



Storia e storie capaci di intrecciare e attraversare saperi diversi; studi in grado di ripercorrere processi di concettualizzazione e di costruzione di categorie analitiche rilevanti. Itinerari che tentano di restituirci un senso del cambiamento culturale e della sensibilità collettiva; percorsi che attraversano forme diverse di comunicazione sociale e che elettivamente sostano sulle variegata figure dell'alterità, sugli anacronismi, sulle anomalie. Per queste vie ci incamminiamo.

studi culturali - supplement
concetti e pratiche

collana diretta da

Alberto Mario Banti, Arnold I. Davidson
Vinzia Fiorino, Carlotta Sorba

in collaborazione con



Centro Interuniversitario di Storia Culturale
Università di Bologna, Padova, Pisa, Venezia, Verona

1. *Il lungo Ottocento e le sue immagini. Politica, media, spettacolo*
a cura di Vinzia Fiorino, Gian Luca Fruci, Alessio Petrizzo, 2013, pp. 292
2. *Roger Freitas, Vita di un castrato. Atto Melani tra politica, mecenatismo e musica*
traduzione di Anna Li Vigni, 2015, pp. 380 ill.
3. *Emozioni, corpi, conflitti*
a cura di Vinzia Fiorino e Alessandra Fussi, 2016, pp. 206, ill.
4. *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani*, a cura di Giovanni Vito Distefano, Marica Setaro, Davide Tabor, 2025, pp. 240.

Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione

Per un atlante culturale del superamento
dei manicomi italiani

a cura di

Giovanni Vito Distefano, Marica Setaro, Davide Tabor



Edizioni ETS



www.edizioniets.com

We acknowledge financial support under the National Recovery and Resilience Plan (NRRP), Mission 4, Component 2, Investment 1.1, Call for tender No. 104 published on 2.2.2022 by the Italian Ministry of University and Research (MUR), funded by the European Union – NextGenerationEU – Project Title “Narration and care. The deinstitutionalization of asylum system in Italy: history, cultural imaginary, planning (from 1961 to today)” – CUP F53D23007380006 – Grant Assignment Decree No. 1079 adopted on 19/07/2023 by the Italian Ministry of Ministry of University and Research (MUR).



**Finanziato
dall'Unione europea**
NextGenerationEU



**Ministero
dell'Università
e della Ricerca**



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



UNICA

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI CAGLIARI



DIPARTIMENTO DI LETTERE,
LINGUE E BENI CULTURALI



UNIVERSITÀ DI PISA



Riconosciuto Dipartimento
di Eccellenza del MUR per la
qualità dei progetti di ricerca



**UNIVERSITÀ
DI TORINO**

ARCHEOLOGIA
GEOGRAFIA
STORIA
STORIA DELL'ARTE
E DEL DOCUMENTO

2023 - 2027
**DIPARTIMENTO
DI ECCELLENZA**
Ministero dell'Università e della Ricerca

© Copyright 2025

Edizioni ETS

Palazzo Roncioni – Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa

info@edizioniets.com

www.edizioniets.com

Distribuzione

Messaggerie Libri SPA

Sede legale: via G. Verdi 8 – 20090 Assago (MI)

Promozione

PDE PROMOZIONE SRL

via Zago 2/2 – 40128 Bologna

ISBN 978-884677305-0

Il presente PDF con ISBN 978-884677369-2 è in licenza **CC BY-NC**



Sommario

Prefazione <i>Daniela Adorni, Vinzia Fiorino, Marina Guglielmi</i>	9
---	---

Introduzione <i>Giovanni Vito Distefano, Marica Setaro, Davide Tabor</i>	11
---	----

I. EREDITÀ

Dal manicomio alla salute mentale: il ruolo dei maestri <i>Caterina Corbascio</i>	21
--	----

La storia delle costole rotte. La salute mentale in Italia alla prova dei testimoni <i>Pierangelo Di Vittorio</i>	29
--	----

La resistibile ascesa della medicalizzazione in psichiatria. Ovvero, la medicalizzazione della psichiatria come risposta di fatto all'assenza di una progettualità consapevole <i>Fabrizio Gambini</i>	39
---	----

II. LUOGHI

Gli anni del cambiamento: arte, musica e scrittura nel Manicomio di Maggiano <i>Elisabetta Angrisano</i>	45
---	----

Dalla città per la cura alla cura per la città. Un progetto tra ricerca e didattica per l'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli <i>Angela D'Agostino</i>	53
---	----

Riapriteci il manicomio: il caso delle Ville Sbertoli a Pistoia <i>Chiara Mugelli, Matilde Ricci</i>	63
---	----

Narrazione come «spazio di assunzione del rischio»: il Centro Donna Salute Mentale di Trieste <i>Francesca Nardi</i>	73
---	----

La deistituzionalizzazione nel “paese dei matti” alle porte di Milano <i>Enrico Palumbo</i>	83
La maternità presso il reparto femminile dell’ospedale psichiatrico Paolo Pini: l’esperienza autobiografica di Alda Merini <i>Beatrice Peli</i>	91
La dismissione dell’ospedale psichiatrico di Arezzo (1971-1978) <i>Caterina Pesce</i>	99

III. MIMESI

Eterotopie, alterità, migrazioni: i contributi antropologici alla de-istituzionalizzazione in Italia <i>Ilaria Eloisa Lesmo, Marta Quagliuolo</i>	109
Arte e cultura come inneschi di deistituzionalizzazione. Il superamento dell’ospedale psichiatrico di San Salvi a Firenze <i>Eliana Martinelli</i>	119
Tra documento e finzione. Michelangelo Antonioni e il caso dell’Ospedale Psichiatrico Luigi Lolli di Imola <i>Giuseppe Mattia</i>	129
Follia seriale. La rappresentazione delle patologie psichiatriche in <i>Mental</i> e <i>Tutto chiede salvezza</i> <i>Myriam Mereu</i>	139
Alda Merini e <i>La Terra Santa</i> del manicomio: geografia dell’inaccessibilità e traslazione poetica <i>Mara Sabia</i>	149
Lo sguardo del medico sull’istituzione: tre testi per la rappresentazione dell’ospedale psichiatrico in Italia (1931-2021). <i>Alessandra Tonella</i>	157

IV. MATERIA

I “residui manicomiali”: l’infanzia internata tra “regressione” e tentativi di deistituzionalizzazione <i>Laura Occhini</i>	167
“Reggio 15”: un periodico contro il manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia <i>Francesco Paoletta</i>	179
Salvare e restituire. Archivi e processo di deistituzionalizzazione <i>Mariangela Rapetti</i>	189

L'atelier dell'ospedale San Giacomo: un dialogo tra arte e salute mentale <i>Chiara Sorrentino</i>	199
Tobino, il pino e la Lagerstroemia. Il giardino dell'Ospedale psichiatrico di Maggiano come spazio di cura <i>Cecilia Spaziani</i>	207
Dalla nascita del dibattito pubblico sui manicomi alla chiusura del Villa Clara di Cagliari: un excursus attraverso la stampa locale <i>Marta Varacalli</i>	215
Le autrici e gli autori	227
Indice dei nomi	233

Prefazione

Daniela Adorni, Vinzia Fiorino, Marina Guglielmi

Questo volume è uno dei risultati di un progetto di ricerca interdisciplinare, nazionale e comparativo sullo studio degli immaginari manicomiali in Italia, con una particolare attenzione a quelli legati al complesso, lungo e contraddittorio processo di superamento degli ospedali psichiatrici e ai luoghi che li hanno prodotti. Il Prin 2022 *Narration and Care. The deinstitutionalization of the asylum system in Italy: history, imaginary, planning (from 1961 to today)*, promosso dal Dipartimento di Lettere, Lingue e Beni culturali dell'Università di Cagliari, dal Dipartimento di Studi Storici dell'Università di Torino e dal Dipartimento Civiltà e Forme del Sapere dell'Università di Pisa¹, si concentra infatti sulla trasformazione del sistema di salute mentale in Italia dopo la Legge 180, dunque negli ultimi sessant'anni, e mira a rivalutare un ricco patrimonio culturale di dibattiti e narrazioni relative alla malattia mentale, allineandosi a tre parole chiave: inclusione, deistituzionalizzazione e formazione. Il processo di "deistituzionalizzazione" che ha interessato gli ospedali psichiatrici italiani è una voce importante delle realtà sociali odierne in cui resta attiva l'idea che offrire assistenza sul territorio sia preferibile a contenere soggetti fragili in istituzioni che si possono rivelare inadeguate tanto alla cura quanto al loro sostegno psichico. La convergenza di competenze provenienti dagli studi culturali e comparatistici, dalla storia sociale, dall'architettura e dalla sociologia della comunicazione ha permesso al gruppo di elaborare una visione articolata e complessa delle questioni più rilevanti ancora da affrontare nello studio della deistituzionalizzazione dei manicomi e nell'indagine delle narrazioni e degli immaginari che ne sono scaturiti.

La storia dell'internamento psichiatrico e della deistituzionalizzazione è infatti anche una storia di relazioni tra memorie, narrazioni, oggetti, luoghi geografici e spazi architettonici. Lo sviluppo del sistema manicomiale ha punteggiato il territorio nazionale di strutture che per le loro dimensioni e la loro intrinseca complessità funzionale si configurano, più che come semplici edifici, come "città-altre" inserite entro gli spazi circostanti secondo rapporti peculiari e spesso ambivalenti. Il loro superamento ha generato però un nuovo "oggetto": la città della deistituzionalizzazione. Questa città è fatta di ambienti interni ed esterni alle aree manicomiali (ancora chiuse oppure aperte, rifunzionalizzate o abbandonate), ma è soprattutto ramificata in una nuova geografia umana di esperienze sociali, di vissuti individuali e di progetti collettivi, che si succedono, si alternano e si sovrappongono nell'arco di oltre mezzo secolo. I luoghi dell'internamento psichiatrico persistono così in una congerie di esiti variamente distribuiti nel territorio, sì che opportunamente sono stati definiti "eterotopie perduranti", ma vengono affiancati dai nuovi spazi della liberazione dal manicomio e da quelli della re-istituzionalizzazione.

¹ Per la presentazione del progetto e del gruppo di ricerca si rimanda al sito <https://prin.unica.it/de-asylum/>

Possiamo oggi ricostruire la trama vitale dell'organismo urbano così modificato attraverso il censimento degli oggetti culturali che ha generato: narrazioni, memorie, tracce, sviluppi della deistituzionalizzazione. Non solo luoghi sulla carta storico-geografica, gli ospedali psichiatrici popolano infatti anche i domini della memoria collettiva e dell'immaginario culturale: scenari di esperienze dirette o indirette, reali o immaginarie, ipotiposi di speculazioni filosofiche, ingegneristiche, socio-politiche, essi sono l'oggetto di svariate forme di rappresentazione, rielaborazione, rimozione, stratificazione connotativa e simbolica. Documentazioni filmiche e fotografiche, testimonianze orali, archivi e studi progettuali, *fiction* nelle più diverse realizzazioni medial, dai romanzi ai film ai videogiochi: il repertorio degli oggetti culturali attinenti agli ospedali psichiatrici, attestazioni del modo in cui essi sono percepiti, pensati, valutati, è in effetti amplissimo. Attraversare questo patrimonio di testimonianze e rappresentazioni ha una importanza cruciale per ricostruire la fisionomia storico-culturale dei luoghi manicomiali.

Il libro *Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione. Per un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani* raccoglie i contributi di studiose e studiosi che da prospettive disciplinari differenti hanno illuminato uno o più punti di questo atlante culturale. Sono stati così esaminati: la rappresentazione letteraria, filmica, visiva, dell'ospedale psichiatrico, con luoghi ispirati alla realtà storica e immaginari; memorie e testimonianze orali o scritte dell'internamento psichiatrico e della de-istituzionalizzazione; il mutamento delle pratiche terapeutiche e la storia della cultura materiale della deistituzionalizzazione; studi, dibattiti, progetti per la rifunzionalizzazione di spazi e strutture ex manicomiali; archivi istituzionali, privati e personali o singoli nuclei documentali; esposizioni temporanee e permanenti; articoli di giornale e periodici pubblicati dalle istituzioni psichiatriche; opere d'arte o collezioni d'arte. Esso è suddiviso in quattro parti individuate non sulla base delle affinità disciplinari, ma per coerenza di temi e di problemi affrontati. La prima parte *Eredità* include tre contributi che riflettono, da diverse prospettive, sugli esiti culturali della deistituzionalizzazione, anzitutto all'interno dei saperi e delle pratiche mediche. La seconda parte *Luoghi* raccoglie i saggi che hanno maggiormente discusso il rapporto tra immaginari, memorie e spazi interni ed esterni al manicomio, anche con un'attenzione alla loro rifunzionalizzazione successiva alla chiusura. La terza parte *Mimesi* si concentra sulle rappresentazioni artistiche, letterarie e creative del manicomio e del post-manicomio. L'ultima parte *Materia* intende mettere in luce gli archivi e gli oggetti legati alla storia di queste "istituzioni totali" e del loro superamento, approfondendo in particolare la relazione tra la dimensione fisica e la rilevanza simbolica dei luoghi.

