano contro il Comune cui si cercava di scaricare la spesa, il Consiglio di Stato nel 1905 confermò che «tutti i malati di mente di qualunque grado e con qualunque nome d'infermità» fossero a carico delle Province, dentro e fuori il manicomio¹⁰⁰. Tramontava così la speranza coltivata dai governi provinciali: di venir esonerati dal provvedere agli «alienati per idiotismo, cretinismo e per altre forme morbose non tali da rendersi pericolosi». Poiché il legislatore «posa la necessità della reclusione dei folli nei Manicomi» sulla pericolosità, a rigore se ne deduceva che soltanto i pericolosi rimanessero a carico delle Province. Invece no. Ovunque si mettessero i poveri matti, lo Stato chiamava sempre le Province a tirar fuori i soldi; e quelle ripresero i loro calcoli su come e dove fosse meno dispendioso ridistribuire i malati di mente.

Tra gli psichiatri la legge suscitò considerazioni di altro tipo. Era giunto il momento di vincere un «pregiudizio» che era ancora radicato «tanto nella maggior parte di noi alienisti, come nelle stesse Amministrazioni e nelle popolazioni»: il manicomio *non* è l'unico luogo per i malati di mente. Bisognava perciò diffondere l'assistenza familiare agli alienati: questa la riforma urgente in Italia, l'obiettivo che al XII Congresso della Società italiana di freniatria, nel 1904 il presidente Tamburini affidava alle generazioni più giovani, in una specie di testamento alla fine del suo mandato¹⁰¹.

Anche Amaldi, socio di lunga data della Sif, sentì quell'appello e lo raccolse. Come si è detto, nel 1909 introdusse proprio il sistema di affidamento eterofamiliare che Tamburini notoriamente prediligeva. Costui gliene dette ampio riconoscimento nel citato volume su *L'assistenza degli alienati in Italia*; l'iniziativa del direttore del manicomio fiorentino vi appariva piena di meriti: la scelta delle famiglie più adatte, in campagna; la sorveglianza delle condizioni in cui il malato andava a vivere, e soprattutto l'assistenza medica garantita, con la visita domiciliare di un medico del manicomio ogni due o quattro settimane¹⁰². Così almeno sulla carta. Purtroppo ci mancano dei riscontri. Amal-

⁹⁹ *Relazione della commissione eletta dalla deputazione provinciale per lo studio delle condizioni e dei bisogni del manicomio*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1906, p. IX.

¹⁰⁰ Consiglio di Stato, IV Sezione, in causa Provincia di Milano, 14 aprile 1905.

¹⁰¹ Cfr. A. Tamburini, *Le urgenti riforme*, cit., p. 9.

¹⁰² Cfr. A. Tamburini *et al.*, *L'assistenza agli alienati*, cit., p. 134. Fratello del famoso matematico Ugo, Paolo Amaldi aveva studiato medicina a Pavia, dove il padre Edoardo era presidente del tribunale, e a 33 anni era divenuto direttore del manicomio di Mendrisio fino al 1906, dove aveva applicato l'*open door* e studiato il diffuso problema dell'alcolismo. Vincitore del concorso per direttore di San Salvi, a Firenze aveva preso la libera docenza in psichiatria, tenendo corsi anche di neuropsichiatria infantile e forense, e soprattutto aveva promosso corsi di formazione del personale del manicomio. Cfr. P. Amaldi, *Lezioni tenute*

di stesso non seguiva direttamente la cosa; l'aveva delegata completamente ai medici di Castelpulci di cui non ho trovato relazioni o altre carte. Per certo si può dire che gli assistiti rappresentarono sempre una percentuale assai esigua. Secondo le cifre fornite dallo stesso direttore, al 31 dicembre 1911, gli alienati a carico della Provincia di Firenze erano: 1.452 ricoverati nei due manicomio di San Salvi e di Castel Pulci, 909 affidati all'assistenza extramanicomiale, cioè ai propri familiari con sussidio, e finalmente 14 affidati all'assistenza paramanicomiale, cioè alle famiglie dei coloni con sussidio e assistenza psichiatrica¹⁰³. Dopo quasi un decennio ne risultavano 30¹⁰⁴.

