

# Curare – segregare – amministrare. L'assistenza e la gestione dei “mentecat- ti” in un contado del Tirolo: l'esempio del medico generico Franz von Ottenthal (1818–1899) di Campo Tures

*Elisabeth Dietrich-Daum/Elena Taddei*

Quando nel 1847 Franz von Ottenthal iniziò a esercitare privatamente la professione medica nel paese natio di Campo Tures in Valle Aurina, i cosiddetti “mentecatati” venivano per lo più assistiti presso le proprie case dai famigliari o in luoghi di ricovero più disparati: ospizi, ospedali e talvolta carceri gestiti sia da comuni sia da ordini religiosi.<sup>1</sup> Anche la progressiva diffusione in Austria, nel corso del XIX secolo, di istituti specializzati per il trattamento e l'assistenza ai malati di mente<sup>2</sup> non contribuì a modificare la situazione. Ancora nel 1850, ad esempio, l'istituto di Hall, il primo manicomio tirolese, inaugurato il primo settembre del 1830<sup>3</sup>, era in grado di offrire ospitalità, fra uomini e donne, a solo 100 individui complessivamente.<sup>4</sup> Il ricovero era peraltro previsto solo nei

- 1 In Austria e nel sud della Germania furono particolarmente gli ospedali Fatebenefratelli a occuparsi della cura e dell'assistenza dei “matti” (l'istituzione più vecchia è quella di Graz del 1656). Vedi Carlos WATZKA, *Vom Hospital zum Krankenhaus. Zum Umgang mit psychisch und somatisch Kranken im frühneuzeitlichen Europa*, Köln/Weimar/Wien 2005.
- 2 La tendenza all'internamento di malati mentali cominciò in tutta l'Europa già alla fine del XVII secolo, ma la fitta rete di istituti specializzati si intrecciò appena nel XIX secolo. Vedi il quadro d'insieme in Heinz SCHOTT/Rainer TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München 2006, pp. 236–326.
- 3 Per le date salienti dell'introduzione dei manicomi in Austria vedi *Oesterreichs Wohlfahrts-Einrichtungen 1848–1898. Festschrift zu Ehren des 50 jährigen Regierung-Jubiläums Seiner k. u. k. Apostolischen Majestät Kaisers Franz Joseph I.*, (Wien 1900), Bd. III: *Gesundheitspflege*. Le lamentele del tempo sulla miseria dei “matti” incatenati nelle stalle o rinchiusi nelle rimesse sono collegate anche in Tirolo alla storia della fondazione del primo manicomio del territorio e in seguito alla destinazione della soluzione del problema sociale alla psichiatria in via di formazione. Vedi Hans WEISS, *Zur Entstehungsgeschichte der Psychiatrie in Österreich. Jahresarbeit am Institut für Höhere Studien*, Wien 1977, pp. 13–15; Johann TSCHALLENER, *Beschreibung der k. k. Provinzial-Irren-Heilanstalt zu Hall in Tirol*; mit Rücksicht auf die Statuten der Anstalt, auf die therapeutischen und psychologischen Grundsätze der Behandlung der Geisteskranken und auf ihre achtjährigen Resultate, Innsbruck 1842, p. 64. Anche Josef Stolz, succeduto a Tschallener come direttore del manicomio di Hall descrive nel 1863 in una serie di articoli nel giornale *Tiroler Stimmen* vivamente la miseria degli “incurabili” in un mondo crudele e indifferente con lo scopo di motivare la costruzione di un apposito istituto di degenza nelle vicinanze dell'istituto di cura: Josef STOLZ, *Eine brennende Frage*, serie di articoli nel quotidiano di Innsbruck *Tiroler Stimmen* del 22, 23, 29 e 30 gennaio 1863.
- 4 Secondo Redinger i posti letto salirono durante gli anni sessanta del XIX secolo a 130, con l'ampiamiento nel 1868 a 250, un numero che si trova anche nei rapporti annuali pubblicati a partire dal 1881. Vedi Thomas REDINGER, *Zur Geschichte der psychiatrischen Disziplin. Die „Irrenanstalt“ von Hall in Tirol (1830–1882)*, Dipl. Innsbruck 1998, p. 30 s. Cfr. anche *Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt Hall für das Jahr 1881*, in: *Tiroler Landesarchiv (TLA), Landschaftliches Archiv 1882, Akten des Landesausschuss, Allgemeine Reihe*, Zl. 12968.

casi di malattie classificate come guaribili o di soggetti ritenuti pericolosi per sè e per gli altri.<sup>5</sup>

Lungo l'intero arco di vita del medico Franz von Ottenthal la sistemazione dei malati di mente restò un problema aperto e questo nonostante gli istituti fossero nel frattempo saliti a tre, con l'apertura di Valduna nel 1869<sup>6</sup> e di Pergine Valsugana nel 1882.<sup>7</sup> I circa 500 posti letto disponibili negli anni ottanta non erano, infatti, ancora sufficienti a garantire un'assistenza psichiatrica ospedaliera adeguata a fronte di una domanda peraltro in continua crescita a causa del cosiddetto *Irrenboom*, ossia un consistente aumento del numero dei "matti" registrato a partire dalla metà dell'Ottocento.<sup>8</sup> Nulla poterono, dunque, i frequenti interventi di ampliamento delle strutture decisi proprio per migliorare lo stato di costante sovraffollamento di questi istituti e i malati continuarono ad essere respinti. Ai comuni restava così il difficile compito di scegliere dove collocare i propri "matti", optando fra le poche sistemazioni alternative disponibili: le famiglie di origine, alcuni privati o le sedi succursali dei grandi ospedali psichiatrici.

Il personale medico, sia pubblico sia privato, attivo sul territorio rivestiva pertanto un ruolo centrale nelle cure alle persone affette da "disturbi psichici" e più in generale nella "gestione della pazzia".<sup>9</sup> Lo testimoniano le statistiche che evidenziano quanto fosse alto il numero di pazienti "seguiti" fuori dal manicomio. Intorno al 1880, in Austria, alle circa 6.000 persone sistemate presso i cosiddetti *Irrenanstalten* (ospedali psichiatrici), si sommarono 1.343 pazienti collocati in altri ricoveri e 18.800 malati curati privatamente.<sup>10</sup> Nello stesso anno, nel distretto giudiziario di Brunico, il territorio qui analizzato, erano ben 61 (36 uomini e 25 donne) i "matti" che vivevano presso la propria famiglia.<sup>11</sup> Si può dunque presumere che tre quarti dei "matti" censiti fosse

5 Vedi a proposito: Maria HEIDEGGER/Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die k. k. Provinzial-Irrenanstalt Hall in Tirol im Vormärz – eine totale Institution. In: Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8 (2008), quaderno 1, pp. 69–85.

6 Vedi Norbert SCHNETZER (a cura di), 600 Jahre Valduna: Der lange Weg – vom Klarissinnenkloster zum Landeskrankenhaus, Rankweil 1999; Gernot EGGER, Ausgrenzen – Erfassen – Vernichten. Arme und „Irre“ in Vorarlberg ( Studien zur Geschichte und Gesellschaft Vorarlbergs 7), Bregenz 1990.

7 Vedi a questo proposito il catalogo della mostra: Alla ricerca delle menti perdute. Viaggi nell'istituzione manicomiale, a cura di Rodolfo TAIANI, Trento 2003; inoltre: Casimira GRANDI/Rodolfo TAIANI (a cura di), Alla ricerca delle menti perdute. Progetti e realizzazioni per il riuso degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenuti all'Impero asburgico, Trento 2002; Quinto ANTONELLI/Felice FICCO (a cura di), Psychopathia sexualis. Memorie di un internato psichiatrico, Trento 2003. A Rodolfo Taiani vanno inoltre i ringraziamenti delle autrici per i miglioramenti apportati a questo saggio.

8 Carlos WATZKA, Der ‚Irrenboom‘ in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne. In: newsletter MODERNE 5 (2005), quaderno 1, pp. 21–26.

9 Vedi a proposito Doris KAUFMANN, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770–1850, Göttingen 1995, pp. 236–260.

10 Intorno al 1900 ancora quasi il 50% delle persone bisognose di cure psichiatriche venivano assistite privatamente. Cfr. Hans WEISS, Geschichte der Psychiatrie in Österreich. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 2 (1978), pp. 41–57, qui pp. 44 e 52.

11 Österreichisches Staatsarchiv (ÖStA), Allgemeines Verwaltungsarchiv (AVA), Ministerium des Innern (MdI), allg. Sign. 36, Kt. 977, Zl. 4909 ex 1885: R. Ergänzungsbericht über Sanitätsangelegenheiten im politischen Bezirke Bruneck im Jahr 1880.

seguito direttamente sul territorio dai medici locali. Solo intorno al 1900 questa proporzione cominciò lentamente a invertirsi.