Parte integrante del volume è la raccolta di schede online che compone la struttura iniziale dell'*Atlante del Superamento dei manicomi Italiani*². Questo Atlante raccoglie informazioni sulla rappresentazione degli ospedali psichiatrici nei media letterari/visivi/immersivi, testimonianze orali/scritte/visive dell'internamento psichiatrico e della deistituzionalizzazione, documentazione istituzionale e non istituzionale sulla storia dei manicomi. Include molti elementi relativi al sistema psichiatrico italiano dagli anni Sessanta ai giorni nostri, resi disponibili tramite un'infrastruttura digitale aperta alla partecipazione di esperte e di esperti, e finalizzata alla costruzione di una rappresentazione spaziale e geografica degli oggetti culturali legati alla storia della deistituzionalizzazione psichiatrica.

² Per accedere all'Atlante: <http://de-asylum-data.eu/>. Sul sito è possibile visionare la Mappa o cercare per parole chiave o tag.

Introduzione

Narrazioni, memorie e luoghi della deistituzionalizzazione¹

Pensare o non pensare il manicomio

È un dato di drammatica evidenza l'enormità dell'impatto dell'internamento psichiatrico nella vita delle persone direttamente coinvolte: pazienti, familiari, lavoratori. Meno scontato è invece il riconoscimento dell'importanza del manicomio quale forma attiva nell'immaginario collettivo della nostra civiltà, secondo corrispondenze e associazioni semantiche non soltanto lineari e in larga misura ancora da indagare, in una prospettiva estesa alla generalità della società. Non è questione di poco momento. Dal modo in cui il manicomio è stato ed è percepito, pensato e rappresentato dipende, ad esempio, la persistenza nella coscienza collettiva di un afflato di adesione ai principi medici, scientifici, etici e filosofici alla base del movimento di deistituzionalizzazione.

L'indicazione, nel titolo del volume che avete tra le mani, di un'opera protesa verso la realizzazione di un *atlante culturale* vuole sottolineare l'adozione di questa prospettiva di metodo. Non una storia – e neanche una geografia – della deistituzionalizzazione, non una silloge di studi critici tematicamente affini, ma l'abbozzo di una mappatura che, estendendosi in più dimensioni disciplinari, metta insieme testimonianze e ricostruzioni storiografiche, proposte progettuali e rappresentazioni documentarie e finzionali, tracciati biografici e trasfigurazioni poetiche. O meglio, giacché tutte queste unità di senso di fatto *stanno già insieme* entro quella matassa che è l'immaginario culturale, le rappresenti al discorso scientifico e pubblico in modo da tentare di restituire qualcosa delle loro reciproche interconnessioni.

Con queste premesse, la rappresentazione del manicomio nei più diversi media – la letteratura, il cinema, i videogiochi, il teatro, l'architettura – appare allora un ambito di indagine particolarmente produttivo in almeno due sensi complementari. In quanto *documenti*, film e romanzi, testi teatrali e progetti si offrono come testimonianze artisticamente mediate delle idee correnti nell'ambito di una collettività. Trasmettono esemplari non esaustivi e però concreti di che cosa, in un determinato contesto storico-sociale, si intenda per disturbo mentale e per trattamento psichiatrico. In quanto *proposte*, gli oggetti culturali attinenti al tema si pongono come contributi alla progressiva elaborazione di idee, teorie, prassi, modelli, che accompagna e talvolta anticipa gli eventi storici, in un processo, a seconda dei casi e dei momenti, maggiormente orientato verso l'innovazione oppure la conservazione, ma mai definitivamente compiuto.

Nell'ambito specifico delle produzioni letterarie i saggi raccolti offrono una selezione di alcune delle principali modalità nelle quali la rappresentazione – o re-invenzione, come

¹ Del primo paragrafo è autore Giovanni Vito Distefano, del secondo Marica Setaro e del terzo Davide Tabor.

quasi sempre è, almeno in una certa misura – del manicomio ha luogo. Nel racconto della malattia mentale, le specificità costitutive dei generi narrativi danno vita a rappresentazioni profondamente distinte, specie sul piano delle sottese chiavi ideologiche, a seconda del prevalere di una prospettiva emancipatrice, nella scrittura, della soggettività dei pazienti oppure del perpetuarsi di una condizione di oggettivazione. Non solo il vissuto dell'autore, ma la scelta di identificare il narratore con la figura del medico oppure con quella del paziente, o con nessuna delle due, sono aspetti dirimenti al riguardo². Ancora, il racconto della malattia mentale può privilegiare i contesti, gli sfondi architetonici³, le strutture istituzionali all'interno dei quali avviene l'azione narrata, oppure focalizzarsi sui percorsi personali e interiori dei personaggi. La dimensione interiore dell'esperienza del disagio mentale e dei trattamenti psichiatrici è, naturalmente, al centro delle produzioni liriche riconducibili a questo tema, con modalità che nei casi di maggior valore coniugano una potente capacità di traslazione metaforica a un'intensa forza icastica nella descrizione, e denuncia, di molteplici aspetti della condizione manicomiale⁴.

Considerazioni non dissimili valgono per il filone delle opere audiovisive che si rifanno e insieme accrescono – nei due sensi della documentazione e della proposta introdotti sopra – l'immaginario collettivo relativo alla salute mentale. Da tempo il disagio psichico è stato un prolifico tema d'ispirazione per alcuni dei più importanti cineasti⁵; l'ambito delle produzioni audiovisive si segnala però anche per una particolare sensibilità rivolta allo stato attuale dei sistemi di assistenza e cura psichiatrica⁶, con un'attenzione per il disagio psichiatrico e le pratiche di cura finalmente slegata dall'immagine "totemica" del manicomio. A quasi cinquant'anni dalla legge di liberazione dal manicomio si tratta, tuttavia, di casi nel complesso ancora non abbastanza frequenti. L'ospedale psichiatrico appare ancora oggi un *frame* concettuale destinato, come l'elefante di Lakoff⁷, ad attivarsi inesorabilmente nelle nostre menti anche di fronte alla sua negazione. Non solo in ambito artistico e letterario, ma anche in quello storiografico e nel dibattito pubblico. La liberazione dal manicomio sarà forse completa quando – sovvertendo le premesse di questa stessa introduzione – nuove immagini e categorie concettuali saranno associate alle esperienze di disagio mentale e influenzeranno attivamente il nostro modo di pensare le pratiche di assistenza e cura.

² Ne discute Alessandra Tonella confrontando tre ben scelti esemplari di "psicopatografie" contemporanee (il riferimento è a S. Redaelli, *Psicopatografie: Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*, Peter Lang, Bruxelles 2023).

³ Ad esempio i giardini del manicomio di Maggiano/Magliano, oggetto dell'indagine di Cecilia Spaziani.

⁴ Caso emblematico quello di Alda Merini, oggetto di studio per Mara Sabia e Beatrice Peli.

⁵ Si veda il caso di Antonioni, oggetto del contributo di Giuseppe Mattia.

⁶ Si vedano in proposito i casi delle serie televisive *Mental* e *Tutto chiede salvezza*, oggetto del contributo di Myriam Mereu.

⁷ Il riferimento è a G. Lakoff, *The all new don't think of an elephant! Know your values and frame the debate* (2004), Chelsea Green Publishing, White River Junction (VT) 2014, trad. it. di D. Brindisi, *Non pensare all'elefante. Come riprendersi il discorso politico*, Chiarelettere, Milano 2020.

“Deistituzionalizzare” la storia della psichiatria: quale eredità per la salute mentale in Italia?

In un numero speciale della rivista *History of Psychiatry* del 2011, intitolato “Writing the history of psychiatry after 1945”, i curatori Volker Hess e Benoît Majerus sottolineavano l'esigenza di mappare, almeno fino a quel momento, la storiografia che si stava assumendo il compito di scrivere la storia della psichiatria della seconda metà del XX secolo. Mettevano sul piatto, immediatamente, un primo problema: “A differenza delle collaudate narrazioni del XIX secolo, non esiste un modello storiografico che le scienze storiche accettino come quadro affidabile per interpretare la storia della psichiatria nel XX secolo. [...] Al contrario, gli sforzi per estendere queste narrazioni al XX secolo mancano in gran parte la trasformazione più impressionante del trattamento psichiatrico, e della sua autodefinizione”⁸. La constatazione suonava forte e chiara.

Di certo quel focus, che si concentrava soprattutto sull'Europa occidentale, insieme ad altri studi successivi, anche qui in Italia, avrebbe contribuito a colmare la lacuna. Tra le keywords principali di questi lavori figurava indubbiamente “deistituzionalizzazione”, una parola-mondo si potrebbe azzardare a dire, vista la natura molteplice che la caratterizza: un processo istituzionale e politico e, al tempo stesso, una pratica di modificazione strutturale del trattamento psichiatrico, sia in termini clinici e terapeutici, sia teorici.

Questo progetto di ricerca, di cui questo volume è un punto di approdo, ha voluto e dovuto prendere di petto il peso e la portata di una parola dal sapore fin troppo burocratico a pronunciarsi: la deistituzionalizzazione, disarticolata e scandagliata in memorie, luoghi e narrazioni ci avrebbe aiutato a redigere una cartografia non più e non solo dei manicomi italiani e della loro lunga e pervicace storia istituzionale, ma della loro decostruzione. Rintracciare, cioè, nella soglia, istituzionale e culturale, dell'internamento manicomiale il punto d'inizio di una traiettoria che uscisse dalla dimensione asilare per riempire di significato fattuale, problematizzandola, l'intenzione “privativa” di quel *de-*, per cominciare a tracciarne, e complicarne, *le storie*. Contemporaneamente, per assecondare la spinta centrifuga lungo questa traiettoria era necessario misurarsi, da prospettive disciplinari differenti, anche con un altro scarto, con un'emergenza concettuale e pratica molto più pervasiva della proceduralità deistituzionalizzante: il passaggio dalla psichiatria istituzionale alla nascita della salute mentale⁹.

Se le ricerche e gli studi a partire dagli archivi psichiatrici hanno generato, negli ultimi trent'anni, un vero e proprio genere storiografico, tanto da imprimere una “svolta archivistica”¹⁰ nel modo di analizzare e raccontare sia il manicomio come *manufatto* storico-culturale, sia la scienza psichiatrica che ne ha determinato le sorti, è «forse giunto il momento che anche gli storici abbandonino il manicomio, proprio come hanno fatto i pazienti e i medici nell'ultimo terzo del XX secolo. In effetti, ciò significa *deistituzionalizzare* la storia

⁸ V. Hess, B. Majerus, *Writing the history of psychiatry in the 20th century*, in «History of Psychiatry», 22, 2 (2011): 139-145: 139, trad. mia.

⁹ Per una ricostruzione storica dell'emersione del concetto di salute mentale a partire dagli anni '40 del '900 in Europa si veda C.-D. Doron, *L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique*, in «Pratiques en santé mentale», 1 (2015), pp. 3-16. Per una discussione recente sul rapporto storico, culturale ed epistemologico tra psichiatria e salute mentale si faccia riferimento al numero monografico della rivista «aut aut», 398 (2023), *La psichiatria e il futuro della salute mentale*, a cura di M. Bertani, M. Colucci e P. Di Vittorio.

¹⁰ Si veda, sul tema, il numero monografico *Archives des sciences: Contribution à l'histoire de la psychiatrie*, in «Revue d'histoire des Sciences», 2 (2017) a cura di E. Basso e M. Delbraccio.

della psichiatria del dopoguerra»¹¹. Accogliere la sfida provocatoria che nel 2011 lo storico statunitense Eghigian ha lanciato, ha significato e significa – nonostante le numerose limitazioni di accesso, per esempio, alla documentazione sanitaria e amministrativa relativa alla seconda metà del Novecento – calpestare un terreno ibrido, eterogeneo e molto diversificato di ricerca.