Sulle spalle delle famiglie. Davanti alla discrepanza quantitativa di andamento fra i due tipi di affidamenti familiari, in quello stesso rapporto del 1911 il direttore raccomandò un riordinamento radicale. Amaldi istigò la Provincia a *disinteressarsi* – scrisse così – di chi era stato ripreso dai propri parenti. Bisognava «cessare al loro riguardo» l'erogazione dei sussidi, che giudicava «più caricantevole che assistenziale [...] [e] trovare il modo per applicare» uno stile «restrittivo e largamente eliminativo»¹⁰⁵. Il modo consisteva, a suo parere, nell'abbassare la già meschina cifra del sussidio e limitare gli aventi titolo alla custodia omofamiliare sussidiata. Di questo si occupò, come abbiamo visto, il solerte dottor Taddei. Solo se avessero tenuto mentecatti totalmente incapaci al lavoro produttivo, oltre che cronici, incurabili, bisognosi di sorveglianza diretta, le loro famiglie potevano aspirare al sussidio¹⁰⁶. E sempre se il Comune ne certificasse l'indigenza, che invece per i tenutari coloni non veniva considerata né obbligatoria né desiderabile.

In sostanza, da come lo si andava praticando a Firenze da mezzo secolo, Amaldi intendeva riformare l'istituto della custodia domestica in modo tale da disincentivarlo proprio quando la legislazione nazionale lo legittimava e lo rendeva addirittura obbligatorio, secondo lui, perché il ricorso alle famiglie suppliva alla mancanza di istituti alternativi al manicomio. Il *Regolamento* del 1909 non gli parve affatto un miglioramento, al contrario di quanto sostennero il consigliere provinciale e l'apposita commissione. Esso non attivava al-

agli infermieri dai dottori Amaldi, Gucci, Pugliese, Chiozzi, Palazzeschi, Catola Rebbizi nell'anno 1907, Firenze, Tip. Galletti, 1908.

¹⁰³ *Relazione [...] del direttore Dott. Paolo Amaldi*, cit., p. 94. Altre cifre, ma non sull'affidamento familiare, e relative al 31 luglio 1911, sono date in *Manicomio di Firenze, Relazione della Commissione per la riforma del regolamento amministrativo ed organico*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1911, p. 43.

¹⁰⁴ Il dato è in A. Tamburini *et al.*, *L'assistenza manicomiale*, cit., p. 134. Qui si affermava anche che su proposta del direttore stava per costruire una nuova organizzazione manicomiale presso Castel Pulci per 600 ricoverati.

¹⁰⁵ *Relazione [...] del direttore Dott. Paolo Amaldi*, cit., p. 95.

¹⁰⁶ *Ivi*, p. 30.

cuna sorveglianza sanitaria, né morale né amministrativa sul trattamento in custodia, che nella pratica fiorentina non c'era mai stata. La persona passava alla visita ambulatoriale all'inizio, per decidersi l'affidamento; ma poi? Ogni sorta di abusi, di irregolarità, di dispersioni era possibile.

Come non riconoscere che la istituzione, piuttosto che esplicarsi nel senso vero dell'assistenza, finisce per assumere invece il carattere di patronato a malapena elemosiniero, di un'opera di beneficenza generica, a cui è pretesto pietoso una sventura domestica, ma non è garantito il raggiungimento dei fini assegnati alla istituzione per il soccorso, per la tutela, per la cura, se occorre, dell'alienato?¹⁰⁷

L'analisi era realistica. Giustamente puntava il dito sul fatto che mancava «l'organo appropriato di controllo che sull'assistenza familiare espliciti azione competente, vale a dire sanitaria anzitutto e amministrativa di conseguenza». Ma le proposte non erano coerenti con la denuncia; soprattutto non mantenevano la priorità dell'assistenza sanitaria che quella pareva reclamasse¹⁰⁸.