Ma come si può descrivere in maniera esauriente lo sviluppo storico di questa funzione “psichiatrica” svolta dai medici comuni? Di quali competenze della materia disponevano e a quali obblighi dovevano rispondere in un sistema sanitario ancora in formazione<sup>12</sup> e in una disciplina ancora alla ricerca di un proprio riconoscimento ufficiale?

Nelle pagine che seguono si cercherà di rispondere proprio a queste domande, altrettante questioni cui la storiografia ufficiale non ha riservato, fino ad oggi, particolare attenzione. Innanzitutto si darà conto sinteticamente delle condizioni generali dell’assistenza medica in Tirolo nella seconda metà del XIX secolo e si illustrerà la figura del medico di campagna Franz von Otenthal nonchè la sua formazione professionale. Le fonti utilizzate sono state le più varie, non ultime quelle recuperate nell’archivio privato dell’Ing. Horst Schober cui vanno i più sinceri ringraziamenti di chi scrive. Successivamente saranno esaminati i segni di malattia mentale annotati dal medico e le eventuali terapie indicate. Infine si analizzeranno alcuni casi estrapolati dalle anamnesi e dalle perizie mediche/psichiatriche eseguite da Otenthal, per scoprire come venivano “trattate” le persone che soffrivano di malattie mentali all’interno del sistema medico e sociale del tempo. L’interesse si è concentrato sulle persone e sulle istituzioni coinvolte nei processi di medicalizzazione della psiche (il ruolo del medico, dei famigliari, dei comuni, dei tribunali, della polizia e della direzione dei manicomi), ma anche sulle manifestazioni sintomatologiche e sui comportamenti oggetto di lettura psichiatrica.

La fonte principale sulla quale si basa il nostro studio è costituita dalle *Historiae Morborum*, ossia una quantità impressionante di anamnesi che Franz von Otenthal elaborò tra il 1847 e il 1899. Questa raccolta è stata organizzata in una banca dati nell’ambito di un progetto InterregIIIA (Austria-Italia) realizzato tra il 2002 e il 2007.<sup>13</sup>

La documentazione accumulata e conservata nel tempo dal medico di Campo Tures è interessante almeno per tre motivi: innanzitutto Otenthal assisteva privatamente anche persone affette da malattie mentali; in secondo luogo, avendo rivestito in più occasioni funzioni di medico legale, svolse numerose perizie psichiatriche; infine, in qualità di deputato al Landtag fra il 1861 e il 1882, sostenne attivamente il progetto per la realizzazione di un secondo ospedale psichiatrico nella parte meridionale del Tirolo, quello che poi sarà il manicomio di Pergine in Valsugana. Oltre alle *Historiae Morborum* sono stati consultati documenti dell’Archivio dell’odierno ospedale psichia-

12 Cfr. Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die Klage der Ärzte. Marktprobleme und Professionalisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Österreich. In: bricolage. Innsbrucker Zeitschrift für Europäische Ethnologie, quaderno 5: Medikale Kulturen, Innsbruck 2008, in stampa.

13 Vedi [www.uibk.ac.at/otenthal/](http://www.uibk.ac.at/otenthal/).

trico di Hall (PKH), dell'Archivio provinciale tirolese ad Innsbruck (TLA), dell'Archivio provinciale di Bolzano (SLA) e dell'Archivio di Stato di Bolzano (ASBz). La ricerca ha permesso in questo modo di individuare istituzioni ed enti investiti dal processo di ospedalizzazione.

## 1. Il medico Franz von Offenthal nel sistema di assistenza ed amministrazione medico-sociale

### 1.1 L'organizzazione sanitaria

I medici generici e i chirurghi costituivano generalmente il primo gradino di una scala gerarchica politico-sanitaria che si sviluppava di pari passo con quella amministrativa<sup>14</sup> e che mutò frequentemente e significativamente tra il 1850 e il 1900.

Alla base dell'amministrazione politica agivano i comuni che secondo la legge provvisoria comunale del 17 marzo 1849<sup>15</sup> dovevano preoccuparsi dell'assistenza medica dei propri amministrati e della remunerazione dei medici condotti. Solo la legge provinciale per l'organizzazione del servizio sanitario nei comuni dell'anno 1884<sup>16</sup> basata sulle disposizioni della legge sanitaria dell'Impero del 30 aprile 1870 (Bollettino delle leggi dell'Impero nr. 68, §§ 3–5) regolamentò definitivamente dopo decenni di contrastanti versioni l'amministrazione sanitaria in Tirolo. Un complicato intreccio di norme relative al diritto d'incolato (pertinenza)<sup>17</sup> delle leggi comunali e provinciali sanitarie obbligava i comuni a farsi carico dell'assistenza dei poveri e dei malati di mente domiciliati nel proprio territorio quando questi non potevano essere sostenuti dai propri famigliari. Ciò significa che i comuni dovevano preoccuparsi della sistemazione, di vitto e cura medica di queste persone o direttamente o versando la retta al manicomio o altro istituto fuori del territorio comunale presso il quale avveniva il ricovero. Non devono pertanto meravigliare i numerosi contrasti insorti fra comuni, perennemente indebitati, e la direzione del manicomio di Hall a causa di quest'obbligo, dei quali resta traccia nella documentazione d'archivio: in più occasioni, come testimoniato nel fondo della Pretura di Brunico, la direzione del manicomio si vide costretta a minacciare

14 La continua insoddisfazione di questa struttura amministrativa e il ripetuto cambiamento della grandezza e delle competenze delle singole entità amministrative persisterà anche nella seconda metà del XIX secolo. Cfr. Wilfried BEIMROHR, *Das Tiroler Landesarchiv und seine Bestände* (Tiroler Geschichtsquellen 47), Innsbruck 2002, pp. 104, 220; Richard SCHÖBER, *Geschichte des Tiroler Landtages im 19. und 20. Jahrhundert*, Innsbruck 1984, pp. 282–287.

15 Il decreto comunale provvisorio del 1849 fu più volte riformato: prima dalla legge dell'Impero del 24 aprile 1859 [Bollettino (Boll.) delle leggi dell'Impero No. 58], poi con la legge del 5 marzo 1862 (Boll. delle leggi dell'Impero No. 18).

16 Decreto provinciale del 20 dicembre 1884 (Boll. prov. No. 1/1885).

17 Anche la legge provvisoria d'incolato del 17 marzo 1849 (Boll. delle leggi dell'Impero No. 170) fu modificata in diversi punti a scapito di persone non nate nel comune di residenza. Per lo sviluppo e la problematica del diritto d'incolato austriaco vedi in particolare modo Ilse REITER, *Ausgewiesen, abgeschoben. Eine Geschichte des Ausweisungsrechtes in Österreich vom ausgehenden 18. bis ins 20. Jahrhundert*, Frankfurt a. M./Berlin/Bern et.a. 2000.

la dimissione immediata di alcuni ricoverati se i comuni di pertinenza non avessero prontamente provveduto al pagamento della somma prevista.

Come quella politica anche l'amministrazione sanitaria aveva una struttura piramidale che vedeva al vertice il consigliere luogotenenziale poi consigliere sanitario (Gubernial-, Medizinalrat) e via via scendendo il protomedico, i medici circolari, i medici distrettuali, i chirurghi circolari e i medici condotti. Il protomedico sorvegliava l'intero personale sanitario di un territorio provinciale.<sup>18</sup>

I medici della Valle Aurina sottostavano alla Pretura di Brunico. I loro compiti principali, oltre all'assistenza medica della popolazione, riguardavano le visite mortuarie, le vaccinazioni, la sorveglianza dei locali e dei generi alimentari, il rilievo e la denuncia di casi di malattie epidemiche e infine la perizia e la cura delle persone affette da disturbi mentali. L'assistenza alle persone "malate di mente" rientrava, dunque, fra i compiti del medico, senza però che fosse richiesto per questo incarico un particolare titolo di studio o una formazione specialistica.<sup>19</sup>

## 1.2. Franz von Ottenthal – medico privato e legale a Campo Tures (1847–1899)

Il dottor Franz Seraph Joseph Anton von Ottenthal, nato il 23 maggio del 1818 da Johann Paul von Ottenthal e da Maria Anna contessa Hendl, praticò privatamente per oltre 50 anni la professione medica a Campo Tures. Si iscrisse nell'anno accademico 1837/38 presso la facoltà di medicina dell'università di Vienna – a Innsbruck tale facoltà fu attivata solo a partire dal 1869.<sup>20</sup> Gli atti dell'archivio universitario di Vienna documentano che Ottenthal divenne dottore di medicina e chirurgia nel 1843. L'anno successivo sostenne anche l'esame per il magistero in ostetricia.<sup>21</sup> La sua carriera professionale lo portò

18 Ignaz G. LASCHAN (a cura di), *Systematisch geordnete Sammlung der in der Provinz Tirol und Vorarlberg bis Ende Juni 1845 erflossenen und noch in Wirksamkeit bestehenden Gesetze und Verordnungen im Sanitätswesen*, Innsbruck 1847, pp. 1, 11. Riguardo a questa "piramide di dipendenze" vedi anche: Thomas N. BURG, „Sieches Volk macht siechen Staat“. Arzt, Stand und Staat im 19. Jahrhundert, Wien 1994, pp. 58–67, p. 108 s. Una buona visione d'insieme dello sviluppo della classe medica nel XVIII e XIX secolo offre: Johannes WIMMER, *Gesundheit, Krankheit und Tod im Zeitalter der Aufklärung. Fallstudien aus den habsburgischen Erbländern*, Wien/Köln 1991.