Mentre la dimensione totale e totalizzante del manicomio, insieme alla riproducibilità impermeabile del suo funzionamento, ha racchiuso per più di un secolo un certo modello di “folia”, con la sua progressiva dismissione si moltiplica e si complica il nuovo territorio deputato alla presa in carico della sofferenza psichica. Si passa, cioè, da una tassonomia nosografica dell’ingranaggio manicomiale a una tassonomia di rimandi: “restituire” alla dimensione sociale, alla comunità, al territorio, la responsabilità di cura del soggetto, prima internato, crea e allarga a dismisura gli “attori sociali” della nuova salute mentale. Operatori sociosanitari, psicologi, sociologi, cooperanti, amministrazioni locali, governance regionali, pazienti esperti, associazioni, collettivi, movimenti, processi di aziendalizzazione dei servizi di salute pubblica, sono tutti soggetti e fattori che innervano la lunga deistituzionalizzazione italiana, e che cambiano, per esempio, da regione a regione, a seconda dei tempi e dei modi di applicazione della riforma cosiddetta basagliana. Il ventennio 1980-2000, cruciale nella metamorfosi, opaca e a tratti compromessa rispetto alle attese iniziali, di una *istituzione negata* in una *istituzione inventata*¹², è oggi un banco di prova, ancora tutto da allestire, per cominciare a scrivere la storia della salute mentale di questo paese¹³.

I contributi che animano la sezione “Eredità” di questo volume ci sono parsi la rappresentazione critica di un “passaggio del testimone”¹⁴. Autrici e autori non si sottraggono dal difficile compito di riflettere sul complesso rapporto tra memoria e storia, così come sono consapevoli che la spinta antagonista che aveva caratterizzato il movimento antistituzionale tra gli anni Sessanta e Settanta, spesso semplicisticamente condensato nel nome di Franco Basaglia, “dopo la 180”¹⁵ fa i conti con la responsabilità politica e scientifica della sua realizzazione, come della sua mancata o tradita applicazione.

Ci è sembrato, in ultima analisi, che la storia di questa eredità simbolica avesse bisogno di essere scrostata da mitologie ingessate per cominciare a comprenderne l’effettivo impatto trasformativo da un lato, e dall’altro i nuovi paradigmi e i fenomeni di ciò che Robert Castel, all’alba del progressivo smantellamento della salute pubblica in psichiatria, aveva magistralmente nominato come “gestione dei rischi”¹⁶.

¹¹ G. Eghigian, *Deinstitutionalizing the history of contemporary psychiatry*, in «History of Psychiatry», 22, 2 (2011), 201-214: 204, trad. mia.

¹² Si fa riferimento qui al lavoro e alle elaborazioni di Franco Rotelli, successore di Franco Basaglia a Trieste: cfr. F. Rotelli (a cura di), *L’istituzione inventata/Almanacco Trieste 1971-2010*, Edizioni alphabeta, Merano 2015; F. Rotelli, Franco, O. De Leonardis, D. Mauri, *Deistituzionalizzazione, un’altra via*, in P. Tranchina e A. Pirella (a cura di), *Vent’anni di fogli di informazione. Psichiatria/Psicoterapia/Istituzioni*, Centro di Documentazione Pistoia Editore, Pistoia 1992, pp. 54-75.

¹³ Su questo cfr. S. Magagnoli, D. Tabor, *Application and Effects of Italian Law 180, ‘The Reform of Psychiatric Care’*, in *Franco Basaglia’s Revolution: From the Blue Horse to the Actuality of His Practice*, ed. by C. Guareschi, V. Bizzarri, Springer-, Cham 2025, pp. 133-152.

¹⁴ Si vedano, qui, in contributi di Corbascio, Di Vittorio, Gambini.

¹⁵ Cfr. P. Di Vittorio, B. Cavagnero, *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, Franco Angeli, Milano 2019.

¹⁶ R. Castel, *La gestione dei rischi. Dall’antipsichiatria al post-psicanalisi*, ed. or. 1980, a cura di C. Tarantino, Mimesis, Milano 2024.

I tempi della deistituzionalizzazione e i tempi delle memorie

Nel racconto pubblico del processo di superamento degli ospedali psichiatrici italiani si intrecciano due diverse temporalità, che ne definiscono i contesti di formazione, di circolazione e di fruizione: da un lato, i tempi della deistituzionalizzazione, con le sue geografie differenziali; dall'altro, i tempi di produzione delle memorie individuali e collettive, inevitabilmente connessi ai primi.

Le caratteristiche della deistituzionalizzazione psichiatrica italiana sono state finora solo parzialmente indagate e per lo più per il periodo iniziale, quello compreso tra l'avvio dell'esperienza goriziana di Franco Basaglia e l'approvazione della riforma del 1978, prima introdotta con la legge n. 180, poi pienamente inserita nella nascita del servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978). Anche di questa fase conosciamo ancora solo le tendenze generali, mentre ignoriamo le ricadute nei vari territori – tra sperimentazioni e resistenze – delle esperienze innovative promosse in questo arco temporale dai diversi gruppi (basagliani e non) in singoli ospedali psichiatrici, città e province. Per questi primi anni, per esempio, abbiamo ormai molte ricostruzioni dei casi “pilota” di Gorizia (prima) e di Trieste (poi), come anche di quelli di Parma, di Perugia, di Reggio Emilia, di Ferrara, di Arezzo (solo per citare i principali)¹⁷. Quanto sappiamo, però, dipende dal verificarsi di alcune condizioni molto specifiche: oltre a essere stati indubbiamente luoghi del cambiamento, non tutti legati alla storia delle equipe basagliane, essi hanno fin da subito prodotto racconti e testimonianze delle esperienze in corso (volumi, cinema, fotografie, iniziative pubbliche, ecc.)¹⁸ e, negli anni seguenti, alcuni protagonisti hanno contribuito in modo significativo a costruire specifiche memorie di quel periodo. Questa coincidenza di fattori ha contribuito in modo determinante a polarizzare le memorie della deistituzionalizzazione italiana tra anni Sessanta e anni Settanta intorno ad alcune aree geografiche e ad alcune personalità (oltre a Franco Basaglia, Carlo Manuali a Perugia, Giovanni Jervis a Reggio Emilia, Antonio Slavich a Ferrara, Agostino Pirella ad Arezzo, Mario Tommasini a Parma, ecc.), che, con diverse modalità, hanno nel tempo prodotto e alimentato ricordi di quell'importante periodo di lotte. Il “lungo” quindicennio pre-riforma psichiatrica ha trovato dunque il suo racconto pubblico e ha le sue memorie (anche le sue ricostruzioni storiche), con concentrazioni e con caratteristiche parziali e distorsive dell'intero panorama nazionale. Di questa prima e cruciale fase sappiamo infatti poco o nulla di tante altre realtà territoriali, sia di quelle in cui si sperimentarono novità e si condussero importanti battaglie politiche (per es. Torino¹⁹), sia delle tante altre in cui prevalsero le resistenze e le ostilità all'immaginare una psichiatria oltre il manicomio.

Di quanto accaduto dopo il 1978, cioè dell'applicazione e degli effetti della riforma psichiatrica italiana, non sappiamo invece granché, eppure si tratta di un periodo ormai molto

¹⁷ Per esigenze di spazio, mi limito a rimandare ai seguenti testi e alle bibliografie lì contenute: V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; M. Fiorani, *Follia senza manicomio. Assistenza e cura ai malati di mente nell'Italia del secondo Novecento*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2012; J. Foot, *La “Repubblica dei Matti”*. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Feltrinelli, Milano 2017.

¹⁸ Oltre ai contributi ampiamente noti, cito a titolo di esempio il film di Gianni Serra *Fortezze vuote* (1975) e i volumi Amministrazione Provinciale di Arezzo, *I tetti rossi*, Tipografi a sociale, Arezzo 1975 e P. Dell'Acqua, *Non ho l'arma che uccide il leone...: storie del manicomio di Trieste*, Cooperativa editoriale, Trieste 1980.

¹⁹ Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione autonoma di Torino, *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971; A. Papuzzi, *Portami su quello che canta*, Einaudi, Torino 1977; G. Luciano, *Storia di un manicomio. Dallo “spedale de' pazzereelli” alla chiusura dell'ospedale psichiatrico di Torino*, Franco Angeli, Milano 2019.

lungo, cruciale per interpretare la diffusione e le ricadute di alcuni modelli di deistituzionalizzazione, nonché i mutamenti delle politiche, delle culture psichiatriche e degli orientamenti dell'opinione pubblica²⁰. Il periodo post-riforma si divide almeno in tre ulteriori intervalli, tutti molto diversi tra loro. Il primo comprende gli anni dal 1978 alla riforma sanitaria del 1992, in cui le competenze passarono in capo alle unità sanitarie locali (con il fondamentale ruolo delle amministrazioni comunali) e si concentrarono le sperimentazioni nei territori sia dei processi di deistituzionalizzazione sia della costruzione dei servizi psichiatrici previsti dalla legge, indirizzate, accelerate o rallentate dalle diverse leggi regionali approvate con molta lentezza. In continuità con gli anni pre-riforma, in questo periodo tali caratteri applicativi delle norme nazionali a livello territoriale rafforzarono ulteriormente la variegata geografia delle politiche e dei servizi nel settore psichiatrico. Questa fase fu particolarmente caratterizzata dal diffondersi delle critiche alla riforma da parte di alcune forze politiche e di qualche associazione e dal proliferare delle proposte legislative di modifica della legge.

Il secondo intervallo di questo lungo periodo post 1978 include buona parte degli anni Novanta. Se la riforma sanitaria del 1992 (legge n. 502) ha previsto l'aziendalizzazione delle unità sanitarie locali e soprattutto la delega diretta alle regioni, è stato il 1994 a introdurre due fondamentali novità normative che spinsero verso la definitiva chiusura degli ex ospedali psichiatrici, a cui si arrivò però solo alla fine del fine millennio: il Progetto Obiettivo Nazionale Tutela Salute Mentale 1994-1996 (dpr del 7 aprile 1994) e la legge finanziaria n. 724 del 1994, che ha previsto la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996.

Il terzo intervallo coincide con l'ultimo ventennio, un arco di tempo estremamente variegato in cui le politiche di salute mentale, per la prima volta senza manicomi, hanno conosciuto una ulteriore regionalizzazione, in virtù delle scelte di architettura istituzionale e costituzionale fatte a cavallo del millennio, hanno subito una costante riduzione di risorse e sono sempre più inserite in un dibattito pubblico che (con maggior forza negli anni successivi alla pandemia) fa emergere con minori filtri molti e nuovi bisogni di salute mentale e che, però, mostra i limiti di una certa psichiatria nuovamente rinchiusa esclusivamente nella sfera della clinica e nel rapporto terapeutico individualizzato, talvolta in netto contrasto con gli obiettivi indicati da chi, fin dagli anni Settanta, aveva creduto nel potere rigenerativo del processo di deistituzionalizzazione. Per uno psichiatra come Franco Rotelli, già collaboratore di Basaglia a Trieste, poi direttore dei servizi psichiatrici e sanitari del territorio, l'insegnamento degli anni della sperimentazione sarebbe dovuto essere molto più profondo: «deistituzionalizzazione vera – scriveva Rotelli – sarà allora il processo pratico-clinico che riorienta istituzioni e servizi, energie e saperi, strategie e interventi verso questo ben diverso oggetto», che non era la malattia, ma l'«esistenza-sofferenza di un corpo in rapporto con il corpo sociale», un oggetto mai reificato o in equilibrio, a cui doveva corrispondere «l'istituzione inventata (e mai data)», dato che il «problema diventerà non la “guarigione” ma la “emancipazione”, non la riparazione ma la riproduzione sociale della gente, altri direbbero il processo di singolarizzazione e ri-singolarizzazione»²¹.

Il racconto dell'Italia post riforma psichiatrica non si può però scindere dai tempi di formazione delle memorie e dal loro emergere e diffondersi, fino a incidere sugli immaginari attuali delle politiche di salute mentale e, più in generale, della sofferenza e dello star bene o dello star male. Soprattutto dagli anni Novanta, anche grazie all'attenzione pubblica che,

²⁰ Per una ricognizione sull'applicazione della riforma rimando a S. Magagnoli, D. Tabor, *Application and effects of Italian Law 180, 'The Reform of Psychiatric Care'*, cit., pp. 133-152.

²¹ F. Rotelli, *Quale psichiatria? Taccuino e lezioni*, Edizioni alphabeta, Merano 2021, p. 43.

nella fase dei Progetti obiettivo, riuscirono a ottenere sia i temi legati alla salute mentale sia le politiche ispirate alle esperienze più innovative dei decenni precedenti, nuove narrazioni arricchirono il complesso mosaico delle storie di psichiatria delle tante Italie²². Le memorie individuali e collettive, frutto di iniziative autonome dei singoli oppure di progetti di ricerca o di musealizzazione, hanno iniziato a far emergere con maggior evidenza la frastagliata casistica presente nelle province italiane: abbiamo così preso in considerazione soggetti e luoghi fino ad allora ignorati e abbiamo potuto cominciare a riconsiderare la cronologia generale della deistituzionalizzazione psichiatrica in Italia, che ha conosciuto in molti territori esperienze tardive (spesso spinte dalle nuove scadenze normative), ma non prive di interesse e di originalità. E abbiamo potuto registrare “voci” importanti in grado di farci capire aspetti dimenticati dell’opposizione alla riforma: anzitutto quelle dei familiari organizzati in associazioni fin da subito contrarie alla legge n. 180 e a una psichiatria senza manicomi e senza strutture residenziali per la cosiddetta cronicità²³.