A proposito di tale priorità, bisognerebbe poter confrontare come andavano le cose fuori e come dentro l'istituzione. Nei due manicomi di San Salvi e di Castel Pulci, per i quasi 1.500 ricoverati poveri, ma anche per i paganti, e per gli ospiti distinti degli annessi pensionati cui era dovuta la maggiore assistenza, si contano in tutto dieci medici più il direttore, che nel 1910 aprirono una delle periodiche richieste per l'aumento degli stipendi e delle pensioni alla Deputazione provinciale, la quale due anni dopo non aveva ancora risposto¹⁰⁹. E, in margine, c'è da aggiungere che Amaldi si impegnò molto per migliorare le condizioni e la preparazione del personale. La disamina del suo comportamento riguardo all'affare della custodia domestica nel rapporto con la Deputazione provinciale non comporta un giudizio complessivo su tutta la sua lunga gestione del manicomio fiorentino.

Sulla questione dell'affidamento domestico le divergenze aumentarono all'interno del Consiglio provinciale: tra chi concepiva l'assistenza domestica come

¹⁰⁷ Ivi, pp. 27 e 28.

¹⁰⁸ Più coerente, in questo senso la relazione pur sempre assai critica del direttore del manicomio di Volterra, L. Scabia, *Custodia domestica familiare*, cit.

¹⁰⁹ *Pro-memoria dei Medici del Manicomio di Firenze all'on. Deputazione Provinciale*, Firenze, Società tip. Fiorentina, s.d. [ma 1912]; sottoscritto dagli undici medici, direttore incluso. Il numero dei medici rimane invariato a lungo; dalle tabelle del personale di assistenza del 1920 si ricava che, sempre per tutti gli stabilimenti e anche per la clinica, ai servizi uomini vi fossero in totale per 100 infermieri, 11 capo padiglione e 11 sottocapo padiglione, oltre ad un ispettore e un sottoispettore ciascuno per San Salvi e per Castel Pulci; ai servizi donne 90 infermiere, 10 capo padiglione che erano suore retribuite (ma nella clinica e nel pensionario solo laiche), 20 sottocapo padiglione distinte in prima e seconda classe, 2 ispettrici e 2 sottoispettrici, tutte suore. Cfr. Manicomio di Firenze, *Ruoli organici del Personale Sanitario e Amministrativo [...] e modificazioni al Regolamento*, Firenze, Tip. Cocchi e C., 1920.

un canale di scarico ai costi elevati e al rischio di sovraffollamento del manicomio, e chi invece la intendeva come alternativa o complemento alle cure manicomiali, e dunque mirata a fornire assistenza. Non tutti i consiglieri eletti erano disposti a preoccuparsi del bilancio a scapito della sanità e dell'assistenza pubblica. Per anni le discussioni si riproponevano negli stessi termini. Il consigliere Montanelli nel 1920 invitava il consigliere Del Bene ad andare a leggersi i lavori svolti dalla commissione di studio del 1908, prima di presentare la proposta che aveva appena fatto¹¹⁰. Obbligare le famiglie sussidiate a condurre a San Salvi, da ogni parte della provincia con propri mezzi e a proprie spese, il loro congiunto malato (che non sempre era in condizioni di viaggiare) per sottoporlo alla visita medica di revisione, e abolire la visita a domicilio: anche questa pessima idea a un certo punto passò.