19 Un'analisi dei processi di concorso e assegnazione di funzioni sanitarie nel XIX secolo ha dimostrato che per questi ambiti posti di lavoro erano necessarie le raccomandazioni di influenti persone, di enti politiche e/o clericali che dovevano attestare la moralità, fiducia, il timore di Dio e la buona reputazione dei concorrenti oltre alla bravura in campo medico. Vedi Mary LINDEMANN, *Health & Healing in Eighteenth-Century Germany*, Baltimore/London 1996, pp. 95–103. Inoltre Elena TADDEI, *Bestellungsverfahren von Ärzten in Tirol in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Qualifikationen, Auswahlkriterien und Erwartungen*. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM/Martin DINGES/Robert JÜTTE/Christine ROILO (a cura di), *Arztpraxen im Vergleich: 18.– 20. Jahrhundert* (Veröffentlichungen des Südtiroler Landesarchivs 26), Innsbruck/Wien/Bozen 2008, pp. 221–237.

20 Gerhard OBERKOFER/Peter GOLLER, *Geschichte der Universität Innsbruck (1669–1945)*, Frankfurt a. M./Berlin/Bern u.a. 1996<sup>2</sup>, p. 142.

21 *Universitätsarchiv Wien, Medizin 11, No. 2 1839–1846, f. 118v.*

dapprima a Windischmatrei nel Tirolo dell'Est, dove lavorò come medico legale fino al 1846 ed infine nel 1847 a Campo Tures, dove aprì uno studio medico nella residenza Neumelans, immobile di proprietà della sua famiglia da più generazioni. In questo ambulatorio praticò ininterrottamente fino al 1899. Lo studio medico si trovava all'interno dell'ampio giudizio patrimoniale di Tures nel distretto sanitario di Brunico e il raggio di azione del medico si estendeva per tutta la Valle Aurina da Villa Ottone a nord-est di Brunico fino ai piedi della vallata a Predio. Il giudizio patrimoniale di Tures contava nel 1847 10.315 abitanti. Vi esercitavano la professione medica, oltre a Ottenthal, anche il medico condotto Daimer a Campo Tures e un chirurgo in fondo alla valle.<sup>22</sup> In più occasioni, tra il 1861 e il 1888, Ottenthal ricoprì anche l'incarico di medico legale, medico condotto provvisorio nonché di cassiere giuridico. Franz von Ottenthal morì il 29 gennaio 1899<sup>23</sup> all'età di 81 anni a Campo Tures. Solo un mese prima aveva fatto domanda presso il governo provinciale per ritirarsi dall'attività e godersi la meritata pensione.

### 1.3 La formazione del medico

Ci si domandava pocanzi di quali competenze psichiatriche disponevano i medici ai tempi di Ottenthal. In realtà assai scarse se si considera che la formazione universitaria non offriva grandi aiuti.<sup>24</sup> Ancora nella seconda metà del XIX secolo solo i §§ 16–18 dell'ordinamento degli studi della facoltà di medicina dell'Università di Vienna prevedevano una lezione sulle malattie croniche con sede nel sistema nervoso, nella quale dovevano essere spiegate anche la *melancholia*, la pazzia e l'ira.<sup>25</sup> Inoltre non esistevano medici veramente versati nel trattamento delle malattie psichiche ad eccezione dei pochi "specialisti" che lavoravano nelle cliniche universitarie o nei vari manicomi sia pubblici che privati. La formazione in quest'ambito, come Ottenthal stesso dimostra, doveva pertanto confidare molto sullo studio personale e sull'esperienza acquisita. Va peraltro osservata una costante crescita a partire dagli anni quaranta dell'Ottocento dell'interesse per lo studio delle malattie psichiche, così come testimoniato dalle tesi di laurea in medicina conservate presso la Biblioteca nazionale di Vienna. Tra il 1825 e il 1850 furono accettate, infatti, numerose quelle relative a tematiche di contenuto "psichiatrico": sei di queste

22 Gertrud EGGER, Von Badern, Barbieren und Wundärzten. Medizin und Heilkunst im Ahrntal. In: Gemeinde Ahrntal (a cura di), Ahrntal. Ein Gemeindebuch, Steinhaus 1999, pp. 60–69; Wolfgang MESSNER, Wirtschafts- und Sozialgeschichte des Tauferer Tales/Ahrntales im ausgehenden 18. und im Laufe des 19. Jahrhunderts, Dipl. Innsbruck 2004.

23 Südtiroler Landesarchiv (SLA), Matriken (MA) Taufers im Pustertal, bobina 100.

24 I primi passi verso una formazione psichiatrica furono intrapresi dalla clinica universitaria di Vienna a partire dal 1870 e da quella di Graz dal 1872. La clinica universitaria di Innsbruck aprì appena nel 1891 un istituto di psichiatria, quando Ottenthal esercitava già da più di 40 anni ed era responsabile della cura dei "matti" del suo territorio insieme al collega dott. Daimer. Vedi SCHOTT/TÖLLE, Geschichte der Psychiatrie, pp. 295–296.

25 Joseph KROPATSCHKEK, Österreichische Staatsverfassung, Bd. 3, Wien 1795, p. 729.

trattavano il tema del “cretinismo”, sei quello della “melanconia”, cinque quello della “psiche” e ventuno quello delle “malattie mentali”.<sup>26</sup> Di tutte queste sono sei quelle conservate nel lascito di Ottenthal portanti una dedica dei suoi compagni di corso. Che l’interesse per questo campo fosse alto, lo dimostra anche un rilevamento iniziato dall’Accademia delle scienze di Vienna nel 1857 riguardante il numero e la vita quotidiana dei “cretini” nei singoli territori della monarchia. I risultati, per quanto poco eloquenti, furono pubblicati dal dott. Skoda nel 1862.<sup>27</sup>

Purtroppo la dispersione parziale del fondo Ottenthal non consente di affermare con certezza se il medico di Campo Tures conoscesse e utilizzasse le opere dei primi psichiatri, come ad esempio il *Traité médico-philosophique sur l’alienation* (1801) di Philippe Pinel, l’opera di Jean Etienne Dominique Esquirol, *Des maladies mentales* (1838), l’opera principale di Wilhelm Griesinger, pubblicata nel 1845, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, definita anche la “magna charta” della psichiatria, o per lo meno se fosse a conoscenza delle pubblicazioni dei direttori dell’ospedale psichiatrico di Hall, Johann Tschallener<sup>28</sup> prima e Josef Stolz<sup>29</sup> più tardi.<sup>30</sup>

## 2. Il medico come “terapeuta”

Le *Historiae Morborum* (per brevità HM) sono la fonte che documentano l’azione terapeutica di Ottenthal.<sup>31</sup> Per la diagnosi delle malattie mentali il medico di Campo Tures utilizza lo schema suggerito dal direttore di Hall Johann Tschallener.<sup>32</sup> Costui distingueva nel suo schema forme di malattia “fisse”, nel senso di croniche, da quelle di manifestazione “periodica” e suddivideva le “malattie della mente” nelle seguenti categorie: *Blödsinn* (cretinia), *Melancholie* (melanconia), *Narrheit* (follia), *Nymphomanie* (ninfomania), *Wahnsinn* (pazzia) e *Tobsucht* (ira).

Le “diagnosi” di Ottenthal non si limitano però a identificare le forme di malattia, ma contengono in varia densità informazioni, che indicano anche la

26 Vedi i risultati di ricerca nella banca dati della Biblioteca nazionale austriaca: ÖNB, Katalog 1501–1929, alle voci “Melancholie”, “Paranoia”, “Cretinismus”, “Psychica,” del 25-10-2007.

27 Archivio di Stato di Bolzano (ASBz), Landgerichtsakten (LA) Taufers, 1857, 1061. SKODA, Referat über den Inhalt der Berichte welche über den Kretinismus in der Österreichischen Monarchie eingelangt sind, Wien 1861, TLA, Statthalterei, Sanität 11062, 1862.

28 TSCHALLENER, Beschreibung.

29 Josef STOLZ, Mechanischer Zwang (körperliche Beschränkung) bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmähliche Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol. In: Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII (1871), pp. 519–551.

30 Secondo informazioni dell’attuale proprietario Horst Schober il lascito librario di Ottenthal a Neumelans fu spartito tra gli eredi. Purtroppo non esiste un inventario della biblioteca.