In conclusione, i tempi della deistituzionalizzazione e i tempi di produzione delle memorie non sono separati: esiste infatti tra loro un nesso diretto che ci aiuta a capire come, nel corso degli anni, voci singole o di gruppo illuminino soggettività diverse e aree geografiche ignorate, come scandiscano cronologie locali e sovra-locali che si intersecano e si condizionano e come facciano emergere problemi e contraddizioni nel rapporto tra passato e presente, tra le poche sperimentazioni innovative degli anni Sessanta e Settanta e le modalità di applicazione e re-interpretazione della riforma psichiatrica a scala regionale e locale.

²² Per esempio: T. Losavio, *Fare la 180. Vent’anni di riforma psichiatrica a Roma*, Edizioni ETS, Pisa 2021; F. Scotti, *Nascita ed evoluzione di una psichiatria di comunità in Umbria*, Morlacchi Editore, Perugia vol. I 2021, vol. II 2022.

²³ M.L. Zardini, *La tragedia psichiatrica*, Sugarco, Milano 1986. Si veda anche il sito <https://www.vittimedella180.org/> (ultima consultazione 12 luglio 2025).

I. EREDITÀ

Dal manicomio alla salute mentale: il ruolo dei maestri

Caterina Corbascio

Premessa

L'Ospedale Psichiatrico (OP) di Grugliasco era stato fortemente voluto dall'Amministrazione Provinciale di Torino, che ne ha curato la progettazione e realizzazione, completata nel 1931 dopo molte traversie. La necessità della Provincia era di dare risposta al sovraffollamento degli OP di Torino. Già la scelta del sito fu momento di reazione da parte della popolazione di Grugliasco, che non accettava l'iniziale progetto di acquisire la Duna di San Lorenzo, amata da piccoli e grandi e usata come scenario del primo kolossal italiano¹.

Costruito infine nelle vicinanze, rimaneva poi il conflitto tra le teorie mediche di allora sulla cura dei malati psichiatrici. Le indicazioni mediche si associavano anche a un groviglio di interessi diversi, tra i quali quelli dell'Opera Pia², anche se la logica dell'assistenza non fu mai messa in discussione. Cinto da alte mura, nascosto da imponenti filari di pini, l'OP era un'istituzione totale: la struttura forniva risposta a tutti i bisogni dei pazienti, cibo, letto, lavoro e tempo libero, attraverso l'uso agricolo dei 30 ettari di terreno circostanti. Negli anni '60 vi lavoravano oltre 1.400 persone: tuttavia l'OP rimane tuttora un rimosso nella popolazione di Grugliasco.

L'impovertimento culturale del Paese riguardo alla follia culminò con l'approvazione della legge del 1904, che tolse agli psichiatri manicomiali molti dei loro poteri per trasferirli agli amministratori pubblici. La legge attribuiva agli psichiatri ampi spazi all'interno del manicomio, lasciando libero il campo ad altri attori nella progettazione e nei rapporti dell'OP con l'esterno. Inoltre, i numeri dell'internamento manicomiale incentivati dalla legge alimentarono il conflitto tra medici e amministratori, questi ultimi finanziatori dello stesso internamento³. Il risultato fu una rigida spartizione di campo: gli psichiatri avevano il dominio all'interno del manicomio, lasciando invece libera l'assistenza extra-manicomiale. L'indotto fu un indebolimento delle indicazioni igienistico-sanitarie che avevano animato la discussione precedente, mentre si assisteva ad una crescita della rete delle strutture manicomiali del Paese.

La Seconda guerra mondiale provocò un travaglio nella storia dell'OP di Grugliasco⁴: sfollati i pazienti per i bombardamenti, nel 1943 la parte dell'ospedale ancora funzionante fu requisita dal Comando Militare tedesco come infermeria. Dal 1946 al 1949 venne poi

¹ M. Moraglio, *Costruire il manicomio*, Unicopli, Milano 2002, p. 71.

² A. Pirella, *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in *Manicomio, Società e Politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, a cura di F. Cassata, M. Moraglio, Libercoop, Torino 2005, pp. 117-120.

³ M. Moraglio, *Costruire il manicomio*, cit., pp. 50-52.

⁴ *Ivi*, pp. 140-142.

utilizzato dall'United Nations Relief and Rehabilitation Agency (UNRRA) per accogliere i sopravvissuti dei campi di sterminio dai Paesi dell'Est⁵. Nel 1951 la struttura di Villa Azzurra, parte dell'OP, ospitò gli sfollati dell'alluvione del Polesine. Dopo lavori di recupero, l'OP nel 1955 riprese il suo compito originario di ricovero per pazienti psichiatrici. In quell'anno anche Villa Azzurra (Istituto Psico-Medico-Pedagogico) ripartì e diverrà luogo di ricovero per 150 bambini.

Le dimensioni relativamente ridotte, la posizione periferica, le diatribe conseguenti la lunga realizzazione e soprattutto la sua missione originale di manicomio per donne (croniche, tranquille o "semi-inquiete") hanno relegato l'OP di Grugliasco a un posto di secondo piano nell'assistenza psichiatrica della Provincia di Torino.

Prima fase: avvio del Programma di superamento dell'Area Socio Sanitaria di Grugliasco

Un'atmosfera di abbandono era respirabile già entrando nel parco dell'OP nei primi anni '80. Gli psichiatri più avanzati avevano abbandonato l'OP per aprire i primi servizi territoriali in città. Questa fuga da Grugliasco degli psichiatri aveva sempre più delegato l'assistenza delle ricoverate agli infermieri, che ne avevano tratto vantaggi a più livelli. Negli anni '70 erano state aperte alcune Comunità interne all'ospedale, nell'ex-sede delle suore nella Palazzina direzionale. Nei primi anni '80, l'OP presentava una collocazione differenziata dei pazienti: 400 ospitati in reparti manicomiali, mentre 120 vivevano in Comunità dentro le mura. I reparti vennero chiusi nel 1984 dopo un'ingiunzione della Magistratura per le condizioni carenti di igiene e sicurezza⁶. La maggior parte dei pazienti furono trasferiti all'OP di Collegno e con loro il Medico Direttore. Rimasero nell'area dell'ex-ospedale circa 120 pazienti, da tempo inseriti in Comunità. L'OP era immerso in un'aria spettrale: pochi i pazienti passeggianti nel parco, gli unici che si muovevano agili erano infermieri e infermiere, che andavano nella Palazzina direzionale solo per bollare la cartolina. La condizione delle Comunità era governata da una routine imposta dagli infermieri, «un'autarchia di tipo familistico»⁷. La "Proposta di Programma per l'Area Socio Sanitaria di Grugliasco", redatta dal nuovo referente Paolo Henry, fu inviata nel 1984 ad Agostino Pirella (Ufficio Salute Mentale della Regione Piemonte), a Floriana Casini (Comitato di Gestione, USSL24 Collegno-Grugliasco), a Maria Teresa Battaglini (coordinatrice delle Assistenti Sociali, USSL24) e a Sandro Guiglia (Torino Progetto)⁸. Il Programma diventò delibera della USSL24⁹.

La nomina di Henry a referente del Programma di superamento dell'Area Socio Sanitaria di Grugliasco fu considerato un evento eccezionale, in quanto non c'erano in Piemonte – ma neanche altrove e nemmeno oggi – situazioni in cui uno psicologo potesse avere alle sue dipendenze dei medici. Probabilmente questa novità fu resa possibile dalla rapida chiusura dei reparti ospedalieri, con allontanamento dei primari medici, e dallo scarso rilievo attribuito all'OP di Grugliasco, rispetto a Collegno. Inoltre, gli operatori rimasti nell'Area passavano da una rassegnata rinuncia a un qualche cambiamento fino all'opposizione dichiarata a una qualsiasi progettualità innovativa. Questi operatori erano transitati dalla gestione dei reparti manicomiali alle Comunità Ospiti, dove però nessuno aveva spiegato loro come la-

⁵ S. Vincon, *Vite in transito*, Zamorani Editore, Torino 2009, pp. 95-120.

⁶ «Stampa Sera», 9/11/1983.

⁷ Proposta di Programma per l'Area Socio Sanitaria di Grugliasco, 24/10/1984, p. 1.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Delibera n. 1159 USSL24, 9/11/1984.

vorare in modo diverso. Gli infermieri avevano goduto per anni di ampia libertà di azione, mentre i pochi medici rimasti si limitavano ad un ruolo istituzionale, senza occuparsi della gestione delle Comunità. Il meccanismo tradizionale del manicomio (dove gli infermieri avevano delega sull'assistenza ai malati e il medico si limitava a firmare il quaderno delle consegne e il libro delle contenzioni) avrebbe potuto rimanere immobile ma l'intervento della Magistratura rese evidente che qualcosa andava cambiato. Qui entrò in gioco Paolo Henry. Riabilitare i pazienti descritti come il "residuo manicomiale" sembrava una sfida impossibile. Henry aveva rapidamente intuito che quella era un'occasione unica: «qui c'era uno spazio drammatico di invenzione e di cambiamento che da molte parti non c'era»¹⁰.

Paolo Henry, laureato in Legge e poi diventato psicologo, aveva accumulato competenze in campi lontani tra loro. Era stato in contatto con Franco Basaglia a Gorizia, dove aveva portato le Assistenti Sociali della Scuola di Servizio Sociale, dove insegnava. Ex *boy scout* e guida alpina, aveva conosciuto Paolo Vercellone, Presidente del Tribunale per i Minori di Torino, personaggio chiave nella storia della giustizia minorile in Italia. Vercellone aveva visitato in Francia alcune comunità per minori autori di reato e decise di affidare a Henry un'esperienza simile a Torino. Per 5 anni Henry aveva vissuto in comunità *full-time* con i minori del carcere minorile Ferrante Aporti.

Il suo ruolo di referente del programma era stato duramente attaccato dai sindacati dei medici e da quelli degli infermieri per la riorganizzazione radicale del lavoro nelle comunità subito introdotta. Centrale fu il cambiamento dei turni degli infermieri, fino ad allora gestiti in totale autonomia, che consentiva anche un doppio lavoro esterno.

Le osservazioni iniziali di Henry sulla situazione delle Comunità di Grugliasco segnalavano un «certo ristagno delle attività di riabilitazione che pare sottesa da ragioni oggettive e soggettive». Quelle «oggettive» erano legate alla carenza di personale, all'età avanzata dei pazienti ospedalizzati da lungo tempo, alla diminuzione del tempo medico dedicato, alla mancanza di qualsiasi formazione e alla assenza di contatti con il mondo esterno. Ulteriori difficoltà venivano dal reperimento di soluzioni abitative. Quelle «soggettive» erano da attribuirsi all'isolamento degli operatori: seppur portatori di valide risorse personali, questi rischiavano l'immobilismo o il semplice custodialismo, fino all'abbandono del lavoro riabilitativo. Il timore degli infermieri era reale: uno dei primi meriti di Paolo Henry fu proprio quello di saper cogliere questo momento, formalizzando con la USSL24 un articolato programma delle attività riabilitative:

1. Lungo termine: «la totale e irreversibile liberazione dell'Area da ogni residuo manicomiale più o meno camuffato»¹¹. Inoltre, l'Area deve essere destinata a Servizi atti a «far stare meglio» anche i cittadini di Grugliasco.
2. Medio termine: gli spazi lasciati vuoti dovranno essere riempiti con attività volte ad «animare uno spazio di vita», offrendo lavori diversi (pulizia, custodia, ecc) come occasioni di recupero lavorativo per gli attuali ospiti. Venne ipotizzato il riuso di Villa Azzurra per accogliere il Centro di attività sociali, una foresteria oltre ad associazioni sportive o culturali. Questo obiettivo rappresentava «un ponte tra le esigenze di completa de-manicomializzazione dell'Area e le esigenze degli ospiti ex-internati, ancora residenti»¹². Problematico sistemare gli ospiti più anziani, mentre la maggioranza veniva collocata in case autonome.

¹⁰ F. Sinico, *Il processo di cambiamento dell'ex-OP di Grugliasco in Comunità*, Tesi di Laurea in Psicologia, a.a. 1993-94, p. 73.

¹¹ Delibera n. 1159, p. 2.

¹² *Ivi*, p. 4.

3. Breve termine: il «rilancio dello stile di lavoro»¹³ di operatori, infermieri e medici. Si trattava di aggiornare il piano di riabilitazione per ogni singolo ospite e di istituire assemblee settimanali di comunità per discutere i problemi comuni. Infine, furono decise riunioni settimanali dell'equipe, obbligatorie per tutti i componenti. Le nuove modalità di lavoro prevedevano la formazione del personale mediante gruppi di ricerca, tra cui l'uso degli psicofarmaci (Istituto Mario Negri) e la psicologia del lavoro medico (Prof. Ivar Oddone).