Cercando di risparmiare, il controllo sanitario periodico diveniva, se possibile, sempre più sporadico e inutile. Da annuale era passato a biennale. Durante la guerra era stato sospeso per mancanza dei medici. Tanto valeva abolirlo, dunque. I risultati c'erano; nel senso che la spesa per i sussidi era diminuita. A livelli inquietanti, se invece di badare solo al bilancio della Provincia si pensa alle famiglie e ai malati in custodia. Nel preventivo del 1915 per il mantenimento dei dementi poveri dentro il manicomio si accantonavano 1.420.000 lire, per i sussidi soltanto 135.000; nel 1917 si sale rispettivamente a 1.610.000 e a 155.000, la seconda cifra rimanendo sempre intorno al 9,5% su una popolazione di sussidiati imprecisata ma non certo proporzionalmente scesa. Nel '17 la quota pro capite per i ricoverati passa da 2,35 a 2,55 lire al giorno, cioè a 76,50 lire di media mensile¹¹¹. La Deputazione provinciale deliberò di aumentarla dopo a complessive 10 lire al mese per tutti i sussidiati, dal 1921 (a condizione di poter «revocare tali concessioni in ogni momento»), su richiesta del deputato socialista Ugo Catola, di professione medico psichiatra a San Salvi¹¹². Durante il fascismo però diminuì ancora. Il preside della Provincia stabilì invece differenziate ma comunque draconiane riduzioni, come quelle indicate nell'elenco di 55 sussidiati del Comune di Firenze (da 40 a 25 lire, da 60 a 30,

¹¹⁰ Nello scontro fra i consiglieri Giuseppe Montanelli e Del Bene, il primo ricostruì le alterne prese di posizione negli ultimi dieci anni. Cfr. *Atti del Consiglio Provinciale di Firenze, anno amministrativo. 1916-17*, Firenze, 1920, adunanza del 2 febbraio 1917, pp. 156-161, con i riferimenti ai precedenti.

¹¹¹ Opera pia del Manicomio di Firenze, *Bilancio preventivo per l'esercizio finanziario dell'anno 1915*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1915, e rispettivamente *dell'anno 1917*, Firenze, Tip. Galletti e Cocci, 1917, p. VI.

¹¹² ASPF, cat. 9, cas. 1, 1920, 2591, estr. protocollo «Deliberazioni della Deputazione Provinciale», 10 dicembre 1920. Ugo Cino Catola riuscì eletto nel mandamento di Borgo San Lorenzo alle elezioni del 1920, nella Deputazione provinciale guidata dal socialista Sebastiano Del Buono. Cfr. *La Provincia di Firenze*, cit., p. 50. Notevole la sua produzione scientifica.

ecc.) nel 1937, sulla base dei «certificati rilasciati dal Signor Direttore del manicomio al seguito delle visite mediche», il quale evidentemente continuava a esprimere valutazioni non di tipo medico ma amministrativo¹¹³.

Prefetto era allora il poco più che trentenne Diego Sanesi, convinto fascista della prim'ora, ragioniere di Prato, laureato in Scienze sociali economiche e politiche. Ebbero a trattare con lui Amaldi, che di anni ne aveva 37 di più, nell'ultimo biennio della sua direzione; e dal gennaio 1937 Gino Simonelli ad Amaldi succeduto dopo una lunga gavetta tutta dentro San Salvi. Laureato a Firenze nel 1909, un anno e mezzo alla clinica come assistente volontario, era stato sempre in manicomio dal 1911: medico straordinario, medico ordinario, medico di sezione e così via¹¹⁴. La prima proposta che il neo direttore si «onor[ò] far presente» al prefetto di Firenze era che «non si dovessero concedere sussidi a malati che non erano stati mai ricoverati in manicomio»¹¹⁵. Era proprio il contrario di quanto la Provincia andava facendo fin dal lontano 1866 – lo si è detto indietro –, per una precisa scelta allora intrapresa, ragionando sui bisogni dei malati e sulla necessità di sostenere le famiglie che se ne prendevano cura. D'un tratto si cancellava l'aspetto forse più qualificante e peculiare dell'esperienza fiorentina, pensando al sussidio solo come denaro speso dall'istituzione per non doverne spendere di più, a prescindere da quanto servisse alle famiglie per l'assistenza prestata.