31 Per le implicazioni analitiche e metodologiche di questo tipo di fonti vedi Ulrike HOFFMANN-RICHTER/Asmus FINZEN, Die Krankengeschichte als Quelle. Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für Wissenschaft und psychiatrischen Alltag. In: BIOS 11(1998), Heft 2, p. 280–297. Inoltre: Kai SAMMET, Paratext und Text. Über das Abheften und die Verwendung psychiatrischer Krankenakten. Beispiele aus den Jahren 1900–1930. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 12 (2006), p. 339–367.

32 Vgl. TSCHALLENER, Beschreibung, tabella No. 2.

loro presunta origine, ad esempio, l'alcoolismo (*Säuferwahn*), l'età avanzata dei pazienti (*paranoia senilis*) o un avvenimento particolarmente traumatizzante.<sup>33</sup> Questo lascia intendere che lo schema delle "malattie mentali" adottato dal medico si rivelò, con l'andare del tempo e con la maggiore esperienza, sempre più inadeguato e soggetto a progressivi ampliamenti secondo le nozioni del momento.<sup>34</sup>

Tra il 1848 e il 1899, con un tasso maggiore negli anni ottanta e novanta, sono ben 764 le anamnesi di Ottenthal nelle quali viene registrato il termine *melancholicus* rispettivamente *melancholica* per parlare dei disturbi psichici di un/una paziente.

Sebbene fosse in generale molto prudente nel formulare diagnosi o ipotizzare possibili eziologie, Ottenthal credeva che alcune patologie fossero di origine genetica o inerenti alla natura umana, mentre altre insorgessero a causa di particolari avvenimenti come, ad esempio, una perdita economica o un grave lutto in famiglia. Per quanto riguarda le donne Ottenthal attribuiva spesso la ragione scatenante di una crisi alla perdita di un bambino.<sup>35</sup> Quando il medico diagnosticava "*melanconia*" prescriveva preferibilmente della digitale o dell'oppio come calmanti, un semplice lassativo come la "Tinctura Colocynthid" oppure un ricostituente. Un lassativo fu prescritto, ad esempio, nel febbraio 1861 alla "melanconica" Elisabeth M., sofferente di amenorrea. A questa prescrizione fu poi aggiunta una miscela di acetato di zinco e nitrato di sodio in occasione della seconda visita in marzo, quando la donna si disperò della perdita del posto di lavoro e manifestò "dubbi religiosi".<sup>36</sup>

Il trattamento a base di "Acet. Zinci" fu suggerito, riscontrata l'inefficacia della "Tinct. Cupri", anche al contadino quarantenne Anton P. di Caminata di Tures, che poco dopo la morte del figlio aveva mostrato segni di "melanconia".<sup>37</sup>

Al secondo posto fra i disturbi di natura psichica per maggiore ricorrenza si trova "l'isteria" (*Hysterie*) (705). Qui va precisato che il termine non veniva usato esclusivamente per la descrizione di una malattia nel senso di *hystericalus esselest* (88) ma anche per caratterizzare il corso e la manifestazione di diverse funzioni corporali come per esempio "alvus hysteric", "diarrhoea hysteric", "menstrua hysteric", "congestio hysteric". Non sorprende che anche nelle anamnesi di Ottenthal l'isteria costituisca un attributo principalmente femminile. Su 98 ricorrenze solo dieci (delle quali otto negli anni cinquanta e due

33 Vedi a riguardo Kaufmann, Aufklärung, pp. 260–274.

34 Per i singoli quadri sintomatologici vedi SCHOTT/TÖLLE, Geschichte der Psychiatrie, pp. 327–418.

35 Per quanto riguarda gli avvenimenti che "scatenavano" una malattia mentale notati nelle anamnesi del manicomio di Hall vedi Ellinor FORSTER, Soziale Repräsentationen von psychischer Krankheit. Ein Vergleich der Vorstellungssysteme von Ärzten und Laien 1830–1850. In: Virus 6 (2007), p. 25–53.

36 HM, 1861/1, 267.

37 HM, 1874/2, 469.



negli anni ottanta) sono relative a un paziente maschio definito “isterico” da parte di Ottenthal.

227 notazioni nelle HM si riferiscono invece alla malattia psichica indicata con il termine “paranoia”. Ottenthal associava la diagnosi “paranoia” soprattutto ai processi biologici dell’invecchiamento (*paranoia senilis*), alla menopausa, alla gravidanza e al parto, ma anche alla mania religiosa (*religiöser Wahn*).

Per evidenziare la metodologia adottata da Ottenthal e le sue difficoltà nel formulare una diagnosi e decidere una terapia si consideri l’esempio della quarantaseienne Agnes P. di Lappago. Costei fu in cura dal medico tra il 1885 e il 1887, lamentando in prima battuta vari dolori alla schiena, alla pancia e allo stomaco. Successivamente, il 16 marzo 1885 Ottenthal scrisse di una “alteratio intellectus” e riconobbe l’impossibilità in quel momento di constatare la presenza o meno di alcuna tara ereditaria. Nel corso di ulteriori consultazioni seguite nella primavera e nell’estate del 1885 Ottenthal diagnosticò ripetutamente “paranoia” fino a quando il 22 ottobre 1885 annotò che lo zio della madre soffriva di pazzia e che la paziente mostrava tendenze suicide.<sup>38</sup> Le prescrisse l’assunzione ogni tre ore della punta di un coltello di P[ulvis] Opii 0.1 Extr.[actum] Catechu 1 Artemis[ia] 5, un farmaco ad alto contenuto di oppio molto in uso per calmare lo stomaco e l’intestino ed alleviare i dolori in generale.<sup>39</sup> Ma il medicinale probabilmente non fece effetto, dal momento che la paziente tornò per altre dodici volte fino al settembre 1887 nell’ambulatorio del medico. La frequente variazione dei medicinali prescritti può essere ricondotta al modificarsi del quadro sintomatologico della paziente, ma si può anche ipotizzare, che Ottenthal provasse in sequenza diversi medicinali a sua disposizione per ottenere gli effetti desiderati.

Al quarto posto per numero di citazioni (166) troviamo l’ebetismo (*hebetudo*), indicato come conseguenza diretta di infermità o problemi fisici presenti fin dalla nascita, come ad esempio, incontinenza, paralalia e sordità, ma anche di abbandono sociale. Significativo in tal senso appare l’esempio di Maria R., una bambina di sette anni condotta nell’ambulatorio di Ottenthal nel 1856 a causa di un’insufficienza respiratoria. Lo stato di trascuratezza nel quale giaceva la bambina poteva trovare spiegazione, secondo il medico, solo nelle scarse cure ed educazione ricevute dalla madre ebete: “a matre hebetis animi educata non sequitur infantes”.<sup>40</sup>

Infine le *Historiae morborum* di Ottenthal registrano 88 volte la diagnosi “pazzia” (*vesania, vesanus/a esse*) quale diretta conseguenza di preesistenti stati di “melanconia”, “paranoia” e “isteria”. Stupisce in un certo senso la rara (solo 34 volte) menzione dell’ira (*ira, iracundus/a esse*).

38 HM, 1885/5, 1737: „[...] avunculus a matre vesanus erat per 2 annos. paranoja religiosa [...] Verdammt spricht von selbstmord diarrhoea 1 [-] 5 Kinder – schwere Geburt 2 mal Miliaria sonst gesund“.

39 HUNNIUS. Pharmazeutische Wörterbuch, 8. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/New York 1998, „Opium“, p. 1003

40 HM, 1856/2, 405.

In altri casi il medico non riuscì a diagnosticare una malattia psichica ben precisa: i sintomi riscontrati non erano sufficienti a concludere alcunché, sia perché i/le pazienti lamentavano contemporaneamente più disturbi, sia perché si era in presenza di un'evoluzione dei disturbi stessi piuttosto repentina.<sup>41</sup>

Per quanto riguarda le terapie applicate si nota che i medicinali prescritti miravano prima di tutto a stabilizzare i processi fisiologici corporali. Questo per più ragioni: innanzitutto per l'adesione di Ottenthal ai principi della teoria umorale secondo i quali un regolare decorso delle funzioni fisiologiche di base era fondamentale al ristabilimento dell'equilibrio e al successo di qualsiasi intervento terapeutico.<sup>42</sup> Inoltre la gamma di medicinali efficaci nel trattamento delle malattie mentali era limitata e le conoscenze empiriche sulle loro proprietà calmanti e curanti erano generalmente ancora scarse.<sup>43</sup> Anche le richieste di cura espresse dai/dalle pazienti presso l'ambulatorio di Ottenthal, tipiche per il rapporto medico-paziente<sup>44</sup> del periodo, contribuivano a influenzare fortemente la prassi prescrittiva del medico.