Questo programma derivò dalla inusuale esperienza professionale di Paolo Henry. Dapprima formatore di dirigenti industriali chiamato dalla Fondazione Agnelli, Henry fu poi designato da Pugno (Segretario regionale CGIL) e da Gili (Responsabile formazione CGIL) a preparare i dirigenti sindacali. La base degli iscritti gli aveva insegnato che per ottenere un risultato «Non si può proporre agli operai un cambiamento solo teorico o ideologico. È necessario partire da elementi concreti, dai loro bisogni e desideri, dalle situazioni di insoddisfazione e di disagio quotidiano»¹⁴. Il programma prese avvio proprio dall'analisi dei bisogni dei pazienti e anche degli operatori. Ascoltando le fasce più deboli dell'istituzione, li convinse «che il cambiamento avrebbe portato ad ottenere modifiche in positivo di alcuni elementi concreti». E il primo di questi fu il cibo. Le lamentele generali erano sul fatto che questo arrivava freddo da Collegno. Henry raccolse informazioni, stabilendo fin da subito un rapporto diretto con gli infermieri. «Non ti puoi fidare dell'organigramma che ti danno i vertici»¹⁵. «Il problema di avere il consenso è stato fondamentale. Potevo prendere in giro i giornalisti, i vertici, ma alla "gente in trincea", cioè operatori e ospiti, ho sempre detto la verità. È questo che poi crea la fiducia, era gente che da anni era abituata a sentirsi raccontare palle, ad essere presa in giro»¹⁶.

Henry cercò poi un sostegno più ampio, politico e non. Godeva dell'appoggio di Agostino Pirella e del Sindaco di Grugliasco, ma sapeva bene che questo non era sufficiente. Era necessario avere il consenso degli psichiatri, medici che avevano temporaneamente rinunciato ad esercitare il loro ruolo, ma che potevano convincere gli infermieri a cambiare atteggiamento nei confronti dei pazienti. Il loro consenso fu guadagnato nelle riunioni settimanali, occasioni di ascolto, di confronto e dibattito, anche per operatori e ausiliari, mai considerati prima. Il potente meccanismo partecipativo innescato fu la caratteristica principale della leadership di Henry, con l'obiettivo di ottenere la riabilitazione dei pazienti e una nuova vita fuori dal manicomio. Non dimenticata era la restituzione del parco ai cittadini di Grugliasco. Le riunioni erano degli *happening*, talvolta con toni drammatici, ma in fondo una sorta di divertimento e una occasione di apprendimento per tutti. Noi medici lo chiamavamo il «catechismo», ma difficilmente avremmo voluto perdere uno di quegli incontri.

Il D-Day per la Comunità scoccò con il distacco completo dai servizi forniti dalla USSL. Questo fu un momento assai poco culturale, ma molto pratico: si trattava di garantire i pasti a più di 120 persone, molte anziane e colme di aspettative verso la nuova situazione. L'autonomizzazione dei pasti dall'ospedale fu realizzata attraverso l'assunzione di cuoche in ogni comunità, scelte dai pazienti. Seguì il distacco da tutti gli altri servizi generali, manutenzione degli stabili, lavaggio della biancheria e pulizia dei locali. Il grimaldello amministrativo usato per scardinare l'organizzazione manicomiale fu la conversione dei servizi forniti dalla USSL in un assegno intestato ad ogni ospite, che così poteva procurarsi quanto necessario

¹³ *Ivi*, p. 5.

¹⁴ F. Sinico, *Il processo del cambiamento*, cit., p. 71.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ivi*, p. 74.

per i propri bisogni e consumi¹⁷.

Per gestire l'organizzazione delle Comunità fu fondata l'Associazione di pazienti "Primavera '85", fondata da 19 ex-degenti. Nessun operatore sanitario ne faceva parte, scelta originale per mantenere una netta distanza dall'istituzione sanitaria. Gli ex-internati dell'Associazione diffusero in Italia e all'estero le proprie esperienze, coagulando le energie di chi voleva cambiare i modelli dominanti in psichiatria. L'Associazione Primavera '85, con l'appoggio della Cooperativa Progetto, ampliò i campi di intervento, realizzando "l'agire associativo", mutuato dalla cultura delle Società di Mutuo Soccorso. L'associazione organizzò corsi di formazione per gli ospiti per metterli in grado di muoversi nel mondo esterno, recuperando le abilità perse. Tra queste, il corso *Andare in banca* curato da funzionari dell'Istituto Bancario San Paolo, divenuto poi un video per le lezioni alla Facoltà di Psicologia di Torino. E ancora il corso *Ballando*, *Ballando* tenuto dal Maestro Tarantini, che si conclude in uscite notturne alle discoteche torinesi. L'Associazione inoltre promuoveva gite turistiche, con attività molto alternative¹⁸.

Il miglioramento degli aspetti materiali della vita delle persone (a cominciare dal cibo) era ritenuto determinante per la salute mentale degli ospiti. Il processo di cambiamento delle Comunità Ospiti non fu semplice. Le resistenze furono assai forti, provenienti dalla corporazione medica e dell'amministrazione della USSL, perdurate per l'intero programma. All'interno la convivenza dell'equipe sanitaria con il modello familistico e gli operatori dell'Associazione fu difficile, anche per una questione generazionale. Henry sosteneva che le Comunità dovessero essere "attraversate" da figure esterne, che sarebbero servite a rompere i muri del manicomio. Gli operatori dell'Associazione erano figure *non professional* che apportarono soluzioni innovative in grado di demolire il rigido ruolo e il mansionario degli infermieri psichiatrici, reduci da anni di istituzionalizzazione¹⁹. Questa interazione continua tra i due gruppi di operatori era intesa a migliorare il lavoro degli infermieri, fino ad allora limitato all'assistenza, e orientarlo ad attività di tipo riabilitativo. L'interazione quotidiana tra i due gruppi generò una competizione virtuosa, con l'esito di un miglioramento della qualità dell'intervento di entrambi. La gestione del conflitto tra queste differenti visioni del mondo è stato il marchio di fabbrica della leadership di Henry: riuscì a valorizzare il ruolo dell'operatore sanitario e di quello dell'operatore dell'Associazione, generando la consapevolezza di una reciproca interazione per il processo di riabilitazione dell'ospite. Gli infermieri conoscevano i pazienti da decenni: senza la loro adesione non sarebbe stato possibile dimettere i pazienti nelle abitazioni esterne. Conferma indiretta dei risultati del progetto venne dagli ospiti, dei quali migliorò la qualità di vita e si registrarono oggettivi miglioramenti clinici. Questo ultimo fatto stupì medici e infermieri, poiché le aspettative sulla guarigione dei pazienti erano limitate, se non inesistenti. I risultati positivi ottenuti in tempi brevi diedero fiducia agli operatori e rinforzarono l'adesione al Programma²⁰.

¹⁷ C. Castelfranchi, P. Henry, A. Pirella, *L'invenzione collettiva*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1995, pp. 229-212, p. 233.

¹⁸ *Ivi*, pp. 118-124.

¹⁹ *Ivi*, p. 135, p. 193.

²⁰ C. Corbascio, P. Henry, *How can Psychiatry survive without Psychiatric Hospitals?*, in «International Journal of Social Psychiatry», IV (1994), pp. 269-274. p. 271.

Fase del consolidamento

Quando il programma si trasformò in Progetto di Superamento dell'ex-Ospedale Psichiatrico di Grugliasco, Paolo Henry nominato responsabile, passò da semplice esecutore alla piena libertà direzionale. La situazione nell'Area era nel frattempo mutata: ai pazienti più anziani venne garantita un'assistenza geriatrica domiciliare, modello elaborato dalla Dr. Raffaella Naldi. Intanto proseguivano le dimissioni dei pazienti più giovani in case fornite dal Comune di Grugliasco. Emerse poi che i servizi territoriali non erano in grado di dare risposta ai bisogni dei pazienti: per questo venne istituito un servizio su modello delle *supported houses*²¹. Il Centro di Appoggio Terapeutico (CAT) includeva educatori e infermieri, che seguivano i pazienti al domicilio. Il CAT disponeva di una pronta disponibilità telefonica, una *hot line* 24 ore su 24, a disposizione delle persone anche per una semplice chiacchierata. Questo servizio eliminava le ansie dei pazienti di fronte alla nuova vita fuori dall'OP, facilitando così la riuscita del progetto di dimissione.

Cinque anni dopo venne percepita una situazione di stallo, che andava indebolendo «l'ottimismo progettuale dell'iniziativa»²², principalmente legata all'immobilismo della USSL su questioni già decise e deliberate. Molte questioni iniziali erano lasciate sospese: tra queste, lo svincolo del parco al Comune, azione sostenuta da Italia Nostra, LIPU, AGESCI, Comitato Pace Ambiente, Pro Natura, non andato a buon fine. Lo stesso accadde con il progetto di mensa ristorante dell'Architetto Valletti nei locali ristrutturati della ex-cucina, nato da un protocollo di intesa tra l'Associazione Primavera '85, la USSL e il Comune. L'ostacolo principale fu un gruppo di dipendenti della USSL iscritti alla CGIL, che non accettarono il cibo preparato o servito da pazienti psichiatrici.

Anche iniziative di miglioramento della formazione degli operatori sono state in parte disattese. Allora si cerca di ampliare il consenso attorno al Progetto, sfruttando i numerosi inviti a convegni in Italia e all'estero. Il libro di Chiara Sasso *Diecimila lenzuola dopo*²³ ha testimoniato in tutto il Paese il lavoro fatto a Grugliasco, coinvolgendo operatori e pazienti quali relatori. Il successo venne poi sancito da un invito per un seminario alla London School of Economics, dove la presentazione di Henry fu seguita da una *standing ovation*, nonostante la conoscenza dell'inglese dello *speaker* fosse un po' zoppicante. Ulteriore conferma della validità venne dal libro *Psychiatry in Transition*, di Shula Ramon. Il 1989 segnò il bicentenario della Rivoluzione francese, simultaneo alla caduta del Muro di Berlino: per celebrare le ricorrenze il parco ospitò il *Marat Sade* del Teatro Studio di Torino, con regia di Flavio Ambrosini. I cittadini vennero accolti dagli ospiti dell'associazione che li condussero nei padiglioni vuoti raccontando le loro storie. Ad un certo punto la confusione tra attori e "matti" apparve totale, con i cittadini non più in grado di distinguere chi fosse paziente e chi no. Alla fine il tutto si coagulò in un corteo che simulò la presa della Bastiglia, andando per la città e testimoniando la caduta del muro, stavolta del manicomio.

Questi riconoscimenti davano conferme e gloria che si distribuiva su tutti i protagonisti, mentre la USSL rimaneva totalmente distante. Ad esempio, lo stato di avanzamento del progetto del 1988 indicava che, dei 18 punti elencati, era stata data una risposta parziale soltanto a 5. Alcuni di questi punti erano essenziali, quali l'assunzione di nuovi operatori e medici, pena una riduzione degli standard assistenziali.

²¹ C. Corbascio, *Mental Health Assistance in Italy*, in *Knowledge in Mental Health*, ed. by L. Sapouna, P. Herrmann, Nova Science, New York 2006, pp. 69-83, p. 71.

²² Documento interno sullo stato di avanzamento del Progetto, 1988.

²³ C. Sasso, *Diecimila lenzuola dopo*, Sonda, Torino 1991.

Nonostante questi impedimenti, al quinto anno il bilancio del progetto era positivo, con la qualità della vita degli ospiti migliorata, soprattutto se confrontata con quella di anziani soli o reclusi negli ospizi. Molti ospiti vivevano in una casa propria, con assistenza personalizzata, in costante contatto con l'Associazione e con gli operatori di riferimento. Altri momenti felici hanno segnato la vita degli ospiti di Grugliasco: dopo 50 anni passati in manicomio, una paziente ultraottantenne prese la licenza media, con ampia eco sulla stampa²⁴. Un'altra paziente fu invitata al Maurizio Costanzo Show, dove rubò la scena ad attori professionisti. In seguito il Sindaco di Almese, il paese che 45 anni prima l'aveva ricoverata in manicomio, le conferì la cittadinanza onoraria²⁵. Anche la paziente Nella usò il Maurizio Costanzo Show per ottenere un sostegno agli operatori della USSL, che avevano avuto sanzioni disciplinari per aver saltato le indicazioni dell'amministrazione che esigeva una preventiva sequenza di cinque firme per uscire dalla sede di servizio per le quotidiane visite domiciliari.