Un peggioramento si registra anche nelle procedure di controllo dei sussidiati. Era stata abolita ormai la visita medica al domicilio del malato, che per questo doveva essere trasportato dall'affidatario al manicomio. Non era dunque più possibile, fra l'altro, che il medico prendesse «anche una qualche nozione delle condizioni della famiglia». Ammesso l'inconveniente, Simonelli suggerì di ovviarvi col richiedere ad ogni revisione il certificato di miseria, in modo da «avere almeno una qualche norma oggettiva» che giustificasse un'eventuale modifica del sussidio (al ribasso), cui miravano le cosiddette revisioni generali del malato effettuate dal medico. Simonelli esibì a Sanesi il suo piano organizzativo: i malati sussidiati si presentassero all'ospedale psichiatrico di Castel Pulci oppure, a seconda dei comuni di provenienza, si presentassero a San Salvi quelli che il prefetto stesso credeva opportuno, con trasporto a carico delle famiglie, nei 3 giorni prestabiliti e fossero visitati 24 alla volta, dalle ore 10 alle 12. Erano 5 minuti per ciascuno, una volta o due l'anno. A

¹¹³ Si veda per esempio l'elenco delle riduzioni, allegato alla delibera provinciale del 3 settembre 1937: ASPF, cat. 9, cas. 1, 1937, 1520, «Revisione dei sussidiati. Riduzione dei sussidi».

¹¹⁴ Alcune note biografiche in *La clinica di San Salvi*, cit., p. 34.

¹¹⁵ Archivio storico a San Salvi, *Direzione Affari diversi*, 1938, f.n.n., «Sussidiati», lettera del direttore al preside della Provincia, 18 giugno 1937, da cui anche le altre citazioni nel testo.

chi non inviava giustificazione e non si presentava, dopo un preavviso di una settimana e un comporto di otto giorni, veniva abolito il sussidio.

Per concederlo, oltre ai consueti criteri restrittivi il direttore raccomandò di «principalmente dar peso alla idoneità per il ricovero manicomiale». Altrimenti non avrebbe avuto luogo alcun sgravio di malati e di costi, che era invece l'obiettivo primario di quella politica di custodia familiare sussidiata. E siccome per il ricovero «la legge non richiede solo l'esistenza di un qualche turbamento mentale, ma anche la pericolosità del soggetto», bisognava dunque, a rigore di logica, che anche i malati affidabili alla custodia domestica fossero pericolosi¹¹⁶. Anziché fatui innocui, le famiglie avrebbero dunque dovuto tenersi in casa proprio i matti pericolosi, o sostenere almeno che lo fossero: il contrario di quanto stabilito sempre. Richiamandosi alla legge dello Stato, quel direttore in realtà pretendeva di ribaltarla a tutto beneficio del bilancio provinciale. E senza più minimamente preoccuparsi della tanto agitata difesa sociale dai folli.

Cosa ne pensasse il prefetto fascista le carte non dicono. Quanto poco benefica sarebbe stata una simile scelta per la vita dei malati e delle famiglie più deboli, su cui si riversava il carico e l'inconsistenza della sbandierata politica per le famiglie in Italia, non c'è bisogno di dimostrare.

All'inizio del 1938, il prefetto sollecitò il direttore: l'idea di una «encomiabile nuova forma assistenziale» fascista per la profilassi mentale andava tradotta in campo pratico. Questi gli fornì presto il programma: «1° un dispensario psichiatrico urbano; 2° un servizio di visite a domicilio dei malati dimettendi o dimessi», giacché vi era la necessità, naturalmente, di entrare in contatto con i familiari, cogliere le condizioni dell'ambiente, dar loro i suggerimenti utili ad evitare una nuova ospedalizzazione¹¹⁷.

¹¹⁶ Ivi, lettere del direttore 16 e 18 giugno 1937.

¹¹⁷ Ivi, lettera del preside dell'Amministrazione provinciale di Firenze al sig. direttore del manicomio, 4 febbraio 1938, e la risposta, 19 febbraio 1938. Sull'ambiguità della nuova psichiatria sociale nell'ondata eugenetica del periodo, si trovano riferimenti utili in F. Cassata, *Molti sani e forti*, cit.