L'impressione generale che si ottiene è, dunque, quella di un terapeuta che, nel tentativo di rispondere alle tante sollecitazioni dei/delle pazienti che chiedevano più di quanto le conoscenze e i mezzi del tempo permettessero, non disdegna la sperimentazione. Altro aspetto importante che emerge dalla documentazione analizzata è il fatto che ad Ottenthal ci si rivolgeva non solo per la sua competenza medica ma anche perché ritenuta persona di fiducia, sorta di "psicologo" se non addirittura come "padre spirituale" cui confidare problemi di ogni genere. Il medico li annota tutti accuratamente anche perché probabilmente in essi riscontra, così come i suoi/le sue pazienti, altrettante possibili cause di malattie sia fisiche che psichiche: i riferimenti sono alla povertà, alle violenze, alle paure, alle ansie esistenziali di ogni genere<sup>45</sup>, magari suscitate anche da una "profezia" sfavorevole<sup>46</sup>, ai conflitti di coppia, alle pene amorose ("ob amorem frustratum"<sup>47</sup>) e alle preoccupazioni del vivere quotidiano. L'idea che nel XIX secolo fossero in primo luogo i sacerdoti ad occuparsi dei problemi dell'anima delle persone va perciò profondamente riconsiderata.<sup>48</sup>

41 A causa del gran numero di casi contenuti nelle *Historiae Morborum* non è stato ancora possibile fare uno spoglio statistico delle malattie mentali; inoltre avrebbe superato di molto i limiti posti a questo saggio.

42 Vedi SCHOTT/TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie*, p. 328.

43 *Ibidem*, pp. 416, 480-487.

44 Cfr. le riflessioni nei singoli saggi degli atti del convegno: *Ambulatori medici a confronto: dal diciottesimo al ventesimo secolo/Arztpraxen im Vergleich: 18.-20. Jahrhundert*.

45 HM, 1861/1, 267.

46 HM, 1890/4, 2056.

47 HM, 1863/2, 446.

48 Come ha potuto mostrare già David Lederer attraverso l'esempio della Baviera, la cura delle anime gestita dal clero specialmente per mezzo della confessione aveva, già all'inizio dell'età moderna, un ruolo importantissimo nel superamento della vita peccaminosa delle persone e dei disturbi psichici e mentali derivanti da essa. Cfr. David LEDERER, *Madness, Religion and the State in Early Modern Europe*. A Bavarian Beacon, Cambridge 2006, pp. 1-49.

### 3. Le vie della psichiatrizzazione: la tutela e il ricovero ospedaliero

La funzione di medico legale comportava fra i vari doveri da una parte la stesura di *Irrengutachten* (perizie psichiatriche)<sup>49</sup>, utili sia per il ricovero in manicomio sia per l'eventuale interdizione del malato/della malata, e dall'altra l'esecuzione delle autopsie<sup>50</sup> sui malati di mente deceduti.<sup>51</sup>

Tra questi tre tipi d'intervento il più ricorrente era quello relativo ai processi di tutela; assai meno frequenti erano invece gli accertamenti per appoggiare o meno il ricovero in manicomio e le autopsie.

#### 3.1 Sotto "curatela"

I paragrafi 269, 270 e 273 del codice civile del 1811 (*Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch*) stabilivano che una persona adulta doveva essere posta sotto tutela quando non era in grado di provvedere autonomamente a sé stessa e di difendere i propri diritti.<sup>52</sup> Coloro che rientravano in questa casistica (orfani, sordomuti, folli, cretini, "spreconi" e quant'altri) dovevano essere affidati a un tutore maschio<sup>53</sup> o amministratore il quale era responsabile della gestione del patrimonio del tutelato e di ogni procedimento legale.<sup>54</sup> L'interdizione era decisa dal tribunale.<sup>55</sup> L'istruzione del processo richiedeva la presentazione anche di una perizia medica (vedi § 283 ABGB 1811).<sup>56</sup> In questo tipo di processo, perlopiù richiesto dai famigliari, il malato/la malata diventava un vero e proprio oggetto, poiché non aveva voce in capitolo, non poteva avvalersi di mezzi legali e spesso non veniva messo/a al corrente neppure di quanto era stato deciso rispetto al suo futuro. Per effetto della sentenza d'interdizione il malato psichico/la malata psichica perdeva ogni autonomia: non aveva possibilità di farsi valere e neppure poteva decidere il luogo e il tipo di sistemazione. Se lui/lei era già in un manicomio non poteva ricevere visite o mettersi in contatto con un legale.<sup>57</sup>

49 Cfr. ASBz, Kreisakten (KA) Bruneck, 1848, 906/2, Sanität, Infoblatt.

50 Cfr. p.e. in SLA, Nachlass Ottenthal (NL Ottenthal), Verordnungen und Dekrete il protocollo dell'indagine di Ottenthal sul decesso di Katharina A. dell'anno 1885 (No. 8186) ricoverata nell'ospedale di Campo Tures.

51 SLA, Verordnung der Ministerien des Inneren, der Justiz und der Finanzen vom 17. Februar 1855, No. 33.

52 Cfr. Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Oesterreichischen Monarchie (ABGB), Theil 1, Wien 1811.

53 Il § 192 dell'ABGB del 1811 escludeva le donne, i monaci e le persone che vivevano fuori dal paese dalla possibilità e dal dovere di assumersi la responsabilità di una tutela. A questo proposito vedi anche Ursula FLOSSMANN, *Österreichische Privatrechtsgeschichte*, dritte verbesserte Auflage Wien/New York 1996, p. 47.

54 Per le questioni patrimoniali e ereditarie il tutore doveva cedere la facoltà di decisione al tribunale tutelare.

55 Vedi qui il caso di Maria M. di Costa di Tures che venne visitata da Ottenthal e dal suo collega Daimer per attestare se soffrisse veramente di "pazzia o cretinismo" come affermava suo fratello il quale aveva inoltrato la richiesta di ricovero presso il tribunale. SLA, NL Ottenthal, 252, No. 2133 IVb3.

56 Furono appena la prassi giudiziaria e la legge del 1854 (§ 185) a creare un modo di azione utile nei casi d'interdizione che restò in vigore fino all'introduzione dell'ordinanza per l'interdizione del 1916. Vedi FLOSSMANN, *Österreichische Privatrechtsgeschichte*, p. 49.

57 Cfr. FLOSSMANN, *Österreichisches Privatrecht*, p. 49.

Ottenthal fu coinvolto in questo tipo di procedimento soprattutto in quei casi che riguardavano pazienti che frequentavano il suo ambulatorio. Alle anamnesi riguardanti queste persone aggiungeva nelle HM anche copia della perizia.

Un esempio che si potrebbe definire da manuale è quello del sordomuto Johann M. di Molini.<sup>58</sup> Ottenthal era stato incaricato nel 1888 dal tribunale distrettuale di predisporre una perizia sullo stato di salute mentale del soggetto per argomentare la richiesta di prolungamento dell'interdizione. Il medico, che conosceva il paziente fin dall'infanzia, inviò una relazione molto dettagliata, nella quale presentava lo stato fisico e psichico dell'individuo. Ottenthal riscontrò che l'espressione del sordomuto era vuota (*geistesleer*), il collo deformato dal gozzo (*Kropfgeschwulsten*) e la camminata lenta, affaticata e incerta (*schlottrig*). La sua unica e principale occupazione era quella di mendicare in giro cibo e vestiti. In precedenza era già stato allontanato dall'Istituto provinciale per sordomuti per l'impossibilità riconosciuta di educarlo. A conclusione della sua perizia il medico valutava, pertanto, che il livello di «cretinismo» e «sordomutismo» osservato era tale che né ora né mai Johann M. si sarebbe potuto sottrarre alla tutela.<sup>59</sup> Un simile parere sarebbe stato più che sufficiente ad orientare la scelta del tribunale verso l'accoglimento della richiesta d'interdizione, ma non si può neppure escludere del tutto che sulla decisione abbia pesato anche la preoccupazione sulle possibili lamentele da parte della popolazione di fronte all'abitudine del soggetto di andare elemosinando per le case del paese.

Ma non sempre Ottenthal esprimeva giudizi così netti come nel caso appena ricordato. In presenza di diagnosi incerta, la parola d'ordine era cautela. Un esempio in tal senso è rappresentato dal cinquantottenne Anton P. di Caminata, visitato nel 1898. Sebbene il paziente fosse stato ricoverato a Hall per "pazzia" alcuni anni prima, Ottenthal rifiutò di sostenere l'interdizione attestando al contrario la capacità di amministrare il proprio patrimonio.<sup>60</sup> Caso analogo è quello di Maria W. Costei nel 1889 si trovava ricoverata nell'ospedale di Campo Tures e secondo la deputazione comunale di San Pietro era "impossessata dalla pazzia" e doveva essere messa sotto tutela. Ottenthal respinse l'istanza d'interdizione non riscontrando alcuna malattia psichica.<sup>61</sup>

Si potrebbe quasi affermare che Ottenthal, lì dove coglieva margini d'azione, preferisse ritardare se non addirittura impedire il pronunciamento d'interdizione per i suoi pazienti. Forse questo suo atteggiamento "protettivo" traeva giustificazione dalla sua lunga attività prestata in varie funzioni presso la deputazione comunale e il tribunale. Qui aveva potuto constatare quali conseguenze amministrative e finanziarie nascessero per un comune e un tri-

58 HM, 1888/4, 1687.

59 HM, 1888/4, 1687.

60 HM, 1898/1, 142.

61 SLA, NL Ottenthal, Verordnungen und Dekrete, No. 1691/VII Sz – 1889.

bunale da una dichiarazione d'interdizione e cercava perciò di perorarla solo in situazioni ineludibili. D'altronde non solo il perito, ma anche il tribunale agiva con cautela e se necessario prendeva una decisione solo dopo aver ascoltato un secondo parere, per esempio quello del medico condotto, come nel caso descritto sopra.