Conclusioni

In conclusione, i risultati ottenuti all'OP di Grugliasco sono stati il frutto di una originale regia di Paolo Henry associata ad una entusiastica partecipazione di pazienti e operatori. Abbiamo pensato allora che l'iniziativa fosse del tutto originale, e probabilmente lo era. Tuttavia si era in tempi pre-internet e la diffusione delle idee in questo campo era molto limitata. Infatti, negli USA, ma alla periferia della "grande medicina", in un piccolo ospedale del Vermont, era stata avviata un'iniziativa che aveva molti punti in comune con quella di Grugliasco. A metà degli anni '50, George Brooks, uno psichiatra del Vermont State Hospital, sperimentava una modalità nuova di trattamento per una coorte di pazienti schizofrenici gravi, che non avevano avuto alcuna risposta alla Clorpromazina, il primo farmaco antipsicotico disponibile e che aveva dato buoni risultati clinici. Brooks non si arrese al fatto che una quota dei suoi pazienti (circa 300) non migliorasse: decise per questo di cambiare l'approccio convenzionale, chiedendo personalmente a ciascuno di loro che cosa potesse fare per farli stare meglio e dimettere. L'approccio di Brooks era sovrapponibile a quello sperimentato a Grugliasco, con una differenza sostanziale basata sull'impostazione culturale: Henry partiva da considerazioni etiche e politiche legate all'esperienza di Basaglia a Trieste, mentre Brooks aveva introdotto nel campo l'innovativo ruolo di *scientist-practioner*, medico e scienziato. Questo approccio scientifico lo portò a raccogliere in modo sistematico i risultati del suo nuovo approccio riabilitativo. Questi studi pionieristici sono stati poi espansi negli anni '80 da Courtenay Harding in indagini longitudinali durati 32 anni²⁶, e successivamente replicati in altri 9 paesi nel mondo. I risultati hanno totalmente mutato la prognosi delle malattie mentali gravi, indicando percentuali di miglioramento clinico in 2/3 del gruppo studiato. Questi risultati andavano in netta contrapposizione rispetto al concetto classico di inguaribilità e all'esito in cronicizzazione della malattia. Conosciuti soltanto molti anni più tardi, al di qua dell'Atlantico, queste ricerche hanno confermato gli effetti positivi sui pazienti che avevano partecipato al progetto di Grugliasco, osservati a quel tempo con certo stupore. Questo approccio, ora replicato anche nei servizi di salute mentale territoriali, merita ulteriore approfondimento perché possa essere trasmesso alle nuove generazioni di tecnici della psichiatria.

²⁴ «La Stampa», 16/7/1993.

²⁵ «La Stampa», 23/9/1989.

²⁶ C. Harding, *Recovery from Schizophrenia*, Oxford University Press, New York 2024.

Bibliografia

- Castelfranchi, C., Henry, P., Pirella, A., *L'invenzione collettiva*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1995.
- Corbascio, C., Henry, P., *How can Psychiatry survive without Psychiatric Hospitals?*, in «International Journal of Social Psychiatry», IV (1994), pp. 269-274.
- Corbascio, C., *Mental Health Assistance in Italy*, in *Knowledge in Mental Health; reclaiming the social*, ed by L. Sapouna, P. Herrmann, Nova Science, New York 2006.
- Harding, C., *Recovery from Schizophrenia*, Oxford University Press, New York 2024.
- Moraglio, M., *Costruire il manicomio*, Unicopli, Milano 2002.
- Pirella, A., *Poteri e leggi psichiatriche in Italia (1968-1978)*, in *Manicomio, Società e Politica. Storia, memoria e cultura della devianza mentale dal Piemonte all'Italia*, a cura di F. Cassata, M. Moraglio, Libercoop, Torino 2005.
- Sasso, C., *Diecimila lenzuola dopo*, Sonda Edizioni, Torino 1992.
- Sinico, F., *Il processo di cambiamento dell'ex-OP di Grugliasco in Comunità*, Tesi di Laurea in Psicologia, a.a. 1993-94.
- Vincon, S., *Vite in transito*, Zamorani Editore, Torino 2009.
- Henry, P., *Psychiatry in Transition*, in Ramon S., Pluto Press, London (UK) 1990.

ALTRE FONTI

- Proposta di Programma per l'Area Socio Sanitaria di Grugliasco, 24/10/1984.
- Documento interno sullo stato di avanzamento del Progetto, 1988, USSL 24 Collegno Grugliasco.
- Delibera n. 1159, USSL Collegno Grugliasco 24, 9/11/1984.
- Le scuse a Rosanna, Per i 40 anni di manicomio*, «La Stampa», 23/9/1989.
- La licenza media a quasi 80 anni*, «Stampa Sera», 16/7/1993.

La storia delle costole rotte. La salute mentale in Italia alla prova dei testimoni

Pierangelo Di Vittorio

*I mezzi di comunicazione fotografica ci rendono molto più facile incamerare
i fenomeni fugaci del mondo esterno, sottraendoli in questo modo alla dimenticanza.
Qualcosa del genere si dovrà dire anche per la storia.*

Siegfried Kracauer, *Prima delle cose ultime*

Nel settembre 1977, si tenne a Trieste il “Réseau Alternative à la psychiatrie”. Il clima era surriscaldato. Dopo l’omicidio da parte delle forze dell’ordine, durante una manifestazione, dello studente Francesco Lorusso, era stato organizzato a Bologna il convegno internazionale “Contro la repressione”, previsto pochi giorni dopo il Réseau. Gli autonomi presenti a Trieste, in particolare il gruppo francese Marge, furono artefici di una dura contestazione, con l’intento di spingere Basaglia a dichiarare la sua piena adesione al convegno di Bologna (come aveva fatto Félix Guattari, presente anche lui al Réseau). Si narra che, durante un’assemblea, si scatenò un parapiglia, e Basaglia ne uscì con le ossa rotte. L’autenticità di questo episodio è comunemente accettata, tuttavia i dettagli sono ancora imprecisati. Basaglia ne uscì con le ossa rotte, ma quali? C’è consenso nel ritenere che fossero costole, ma quante? Una o due? E ancora, di che tipo di “rottura” si è trattato? Una frattura completa o un’infrangimento? Personalmente non saprei rispondere a queste domande, perché non mi è mai capitato di trovare le risposte, opportunamente documentate, nero su bianco, e questo fa sì che l’episodio resti, almeno ai miei occhi, in qualche misura “leggendaro”.

Si potrà dire che in fondo questi dettagli sono poco rilevanti. L’aspetto più importante, ai fini della comprensione storica, è la contestazione degli autonomi e il clima di tensione venutosi a creare durante il Réseau, in una congiuntura sociale e politica incandescente (la legge 180 sarà approvata nel maggio 1978, pochi giorni dopo il ritrovamento del cadavere di Aldo Moro, rapito dalle Br). Giusto, poi però accade quello che non ti aspetti. Un giorno, mentre parlavo di questo episodio, un amico mi ha interrotto e ha detto: «Vuoi sapere come sono andate le cose? Io c’ero, ero proprio lì accanto». È sempre uno shock quando un testimone – “oculare”, si direbbe nel linguaggio giudiziario – riemerge all’improvviso dalle nebbie della storia. È successo poco tempo fa, durante lo Zattere Fest (27-29 settembre 2024), organizzato a Castello del Matese da Ponti di vista, un’associazione di giovani psichiatri. Il testimone è Mauro Felluga, tra i volontari storici di Trieste, fondatore e animatore di Radio Fragola, emittente situata nel padiglione M dell’ex-ospedale psichiatrico, a San Giovanni. Mauro era presente al Réseau, nel 1977, ed era proprio vicino a Basaglia, durante il tafferuglio, quando si è rotto le ossa. Ecco allora che, a quasi cinquant’anni di distanza, vengo a sapere come

sono “davvero” andate le cose. Una parte dell’alone leggendario che avvolge l’episodio sembra dileguarsi. I contorni si fanno più precisi, anche se non riguardano la questione delle ossa rotte, ma la dinamica stessa dell’incidente: una cosa che consideravo assodata («sono stati gli autonomi»), rivela dettagli inaspettati, persino umoristici, se pensiamo alla buffa casualità che, secondo Mauro, avrebbe provocato l’infortunio di Basaglia.

Ora immagino che chi legge sarà curioso. Invece, per me, qui si pone un serio problema. Il problema di come dare la parola al mio amico, di cosa farne del “suo” sapere. In fondo, mi dico, l’esatta dinamica dell’incidente è tanto poco rivelante quanto il referto medico. L’essenziale è sempre altrove (gli autonomi, la tensione, il contesto storico ecc.). Decido quindi di non riportare il suo racconto. Mi sento sollevato. Questo però conferma che non sono a mio agio: dare la parola al mio amico, testimone della storia delle costole rotte, non è scontato, anzi è una questione molto delicata, che mette in gioco la mia “responsabilità”. Insomma, il problema resta, e proprio su questo problema vorrei soffermarmi, per proporre qualche riflessione più generale sugli studi riguardanti la storia della trasformazione della psichiatria in Italia, dal 1961 a oggi.

Il problema della parola dei testimoni, di cosa farne, di come trattarla, è complesso e ampiamente dibattuto¹. In primo luogo, c’è la questione del suo statuto: la memoria storica non coincide con la storia documentata, e in linea di principio bisogna evitare di riempire, con la prima, le lacune della seconda (anche perché la parola dei testimoni è soggetta a fenomeni di distorsione, spesso involontaria e talvolta paradossale)². Al tempo stesso, però, può succedere di trovarsi di fronte, più che a lacune, a veri e propri processi di desertificazione: tentativi intenzionali di cancellazione massiccia e sistematica di un passato che non dev’essere trasmesso, anzi che dev’essere sepolto, in profondità, allo scopo di non pagare il tributo per i crimini commessi. In tal caso, la parola dei testimoni diventa una risorsa ineludibile per fare breccia nel muro dell’oblio. Ma anche in questo caso, soprattutto in questo caso, la loro parola resta fragile, ed è quindi necessario proteggerla, tutelarla in qualsiasi modo, evitando tanto la sua strumentalizzazione, quanto la sua estetizzazione e la sua spettacolarizzazione³.

Torniamo a Basaglia e al Réseau del 1977, spostando un po’ l’inquadratura. E in effetti si tratta proprio di una questione d’inquadratura. C’è una foto (1), abbastanza nota, che ho trovato in rete, dove si vede Basaglia, nel tendone da circo allestito a San Giovanni, seduto tra la folla. L’inquadratura è verticale, e Basaglia, che indossa la tipica sahariana, è ripreso di tre quarti, con una mano dietro la nuca come se si stesse grattando o aggiustando i capelli, lo sguardo rivolto obliquamente alle sue spalle, forse in direzione dell’entrata del padiglione. Ho sempre preso questa foto per quello che era, pensando che fosse stata scattata così, e che mi restituisse solo un pezzo del passato, come qualsiasi documento storico. Poi un giorno,

¹ Si veda per esempio A. Wieviorka, *L’Ère du témoin*, Plon, Paris 1998 (trad. it. di F. Sossi, *L’era del testimone*, Cortina, Milano 1999).

² A proposito della necessità di non riempire le lacune della documentazione storica, cfr. C. Ginzburg, *Microstoria: due o tre cose che so di lei*, in Id., *Il filo e le tracce. Vero falso finto*, Feltrinelli, Milano 2006, pp. 241-269. Per l’analisi di un caso esemplare di distorsione della memoria, cfr. A. Portelli, *L’ordine è già stato eseguito. Roma, le Fosse Ardeatine, la memoria*, Donzelli, Roma 1999; L. Klinkhammer, A. Portelli, *La fiera delle falsità. Via Rasella, le Fosse Ardeatine, la distorsione della memoria*, Donzelli, Roma 2024.

³ Pensiamo alla celebre stroncatura, da parte di Jacques Rivette, del film *Kapò* di Gillo Pontecorvo, e alla posizione “iconoclasta” di Claude Lanzmann, regista di *Shoah*, molto critico rispetto a tutte le riprese “finzionali” dello sterminio (Lanzmann ha poi contestato, sia l’uso di alcune foto scattate ad Auschwitz da parte di Georges Didi-Huberman, sia il romanzo di Yannick Haenel *Il testimone inascoltato*, basato sulle memorie di Jan Karski). Ricordiamo inoltre che Steven Spielberg, dopo il film *Schindler’s List*, ha dato vita alla Shoah Foundation, lanciando una controversa operazione di “americanizzazione della Shoah”.



1.



2.



3.