L'atto d'interdizione colpiva spesso coloro usciti dal manicomio "non curati" o fuggiti dall'istituto. È quanto accadde nel caso di Nikolaus O. di San Giovanni, il quale scappò dal manicomio di Hall nel dicembre 1898 rifugiandosi presso la madre. Questa si rivolse al comune pregando di non mettere suo figlio sotto tutela poiché era sua intenzione mantenerlo "con il proprio capitale" fino a quando non fosse guarito. Anche i fratelli erano contrari all'interdizione.<sup>62</sup> Dato che in quel momento Nikolaus O. risultava nullatenente si può presumere che la famiglia si opponesse alla tutela non per ragioni di ordine economico ma solo affettivo e culturale. Come sottolineato nella lettera della madre i famigliari confidavano in un miglioramento dello stato di salute del loro congiunto anche per rifuggire il senso di disagio e vergogna verso un procedimento d'interdizione.

### 3.2 La "strada per il manicomio"

Il ricovero in manicomio di un malato/una malata mentale non era operazione semplice. Raramente era sufficiente la sola perizia medica. Certo questa alla fine era determinate, ma era preceduta da altri passi compiuti da famigliari, sacerdoti, comuni o tribunali di competenza. La predisposizione del "parere" medico seguiva, infatti, la richiesta di ricovero avanzata da privati, comuni (se la persona si trovava nell'ospedale comunale) o tribunali (se la persona era sotto tutela). Nella sua relazione il medico doveva indicare se il ricovero in manicomio avrebbe contribuito alla guarigione del malato/della malata o se esso/essa costituiva un pericolo per sé e/o per gli altri. Riconosciuta l'opportunità del ricovero seguiva la richiesta formale di ammissione indirizzata alla direzione del manicomio con allegate la perizia medica, la carta d'incolato e, per i nullatenenti, un certificato d'indigenza valido.

Il parere del perito, come si diceva, aveva un peso determinante nella decisione finale di ricovero o meno del malato/della malata ed è per questo motivo che già negli anni quaranta dell'Ottocento il direttore dell'ospedale psichiatrico di Hall, Johann Tschallener, si premurò di inviare ai medici, ai tribunali e ai magistrati un'istruzione<sup>63</sup> per la compilazione delle "perizie psichiatriche".<sup>64</sup>

Anche Ottenthal sembra attenersi a questo modello che, sulla base di uno schema in 16 domande, avrebbe dovuto permettere di raccogliere informazioni

62 Psychiatrisches Krankenhaus (PKH) Hall, fascicolo contenente i documenti di tipo amministrativo del paziente Nikolaus O. di San Giovanni in Valle Aurina del 1898.

63 Cfr. TSCHALLENER, Beschreibung, pp. 66–69.

64 Di solito le "perizie psichiatriche" venivano trascritte alla lettera nell'anamnesi del/della paziente.

non esclusivamente d'interesse medico sulla persona da ricoverare. Le ragioni per le quali Ottenthal nelle sue "anamnesi dei matti" seguisse negli anni sessanta i 16 punti del primo schema di Tschallener, negli anni settanta e ottanta un modello invece a dieci domande recuperato dallo stesso schema, per passare poi negli anni novanta a un prontuario di 29 domande, potranno forse essere ricostruite solo dopo uno studio comparato sulle perizie condotte da altri medici.<sup>65</sup> Al momento non è neppure possibile spiegare, perché il medico nei suoi appunti preferisse seguire per le HM i modelli proposti<sup>66</sup> e nella perizia per il manicomio, in presenza delle stesse informazioni, una forma narrativa e non schematica.

L'istruzione di Tschallener suggeriva d'iniziare con l'indicazione dei dati personali: cognome e nome, cetò, età, carattere. Successivamente il medico avrebbe dovuto riportare informazioni circa lo stato di salute psico-fisica dei genitori, fratelli e parenti del/della paziente, per ampliare poi lo sguardo alle malattie pregresse, all'educazione, alla frequenza scolastica, alle cattive abitudini di vita (attività sessuali, onania, "forti passioni", gioco d'azzardo, abuso alcolico, atteggiamento rissoso ecc.).

Anche nei casi di suoi pazienti Ottenthal, però, non sempre riesce a penetrare nella loro vita privata, tanto che questo genere di informazioni o manca del tutto o è ridotta ad annotazioni brevi e laconiche del tipo "un po' di onania, non beve".<sup>67</sup>

Qualche notizia in più viene invece fornita relativamente al punto cinque dello schema, ossia rispetto al comportamento e al sentimento religioso. Qui Ottenthal cercava di scoprire se si trattasse di una persona con dubbi religiosi (*Religionszweifler*), con comportamenti libertini (*freigeistereich*) o se fosse stata turbata da un confessore troppo severo. Ad esempio, nel 1864, seguendo il caso di Sebastian O. di San Giovanni, annotò che il paziente, dotato di poche conoscenze in materia di fede e religione a causa della sua scarsa istruzione, aveva da poco iniziato a dedicarsi con grande fervore, ma scarso esito, allo studio del catechismo e dei libri di preghiera.<sup>68</sup>

Anche il sesto punto s'incentrava sulla condotta sociale della persona e in particolare sul sentimento politico. La questione posta era se il malato/la malata fosse da comprendersi fra coloro politicamente insoddisfatti e desiderosi di un rinnovamento (*Neuerungssüchtige*). Questa domanda rimaneva solitamente senza risposta e solo raramente Ottenthal si limita a constatare che la persona non si interessava agli avvenimenti politici oppure che il suo comportamento non si distingueva da quello dei suoi compagni. Sulla base dei dati disponibili

65 Per fare questo le anamnesi del fondo archivistico dell'istituto manicomiale di Hall dovrebbero essere elaborate in modo sistematico, cosa che fino ad ora non è stata possibile.

66 Spesso Ottenthal riassumeva diverse domande in una risposta o invertiva l'ordine delle domande.

67 HM, 1885/1, 455.

68 HM, 1864/2, 940.

non è possibile stabilire a cosa mirasse questo tipo di valutazione: se fosse suggerita da una precisa prospettiva clinica oppure dall'intenzione preventiva di controllare il/la paziente una volta entrato/a in manicomio.

I punti sette e nove miravano a fotografare il comportamento del/della paziente in rapporto alle relazioni sociali. Anche in questo caso il medico si limita normalmente a descrivere situazioni e problemi che potevano aver contribuito a scatenare la malattia: nel caso di Sebastian O. la rabbia a causa di una penalizzazione da parte dei fratelli del malato<sup>69</sup> o in quello di Theresia B. lo scopenso emotivo causato dall'improvvisa morte del padre.<sup>70</sup>

In generale si può affermare che i comportamenti fuori dalla "norma", rilevati e ritenuti come tale, tanto nell'ambito sociale (mendicare, vagabondare, oziare), quanto in quello religioso (scarso o eccessivo sentimento religioso), in quello morale (onania, masturbazione, rapporto con l'altro sesso) o in quello politico (partecipazione a riunioni di carattere sovversivo) rivestivano una grande importanza diagnostica. Il fatto che le domande relative a questi aspetti fossero ritenute di centrale importanza nello schema può essere inteso come indizio di progressiva psichiatrizzazione di ogni comportamento divergente.<sup>71</sup> L'ottavo e il decimo punto insistevano invece sui disturbi fisici e su quanto questi potessero aver influito sullo stato di salute mentale della persona. In verità Ottenthal non sembra assegnare grande importanza a questo passaggio o per lo meno esprime più di una riserva a riguardo: difficilmente, infatti, si arrischia ad associare infermità pregresse o andamento dei cicli mestruali con il disturbo mentale. Raramente compilate risultano anche le domande dodici e tredici, che chiedevano di indicare se la persona esaminata pensasse in modo giusto o insensato, se avesse percezione degli oggetti o della realtà. Al posto di queste indicazioni Ottenthal descrive ampiamente le paure del/della paziente (inferno, persecuzione) e come queste si ripercuotessero sul suo comportamento (isolamento, insonnia, atteggiamento suicidario) e in quali condizioni si manifestassero particolarmente i sintomi. Ottenthal, sebbene umoralista, tiene conto anche dell'influsso della luna: constata, infatti, che Sebastian O. era più pauroso e irritato con la luna levante che con quella calante.<sup>72</sup>

Passando al quattordicesimo punto il perito doveva indicare il tipo di terapia adottata e gli eventuali effetti ottenuti. Qui Ottenthal rivela ben poco e annota in stile telegrafico solo se era stata intrappresa o no una cura. Sembra quasi che non voglia svelare i regimi dietetici imposti e i medicinali prescritti.