Foto di Gian
Butturini, 1977.

sempre Mauro Felluga, che possiede un archivio personale molto ricco, eterogeneo ed esteso nel tempo, mi invia una foto (2). All'inizio stento a riconoscerla, poi capisco. Ci ho messo un po' a riconoscere la stessa foto di Basaglia, perché l'inquadratura è diversa, orizzontale questa volta. L'immagine abbraccia uno spazio più ampio, acquistando in questo modo un'inaspettata profondità. Ed ecco che, in primo piano, sulla sinistra, vedo spuntare un ragazzo riccioluto, la camicia sbottonata, che sfila davanti a Basaglia, ormai relegato in secondo piano, e perciò inevitabilmente "ridotto". L'allargamento della scena permette di effettuare un *close-up* inatteso. Riconosco quel ragazzo, è Mauro. Shock. Lo stesso shock provato, qualche tempo dopo, quando mi ha interrotto a Castello del Matese, per raccontare la storia delle costole rotte. In fondo, quella foto, nella sua versione integrale, dice la stessa cosa: «Guarda, io c'ero, ero proprio lì, vicino a Basaglia».

Credo che, ai fini della nostra riflessione, il destino di questa foto sia molto più rilevante della ricostruzione dell'incidente di Basaglia. Ci parla di un altro tipo incidenti, che purtroppo passano inosservati, e che perciò si riproducono in modo ricorrente, per non dire sistematico, come se nulla fosse. Senza restare imbrigliati nell'opposizione tra l'"originale" e la "copia" manipolata, un dato che va comunque tenuto presente, chiediamoci: che cosa cambia tra la foto integrale, dove c'è anche Mauro, e quella ritagliata, dove c'è solo Basaglia? Cambia l'inquadratura e, in questo modo, cambia la lettura della foto. Cambia in particolare il fatto che, in primo piano, una volta c'è Mauro, un'altra Basaglia. Ed è questo che fa cambiare tutto, giacché cambia l'approccio complessivo alla storia che quell'immagine documenta e racconta. Solo il confronto tra le due foto consente di far emergere, in un modo che oserei definire "drammatico", il gioco dei piani.

Rispetto alla storia di cui ci stiamo occupando, tra Franco Basaglia e Mauro Felluga esiste un'indiscutibile dismisura, una distanza incolmabile. Tuttavia, questo è il punto, l'immagine integrale ci costringe a fare un'operazione alla quale non eravamo preparati. È inevitabile: nel momento in cui il campo si dilata, acquistando profondità, Basaglia finisce in secondo piano, e rimpicciolisce. Il risultato è che siamo costretti a "relativizzarlo". Per forza di cose, perché così funziona il linguaggio fotografico, non possiamo farci nulla. Ma domandiamoci: non è un po' strano che questa relativizzazione, imposta dall'inquadratura originaria, sia percepita a posteriori quasi come una violenza? La foto integrale ci obbliga, infatti, a cambiare il nostro approccio, a fare uno sforzo che non immaginavamo di dover fare, e che magari non abbiamo voglia di fare. In fondo, si potrebbe dire, ciò che sfila davanti a Basaglia è solo *noise*, come la pancia del bagnante che impalla inopportuno la nostra bella fotografia scattata sulla spiaggia. In realtà, l'operazione di ritaglio, con il relativo cambio di inquadratura, nasce proprio dall'esigenza di eliminare questo *noise*, per mettere Basaglia in primo piano, e così ingrandirlo. Operazione comprensibile e persino legittima, data la dismisura di cui sopra. Il problema è che, mettendo Basaglia in vetrina – perché in fondo di questo si tratta, di un'immagine-vetrina nella quale si espone Basaglia durante il Réseau a Trieste –, alla fine Mauro Felluga, non solo è relativizzato, ma scivola completamente fuori campo, espunto dal documento storico. Giusto così? Ci accontentiamo di questa spiegazione? Facciamo finta di niente e andiamo avanti?

Per fortuna Mauro ha il suo archivio, verrebbe invece voglia di dire. Altrimenti non avremmo avuto l'occasione di inciampare in questo gioco di immagini, utile per sviluppare qualche riflessione ulteriore sugli accidentati percorsi della documentazione storica. Il gioco dei piani implica evidentemente tutto un sistema gerarchico, e non bisognerebbe mai dimenticare che, anche dietro i più innocenti e per certi versi inevitabili ritagli della storia (che nella sua "scrittura" procede sempre per inquadrature e montaggi), ci sono i "ritagliati" dal-

la storia⁴. Certo, dalla scuola delle Annales alla microstoria, l'approccio storiografico è profondamente cambiato. Ma il problema resta. È quello del "minore" nella storia: l'irriducibile supplemento che continua ad aggiungersi all'ordito, mettendo in perdita la pretesa di fare della storia una totalità organica e compiuta. Nella storia c'è sempre qualcosa di eccedente, uno scarto, magari infimo e insignificante, ma che è comunque capace di tagliarci la strada e farci inciampare. Un resto che può irrompere nella foto "ideale", dalla quale è stato tagliato fuori, perché considerato superfluo o di troppo⁵. Taglio contro taglio: proprio come nella foto in cui Mauro Felluga, riemergendo dal fuori campo, apre uno squarcio nell'immagine-vetrina da cui è stato espunto. Che ne facciamo di questo squarcio, e dell'oscura materia che, attraverso di esso, continua a colare dentro e fuori il campo luminoso?

Gli scarti della storia possono essere anche detti *infami*: letteralmente, i "senza voce" ritenuti indegni della memoria degli uomini. A loro Michel Foucault ha dedicato un testo, tanto folgorante quanto commovente, nel quale lo squarcio si apre a ogni rigo, e la materia oscura che ne fuoriesce diventa un flusso torrenziale, un fiume in piena. La storia sanguina, e Foucault, per un attimo, indossando l'abito storico fino a bruciare come Ercole nella tunica di Nesso, si trasforma nel medium impossibile che assorbe e riverbera il suo pathos millenario. È come se tutti gli oscuri testimoni della storia si fossero dati appuntamento per tagliargli la strada, producendo uno shock incontenibile, da far scoppiare il cuore. E, in effetti, ci si strazia e commuove a ogni pagina, al cospetto di queste vite infime, senza importanza, che «appartengono ai miliardi di esistenze destinate a passare senza lasciare traccia», e che solo l'incontro con il potere» ha illuminato per un attimo, strappandole «alla notte in cui avrebbero potuto, e forse dovuto sempre rimanere»⁶.

Così intesa, l'infamia spinge a considerare in modo diverso la questione dei testimoni,

⁴ In realtà, il mio incontro con questa foto è più articolato. Dopo aver letto l'articolo, Mauro Felluga mi ha confessato di aver operato a sua volta un taglio, facendo sparire dalla foto originaria un altro ragazzo, posizionato dinanzi a lui sulla destra. Mi ha inoltre rivelato che lo scatto è del fotoreporter Gian Butturini (3), cosa che obbliga a modificare la prospettiva. Pur trovandosi sullo sfondo, Basaglia è, infatti, "incorniciato" dai due ragazzi in primo piano: appare quindi evidente che l'autore intendesse enfaticamente la figura di Basaglia all'interno del contesto "collettivo" del Réseau. Ciò finisce, tuttavia, per radicalizzare il punto di vista: la stessa "documentazione" storica può essere caratterizzata – *ab origine* – da un approccio "gerarchizzante". La peripezia di questa foto – dallo scatto originario, al taglio con cui circola su internet, a quello operato dal mio amico – consisterebbe insomma in una lunga sequenza di "tagli" gerarchizzanti. Colgo l'occasione per ringraziare l'Associazione Gian Butturini per aver concesso l'utilizzo della foto originale.

⁵ A proposito dell'intreccio tra macro e microstoria, si veda S. Kracauer, *History. The Last Things Before the Last*, Oxford University Press, New York 1969 (trad. it. di S. Pennisi, *Prima delle cose ultime*, Marietti, Casale Monferrato 1985). Al termine della sua riflessione sulla storia, Kracauer propone di abitare lo «spazio intermedio» tra le visioni generali e le minuzie del quotidiano, dal quale può emergere un'altra «verità» («Concentrarsi sul "genuino" nascosto negli interstizi fra le credenze dogmatizzate del mondo, stabilendo in questo modo la tradizione delle cause perdute; dare nome a ciò che finora è innominato», p. 173). Anche le inchieste genealogiche di Foucault, muovendosi nello spazio interstiziale, o nella via di fuga, tra l'interrogazione filosofica e gli archivi, fanno emergere una materialità storica eccedente: la microfisica delle relazioni di potere-sapere. Infine, per l'analogia tra storia e fotografia in Kracauer, cfr. C. Ginzburg, *Particolari, primi piani, microanalisi. In margine a un libro di Siegfried Kracauer*, in Id., *Il filo e le tracce*, cit., pp. 225-240; mentre, per un'analisi del rapporto tra macro e micro rispetto alla rappresentazione cinematografica della guerra, cfr. P. Di Vittorio, *Fitzcarraldo Fragment. Il sublime, la techne, il legame sociale*, Efestò, Roma 2023, pp. 93-100.

⁶ M. Foucault, *La vie des hommes infâmes*, in Id., *Dits et écrits (1954-1988)*, 4 voll., Gallimard, Paris 1994, vol. III, pp. 237-253 (trad. it. di G. Zattoni Nesi, *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna 2009). Un'antologia di tali vite infami si trova in M. Foucault, A. Farge, *Le Désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIII^e siècle*, Gallimard, Paris 1982 (trad. it. di D. Scaffei, *Il disordine delle famiglie. Potere, ordine pubblico e controllo sociale*, Donzelli, Roma 2024).

della loro presenza e della loro parola, della loro testimonianza muta o inascoltata (magari perché, nel frattempo, sono diventati afasici). Insomma, c'è la storia delle costole rotte di Basaglia, ma ci sono poi le costole rotte della storia: tutti coloro che, per ragioni e in modi diversi, scivolano nell'infamia, una dinamica ahimè troppo banale per essere degna di riferiti, anche se ciò pone un problema di gran lunga più rilevante di quello delle ossa rotte di Basaglia. Foucault, è lui stesso a dirlo, ha incontrato le vite delle donne e degli uomini infami rovistando negli archivi dell'internamento durante l'Ancien Régime. Ma ovviamente la prospettiva può essere allargata a tutte le vite oscure, sepolte o sommerse, le cui tracce sono giunte a noi solo a causa degli shock con un potere che, folgorandole in tutti i sensi, le ha strappate all'oblio. Ma che ne è allora del mio amico Mauro? La sua vita non sembra rientrare in questa categoria. Lui era "vicino a Basaglia", e Basaglia è il nome che associamo, non al potere, ma a una lotta di liberazione dalla violenza e dall'oppressione; più precisamente, al movimento che ha condotto all'emancipazione degli infami internati nei manicomi. Non solo, a partire dagli anni Ottanta, Mauro ha preso parte al processo di deistituzionalizzazione e di costruzione della salute mentale a Trieste, con la nascita delle cooperative sociali, lo sviluppo del modello di impresa sociale ecc. Insomma, ha attivamente partecipato a quella che, in modo enfatico, molti definiscono un'epopea rivoluzionaria. Dove sarebbe allora la sua presunta infamia, sempre che ve ne sia una? E se ve n'è una, come si produce? Come diventa indegno della memoria degli uomini? Cosa lo rende infame?

Mauro ha vissuto da protagonista questa storia, non l'ha mai rinnegata, né ha mai messo in dubbio la sua appartenenza. Solo che, vivendo integralmente questa stagione, molto più discontinua e articolata di quanto siamo soliti pensare, la sua vita si è anche consumata, bruciata. Nella sua esperienza, vi sono dei resti: le ceneri della storia di cui è stato attore. Ciò vuol dire che la storia a cui la sua vita è appartenuta, non è un fascio di luce continuo e omogeneo, ma è piuttosto una tavolozza piena di contrasti, chiaroscuri, ed è questo che il mio amico potrebbe testimoniare. Il problema è che oggi abbiamo difficoltà a muoverci in questo spazio interstiziale, a percepire tali chiaroscuri, perché le voci dei testimoni, non trovando le condizioni per accedere al discorso pubblico, in particolare a quello storico, restano il più delle volte mute o silenziose. E forse è questa la particolare infamia di cui soffrono molti protagonisti della salute mentale italiana, dagli anni Ottanta a oggi.

È sempre un'esperienza toccante quando una di queste voci, rompendo il silenzio, aggiunge al quadro il suo pezzo di storia, ci offre un *close-up* inaspettato, un po' come la saggia di Mauro che irrompe all'improvviso per tagliare l'immagine luminosa di Basaglia. Si tratta, in taluni casi, di esistenze che si sono in qualche modo bruciate: questa volta, non nel contatto con un potere violento e oppressivo, bensì nel corso di un processo di liberazione, di emancipazione. Ciò rende la loro infamia, se possibile, ancora più penosa, essendo più difficile trovare l'antidoto per porvi rimedio. Nella maggior parte dei casi, infatti, scivolano nell'oblio senza lasciare traccia perché, ironia della sorte, sono sommerse dalla luminosità del processo di liberazione a cui hanno partecipato⁷. Esistenze rese invisibili da un eccesso di luce, silenziate da un profluvio di parole. Un'infamia magari meno cruenta, ma priva di redenzione e perciò, comunque, molto dolorosa.