Lo schema d'indagine si concludeva con la sollecitazione di un parere circa l'opportunità del ricovero basato sia sulla valutazione di pericolosità del/della

69 Cfr. HM, 1864/2, 940.

70 Cfr. HM, 1883/1, 241.

71 Su questo tema vedi ultimamente Kai SAMMET, *Wirre Reden auf den Scillies. – Augusterlebnisse eines Paralytikers*. In: *Historische Anthropologie* 13 (2005), pp. 220–244.

72 Cfr. HM, 1864/2, 940.

paziente, sia dell'aspettativa di miglioramento grazie alla cura. Nel rispondere a questa domanda il medico argomenta in modo differenziato: quando si tratta di persone "pericolose", a rischio di suicidio o con manie di persecuzione, Ottenthal sostiene il ricovero in manicomio. Se invece non gli sembra sussistere pericolo né per la persona né per gli altri lascia la decisione alla direzione del manicomio.

Quando, come nel caso della trentaseienne Agnes B. di Campo Tures, non riscontra motivi sufficienti per sostenere il ricovero, allora consiglia almeno un soggiorno nelle vicinanze del manicomio.<sup>73</sup> Anche la perizia condotta su Theresia B. si chiude con un'osservazione piuttosto enigmatica, cioè che sebbene una guarigione fosse improbabile con la giusta cura si sarebbe potuto certamente ottenere un miglioramento.<sup>74</sup>

Volendo rispondere in modo soddisfacente alle sollecitazioni poste dallo schema, il medico avrebbe dovuto basarsi sulle informazioni fornite da terzi qualora non si trattasse di un/una paziente dei dintorni. Era necessario fare delle ricerche nell'ambito sociale della persona, interrogare i famigliari o chiedere consiglio ai sacerdoti. Come procedesse Ottenthal nella raccolta di queste informazioni e a chi si rivolgesse, sono aspetti riscontrabili solo in poche perizie, come è altrettanto incerto chi avviasse la richiesta di ricovero davanti al medico o al tribunale.

Nel caso dell'ecclesiastico Peter G., che aveva già trascorso due anni in un manicomio e che nel 1891 si ripresentò da Ottenthal, sembra essere stato il medico stesso a prendere l'iniziativa di un ulteriore ricovero. Secondo le annotazioni del medico il paziente mostrava sintomi di pazzia e minacciava di ferirsi. In un primo momento potevano anche aiutare della tintura di belladonna e oppio, ma non sostituivano la necessità del ricovero a Hall così come indicato dal medico.<sup>75</sup>

Si può presumere che di regola l'iniziativa per un ricovero partisse dalle persone intorno al malato/alla malata, prima di tutto dai famigliari o eventualmente dai gestori degli ospedali o dei ricoveri. Negli atti della sanità relativi ai casi di interdizione registrati nel territorio di Ottenthal non sono stati riscontrati fino ad ora, fra quelli analizzati, casi di intervento della polizia. Chi invece per vari motivi giocava un ruolo importante in questo contesto erano i sacerdoti. Ottenthal, per esempio, si consigliò con un chierico in relazione a un disturbo mentale di un alcolizzato. Dall'ecclesiastico il medico venne a sapere che il paziente, che secondo le annotazioni mediche "di notte vedeva gli spiriti" e beveva cinque o sei litri, parlava temporaneamente in modo confuso. Secondo il parere del medico il paziente, che prendeva a pugni la nipote, era prossimo al "delir.[ium] tremens". Ottenthal annota inoltre che il cappellano era del parere che il paziente andasse ricoverato in manicomio.<sup>76</sup>

73 HM, 1886/2, 582.

74 HM, 1883/1, 241.

75 HM, 1891/4, 1683.

76 HM, 1879/1, 363.



Dall'anamnesi, già citata precedentemente, di Anton P. di Caminata si intuisce addirittura che il paziente attribuisse la colpa della sua malattia alla sorella e al sacerdote.<sup>77</sup> Certo questa scarna annotazione spinge a riflettere sul ruolo dei preti in questo contesto. Più concreto, invece, è il caso della cinquantatreenne Anna I., figlia di contadini di San Giorgio di Bruncio.<sup>78</sup> Costei era stata ricoverata per nove mesi a Hall, poiché le era stata diagnosticata una forma di follia (*Aberwitz*). Dopo le sue dimissioni sembrava guarita, lavorava diligentemente e tranquillamente ed anche nelle cose di fede non manifestava stravaganze. Fu il sacerdote ad accorgersi nel 1863 per primo del rinnovato disturbo mentale della paziente ed a esortarla a rivolgersi ad un medico.<sup>79</sup> L'importanza del ruolo assunto dal sacerdote emerge, seppur in termini negativi, anche dall'anamnesi di Sebastian O. di San Giovanni. L'ecclesiastico aveva, infatti, rifiutato l'assoluzione al paziente in occasione della confessione pasquale perché questi lo aveva contestato in modo chiassoso (*grell*).<sup>80</sup>

I sacerdoti erano generalmente ben informati su quanto accadeva all'interno della loro parrocchia (conflitti in famiglia e fra vicini, litigi all'interno della parentela, preoccupazioni e paure di ogni tipo, gravidanze, malattie e lutti)<sup>81</sup>, né poteva essere diversamente, considerate le informazioni di natura privata di cui disponevano grazie alle confessioni e l'autorità collegata alla loro posizione di primato nel campo dell'istruzione, nel rilascio del permesso di matrimonio o del certificato di povertà, nella gestione degli ospedali, orfanotrofi e dei ricoveri.<sup>82</sup> Inoltre, per tutto l'Ottocento, i sacerdoti costituirono importanti pedine al servizio degli organi governativi provinciali nella promozione delle varie campagne medico-sanitarie, fra le quali le vaccinazioni, dalle quali nasceva non da ultimo un intenso contatto con il medico del posto.<sup>83</sup>

Il ricovero in manicomio non era garantito, peraltro, dal solo parere affermativo espresso dal medico sulla base dei dati e delle informazioni raccolti. Come già accennato in precedenza la richiesta di ricovero in manicomio veniva spesso respinta a causa di mancanza di posti-letto. Sembra però che in questi casi il/la paziente fosse registrato/a in una sorta di lista d'attesa: ad esempio, nel 1860, la direzione del manicomio di Hall comunicò alla Pretura di Brunico che finalmente si era liberato un posto per ricoverare il «matto» Johann H. di

77 HM, 1874/2, 469. Cfr. nota 37.

78 Nell'atto della paziente contenuto nel fondo del OP di Hall viene indicata l'età di 48 anni.

79 HM, 1863/3, 1020 e archivio dell'istituto manicomiale di Hall, libro 1, No. 678 ex 1863.

80 HM, 1864/2, 940.

81 Cfr. Günther PALLAVER, *Das Ende der schamlosen Zeit. Die Verdrängung der Sexualität in der frühen Neuzeit am Beispiel Tirols*, Wien 1987, particolarmente pp. 65, 70 e 120.

82 Un cospicuo numero di ricoveri ed ospedali della seconda metà del XIX secolo erano stati fondati e venivano mandati avanti dalla congregazione delle Sorelle della Misericordia ("Barmherzige Schwestern").

83 Cfr. il saggio di Alois UNTERKIRCHER, „Tyroler! lasset eure Kinder impfen“ – Sterblichkeitsverhältnisse und frühe Seuchenprophylaxe in Tirol am Beispiel der Pocken im 19. Jahrhundert. In: *Geschichte und Region/Storia e regione* 14 (2005), 1 „Medikalisierung auf dem Lande/Medicalizzazione in area alpina, a cura di Elisabeth DIETRICH-DAUM/Rodolfo TAIANI, pp. 42–69.

San Lorenzo di Sebato. S'invitava pertanto ad organizzare prontamente il trasporto.<sup>84</sup> Trascorsi due anni dal ricovero, la Pretura fu informata che Johann H. doveva lasciare il manicomio. Il paziente era stato giudicato pericoloso e incurabile, e non rientrava perciò fra coloro per i quali era previsto il ricovero. A causa della sua pericolosità il paziente non poteva, però, a detta della direzione manicomiale, tornare a vivere con i fratelli, e andava possibilmente ricoverato in un ospedale. Neppure l'offerta di 100 fiorini da parte della famiglia riuscì a far cambiare idea al direttore del manicomio che consigliò di adoperare questa somma per la sistemazione del paziente in un ospedale e di aspettare l'ampliamento del manicomio già in progetto.<sup>85</sup>

Questo caso mostra una volta di più la precarietà della sistemazione dei "mentecatti". La direzione manicomiale, in momenti di difficoltà, non si faceva scrupolo per carenza di spazi di mandare a casa i pazienti più "pericolosi" e ciò nonostante gli statuti dell'istituto obbligassero espressamente ad assisterli.<sup>86</sup> Inoltre l'esempio di Brunico conferma come le amministrazioni godessero di margini d'azione piuttosto ridotti circa la sistemazione dei "loro matti". Questo problema era di vecchia data visto che già nel 1857 Ottenthal e il suo collega Daimer con la loro firma avevano sostenuto una delibera del comitato guidiziale che richiedeva di mettere a disposizione a Campo Tures vicino alla gendarmeria un locale per i "matti", dato che al manicomio di Hall e al reparto dell'ospedale di Brunico i/le pazienti venivano respinti/e a causa del sovraffollamento.<sup>87</sup> Inoltre Ottenthal si adoperò anche nel suo ruolo di deputato provinciale in favore della costruzione di un secondo manicomio nella parte meridionale del Tirolo. I/le pazienti posti ad uno stadio di malattia tale da lasciare poche speranze nella guarigione e in una reintegrazione sociale, dovevano, secondo il principio sostenuto all'interno del manicomio provinciale, essere "segregati" o accuditi altrove.<sup>88</sup> Per volgere in positivo il bilancio dei

84 ASBz, KA Bruneck, 1860, 1031, Nr. 743 il direttore del manicomio dott. Stolz alla Pretura di Brunico.

85 ASBz, KA Bruneck, 1862, 1043, Nr. 118, 156.

86 Sul tema delle divergenze nella prassi di ricovero nel manicomio di Hall vedi il saggio di Maria Heidegger e Oliver Seifert in questo quaderno.

87 ASBz, LA Taufers, 857, 1061. Un caso simile si manifestò ad Ala nel 1888 quando il magistrato civico inoltrò la richiesta di poter adattare a sede distaccata dell'OP di Pergine aperto nel 1882 e già sovraffollato l'edificio dell'ex-orfanotrofio di Ala. La proposta era nata non da ultimo dalle lamentele che denunciavano, che a causa della mancanza di posti-letto ogni anno 30-40 incurabili venivano rilasciati dal manicomio a carico dell'ospedale di Trento o delle singole famiglie. L'amministrazione cittadina richiese perciò un finanziamento di 8.000 fiorini da parte del fondo provinciale per ripristinare l'edificio che poteva offrire assistenza per 30-35 malati. Alla fine il ricovero per malati mentali fu aperto con grande ritardo e solo dopo ulteriori finanziamenti da parte della provincia. Cfr. TLA, Stenografische Sitzungsprotokolle des Tiroler Landtages, 7. Session, 6. Periode, 1888, p. 153-156. Per un approfondimento vedi Elena TADDEI, „Pertanto si chiede alla Eccelsa Dieta...“ Spigolature sulla storia di Ala sulla base dei protocolli della Dieta tirolese (1861-1914). In: I Quattro vicariati e le zone limitrofe. Rivista semestrale di cultura e vita, Nr. 99, (2006), Rovereto, pp. 141-159.

88 Già nel 1839 Tschallener aveva sottolineato la necessità di un reparto di assistenza per gli incurabili davanti al consiglio provinciale (Ständischer Ausschuss-Congress). Ma il concetto di "istituto di cura e assistenza" (*Heil- und Pflegeanstalt*) a Hall fu realizzato solo nel 1905 dopo diversi adattamenti e ampliamenti degli edifici.

“matti” trattati con successo nei grandi manicomi occorreva giocoforza – così come accadeva per i malati di tubercolosi<sup>89</sup> nei sanatori di prima generazione – ignorare gli “incurabili”. La tesi della “segregazione ad ampio raggio”<sup>90</sup> seguita da Michel Foucault va pertanto rivista in senso storiografico come ha dimostrato anche l’esempio della cura dei “mentecatti” in Tirolo. La sistemazione di malati di mente in manicomi pubblici rimase indubbiamente limitata per lo meno fino agli anni ottanta dell’Ottocento.<sup>91</sup>

Elisabeth Dietrich-Daum/Elena Taddei, *Versorgt – verwahrt – verwaltet. Vom Umgang mit dem „Irrsinn“ am Lande am Beispiel des Dr. Franz von Ottenthal (1818–1899)*

Der Beitrag analysiert anhand der in fast fünfzigjähriger Praxis entstandenen Krankengeschichten des Südtiroler Landarztes Franz von Ottenthal (1818–1899) wie mit Menschen mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen in einer ländlichen und strukturell benachteiligten Region medizinisch wie sozial „verfahren“ wurde. Wie in den anderen Kronländern der Habsburgermonarchie konnte auch Tirol bis zum Ende des 19. Jahrhunderts keine ausreichende psychiatrische Versorgungsstruktur anbieten. Bis kurz vor der Jahrhundertwende dürften drei Viertel bis die Hälfte der Kranken im Wesentlichen von den niedergelassenen Ärzten vor Ort versorgt und betreut worden sein. Die Ärzte waren somit massiv gefordert und nahmen unweigerlich eine zentrale Rolle in der Behandlung von Menschen mit „Seelenstörungen“ sowie in der „Verwaltung“ des „Irrsinns“ ein. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass die Behandlung von „Irren“ den Berufsalltag von insbesondere Landärzten außerordentlich geprägt haben muss.

Nach einer Skizze der medizinisch-sanitären Rahmenbedingungen des Kronlandes in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts stellen wir uns die Frage, wie die Rolle der Primärbehandler als „Psychiater“ angemessen beschrieben werden kann, wobei Ausbildung und Praxiserfahrungen Franz von Ottenthals sowie seine Notizen in den „Irrengeschichten“ als Quellengrundlage dienen. Insbesondere die Gutachtertätigkeit Ottenthals im Zusammenhang mit Kuratelverfahren zeigt sehr klar, dass weder der Arzt noch die Gerichte eine restriktive Politik verfolgten, sondern vielmehr darauf Bedacht nahmen, die Rechte der „Subjekte“ nach Möglichkeit zu wahren. Als Therapeut dürfte Ottenthal vor allem eine physiologische Stabilisierung der Kranken ange-

89 Cfr. Elisabeth DIETRICH-DAUM, *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich*, Wien/München 2007, pp. 226 e 360.

90 Vedi Michel FOUCAULT, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*, Frankfurt a. M. 1973.

91 Vedi a proposito la critica di KAUFMANN, *Aufklärung*, p. 129.

strebt haben, wie er auch häufig geäußerten PatientInnenwünschen nach spezifischen Arzneien nachkam. Bemerkenswert erscheint uns in diesem Kontext, dass Ottenthal in einer Reihe von Konsultationen nicht wegen seiner Kompetenz als Mediziner aufgesucht wurde, sondern als „Vertrauter“, als Psychologe angesprochen wurde, zuweilen gar in die Rolle eines „Seelsorgers“ schlüpfen musste. Armut, Angst vor gewalttätigen Übergriffen, vor Bestrafung im Jenseits wegen versäumter Beichte, Existenzsorgen aufgrund von Unfällen und Verlust der Dienststelle, Zukunftsängste nach „Zigeunerprophezeiungen“, Ehekonflikte und Liebeskummer notierte der Arzt sorgfältig, womöglich auch deshalb, weil auch er diese wie seine PatientInnen als Auslöser für physische und psychische Probleme einstufte. Die Vorstellung, dass vorrangig Priester für die seelischen Probleme der Menschen des 19. Jahrhunderts zuständig waren, muss in dieser Hinsicht sicher relativiert werden.

Wie in der Frage der „Entmündigung“ psychisch kranker bzw. als solche wahrgenommenen Menschen agierte Ottenthal äußerst zurückhaltend, wenn ein Patient/eine Patientin in die „Irrenanstalt“ eingewiesen werden sollte. Ob diese Haltung des Arztes mit seiner Rolle als Gemeindepolitiker und Landtagsabgeordneter zu tun hat, im Wissen um die prekäre Versorgungslage geschah oder medizinisch-ethischen Überlegungen folgte, bleibt offen. Faktisch zeigen die „Historiae Morborum“ hingegen eindeutig, dass Michel Foucaults These von der „großen Einschließung“ psychisch kranker Menschen im 19. Jahrhundert einer konkreten geschichtswissenschaftlichen Überprüfung nicht stand hält. Den Unterbringungsmöglichkeiten von psychisch kranken Menschen in öffentlichen Anstalten waren zumindest bis in die 1880er-Jahre auch in Tirol deutliche Grenzen gesetzt.