Ogni volta che m'imbatto in una di queste vite, non posso fare a meno di ripensare a "L'opera rubata", una conversazione pubblicata nella *Miseria del mondo* di Pierre Bourdieu⁸.

⁷ In un senso più generale, Kracauer afferma: «Se il macrostorico non vede le cose, (in parte) è perché non può vederle, in quanto sono nascoste da ciò che vede» (S. Kracauer, *Prima delle cose ultime*, cit., p. 100).

⁸ S. García, *L'œuvre volée*, in P. Bourdieu, *La misère du monde*, Seuil, Paris 1993 (a cura di A. Petrillo e C. Tarantino, trad. it di P. Di Vittorio, *La miseria del mondo*, Mimesis, Milano-Udine 2015, pp. 439-460).

Credo che sia un modo per attutire lo shock, il tentativo di contenere la tumultuosa miscela di ribellione e commozione che ogni volta mi pervade. La protagonista di questo documento è Claudie, una militante femminista che ha fondato una casa rifugio per donne vittime di violenza: l'opera della sua vita. Il successo dell'iniziativa richiede a un certo punto una ristrutturazione della sua associazione. Entrano così in scena le femministe "lotta di classe", come lei stessa le chiama, in particolare una figura importante (a quanto pare la sorella di Simone de Beauvoir), eletta poi presidente dell'organismo. In poco tempo, la donna è defraudata della sua opera e quindi, in fin dei conti, della sua vita. Possiamo parlare in questo caso d'infamia?

Bourdieu distingue la *grande miseria*, quella che affligge per esempio i senza fissa dimora, dalla *miseria di posizione*, che riguarda invece tutti coloro che, pur vivendo una condizione "privilegiata", si ritrovano ai margini della scena (come il contrabbassista in un'orchestra), in qualche modo oscurati e ridotti al silenzio: questo acuisce il loro senso di malessere, e produce reale sofferenza⁹. A questi ultimi è dedicato il volume *La miseria del mondo*, che possiamo perciò considerare come un'inchiesta sociologica volta a dare voce e visibilità agli "infami di posizione", in un momento storico nel quale si cominciavano a registrare i drammatici effetti delle politiche neoliberali in Europa. Personalmente, ho sempre considerato *La miseria del mondo* come una fotografia in sala parto della catastrofe attuale: a un certo punto, inaspettatamente, una schiera di sagome minori fa irruzione nel quadro facendo apparire i violenti chiaroscuri della storia. Sorge così una domanda: un'inchiesta sociologica o etnografica può assumere il valore di un documento storico (e di una denuncia politica)? E che cosa implica questo particolare contributo alla narrazione storica?

In effetti, "L'opera rubata" è proprio questo: un documento. Il documento di una testimonianza offerta da un attore, minore e dimenticato, di uno specifico processo di emancipazione femminile. Per prima cosa, potremmo allora chiederci: quante opere rubate, quante vite consumate o bruciate, quante costole rotte costellano la storia della salute mentale in Italia? E che farne di queste vite che, nonostante tutto, potrebbero ancora testimoniare qualcosa? Che contributo potrebbero dare le loro voci alla narrazione storica? E che "denuncia" politica potrebbero eventualmente esprimere (rispetto, per esempio, alla storia più ampia della sinistra italiana negli ultimi quarant'anni)?

"L'opera rubata" rappresenta certo il riemergere di una vita infame (infamia di posizione), che può suscitare la stessa esperienza folgorante e commovente, lo stesso "scandalo" che Foucault ha provato imbattendosi nelle vite infami dell'internamento. Ma come si produce di fatto questo scandalo? Cioè, letteralmente, come si "inciampa" su queste vite? È evidente che *La miseria del mondo* ci costringe a fare un passo di lato, lasciando emergere uno scarto, non trascurabile, rispetto al consueto lavoro storiografico. La possibilità di udire la voce che riaffiora nell'"Opera rubata", dipende dal fatto che Claudie è stata "incontrata" dalla sociologa Sandrine Garcia¹⁰. L'incontro si è inoltre prodotto sul terreno di quella particolare "intervista" sociologica o etnografica che Bourdieu non esita a definire un «esercizio spirituale». La possibilità di far emergere, grazie a una «conversione dello sguardo», il più intimo nucleo soggettivo dell'esperienza di chi si sta incontrando, libera un potenziale politico che

⁹ P. Bourdieu, *La miseria del mondo*, cit., p. 41. Per descrivere la dolorosa esperienza di chi vive una miseria di posizione, Bourdieu fa riferimento alla *pièce* di P. Süskind, *Der Kontrabaß*, Diogenes Verlag, Zürich 1984 (trad. it. di G. Agabio, *Il contrabbasso*, TEA, Milano 2021).

¹⁰ All'inizio degli anni Novanta, proprio con Mauro Felluga provammo a "incontrare" alcuni operatori (i cosiddetti "volontari") della salute mentale a Trieste, realizzando una serie di interviste andate purtroppo perdute (cfr. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche*, Feltrinelli, Milano 2024, § "Romper la vetrina", pp. 115-119).

va oltre la semplice denuncia sociale¹¹. Aspetto molto importante, e che riecheggia in modo significativo la problematizzazione del rapporto tra spiritualità e politica su cui, a modo suo, si è soffermato Foucault negli ultimi anni della sua vita.

L'antidoto all'infamia di posizione, rispetto alla storia della deistituzionalizzazione e della salute mentale in Italia, potrebbe consistere nell'articolare la ricerca storica con la realizzazione di una serie d'interviste volte a raccogliere le voci minori di alcuni testimoni. Ma perché farlo? Non sarebbe meglio, come suggerisce la *pietas* foucaultiana, lasciare queste vite nella notte in cui sarebbe preferibile che restassero? Questo passo di lato non configura una specie di accanimento storiografico? È bene precisare che l'idea di dare voce alle costole rotte della storia non nasce da una sorta di umanitarismo, come se i pezzi minori della storia dovessero essere risarciti dell'infamia di cui sono vittime, per acquistare un pieno diritto di cittadinanza nella memoria collettiva. Sarebbe un approccio pericoloso, perché colmo di ambivalenza: come evitare, infatti, che il riconoscimento di tale diritto non si trasformi nell'"ingiunzione", nei confronti di queste esistenze, a prendere la parola e ad esporsi in piena luce (con il rischio, tra l'altro, di bruciarsi di nuovo e in modo forse irreparabile)? Si tratta invece, soprattutto, di una questione cognitiva ed euristica: se la storia si presenta come una vetrina, cioè come una fonte di luce continua e omogenea, senza ombre né cesure, come far emergere il gioco dei suoi chiaroscuri? Questi chiaroscuri filtrano talvolta dai tagli di alcune voci minori, la cui testimonianza potrebbe perciò essere fondamentale per percepire una "materialità" storica che, a causa appunto dell'effetto-vetrina, rimane nascosta, invisibile per eccesso di luce. Certo, è bene ribadirlo, l'accesso a questa materialità non coincide, né tanto meno può prendere il posto del lavoro storiografico. Ma come fare questo lavoro senza attraversare lo specchio, senza tenere conto dei resti sepolti dietro una diga di luce? Non sarebbe, paradossalmente, avanzare un po' alla cieca?

Queste domande ne implicano ovviamente un'altra, e cioè quella di sapere per quale ragione, dopo la legge 180, la salute mentale in Italia si sia "vetrinizzata". Anche questa domanda è fondamentale, ma essendo molto complessa, si può solo abbozzare un'ipotesi di risposta. In primo luogo, è comprensibile che dopo un processo di radicale trasformazione, come quello che ha condotto in Italia alla riforma psichiatrica, chi viene dopo si trovi nella posizione di dover organizzare le cose, piuttosto che continuare a trasformarle. In qualche modo, dopo la riforma, era inevitabile inventare e far funzionare un nuovo "modello". Se poi pensiamo che tale riforma è stata sin dall'inizio osteggiata e continuamente minacciata, si capisce perché i principali discorsi che hanno incorniciato la salute mentale in Italia, siano stati la "difesa della legge 180" e l'appello alle "buone pratiche" ad essa ispirate. Ciò ha fatto sì che tutte le contraddizioni (i chiaroscuri), interne al processo di costruzione della salute mentale, siano state in qualche modo silenziate (occultate), proiettando all'esterno la causa di tutti i mali. Piuttosto che riflettere sulle inevitabili contraddizioni sorte strada facendo, i problemi sono diventati la "mancata applicazione della 180" e il "ritorno del manicomio", ossia della "cattiva psichiatria" che riappare o che non è mai del tutto scomparsa. Proiettando il buio all'esterno, la salute mentale ha finito così per rinchiudersi in una corazza di luce. A ciò bisogna aggiungere il primato delle pratiche e il generico anti-intellettualismo che, nel complesso, hanno caratterizzato la cultura della salute mentale in Italia dopo Basaglia: ciò ha contribuito a cristallizzare un'identità di tipo pratico-militante, a scapito dell'esigenza di continuare a riflettere in modo critico sulle proprie pratiche, in un contesto completamente cambiato e che richiedeva nuovi strumenti di analisi.

¹¹ P. Bourdieu, *La miseria del mondo*, cit., p. 813 e ss.

Se posso parlare di tutto questo, è perché sono stato io stesso testimone. Testimone di una vetrina che andava in frantumi. Dal 2014 al 2017, con i servizi di salute mentale di Martina Franca, diretti fino al 1997 da Mario Serrano, abbiamo realizzato nelle scuole superiori il progetto “Corrono, volano, nuotano, strisciano”. Per alcuni operatori dei servizi, è stata l’occasione per realizzare una cosa a cui pensavano da tempo. Martina Franca rientrava nella mappa delle cosiddette *esperienze esemplari*: era, cioè, una delle vetrine della salute mentale italiana. Tuttavia, nel corso degli anni, alcuni protagonisti di questa storia si sono sentiti a disagio rispetto ai “discorsi ufficiali”: visioni stereotipate, edificanti o apologetiche, nelle quali avevano difficoltà a riconoscersi, poiché non tenevano conto dei chiaroscuri sperimentati nella loro esperienza quotidiana, sentendosi perciò sempre più alienati dalla realtà. Alla fine, erano diventati invisibili e afasici. Grazie al progetto nelle scuole, alcuni di loro hanno trovato il tempo di sedersi, insieme con me, intorno a un tavolo, realizzando, in un momento storico del tutto diverso, una di quelle “cronistorie” ragionate che Basaglia riteneva essenziali per continuare a riflettere in modo critico, cioè autocritico, sui processi di trasformazione in corso¹². Durante i mesi in cui questo lavoro di ricostruzione della storia dei servizi a Martina Franca è stato condotto, sono inciampato in modo incessante su questi pezzi di storia minori che facevano irruzione nel quadro. Un lungo momento di folgorante commozione. Così, mentre la vetrina dell’esperienza di Martina Franca andava in frantumi, attraverso un percorso analitico intenso ma anche duro e doloroso, riemergevano a fiotti i chiaroscuri che hanno caratterizzato quella storia. In particolare, ho potuto assistere allo sciogliersi in diretta di alcuni vecchi nodi irrisolti: un’esperienza vertiginosa, e un dono inestimabile, giacché mi ha permesso di diventare anch’io, in qualche modo, protagonista di una storia che non avevo vissuto¹³.

Grazie a tale esperienza, ho acquisito la ferma convinzione che l’incontro con queste costole rotte della storia, per quanto delicato e problematico, sia un antidoto irrinunciabile affinché la storia della salute mentale in Italia non venga fuori come una foto sovraesposta, e perciò, in qualche misura, accecata.

Bibliografia

- Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F., Pirella, A., Taverna, S., *La nave che affonda*, Cortina, Milano 2008.
- Bourdieu, P., *La misère du monde*, Seuil, Paris 1993 (a cura di A. Petrillo e C. Tarantino, trad. it. di P. Di Vittorio, *La miseria del mondo*, Mimesis, Milano-Udine 2015).
- Colucci, M., Di Vittorio, P., *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche*, Feltrinelli, Milano 2024.
- Di Vittorio, P., Cavagnero, B. (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, Franco Angeli, Milano 2019.
- Di Vittorio, P., *Fitzcarraldo Fragment. Il sublime, la techne, il legame sociale*, Efesto, Roma 2023.

¹² Dice Basaglia: «Siccome ci è stato chiesto di teorizzare, a dieci anni di distanza, la nostra esperienza, siamo costretti a fare una cronistoria, non tanto per riferire dei fatti, ma per interpretare con chiarezza quello che è avvenuto» (F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, A. Pirella, S. Taverna, *La nave che affonda*, Cortina, Milano 2008, p. 26).

¹³ L. Angelini, A. Bozzani, B. Cavagnero, P. Di Vittorio, *Noi c'eravamo. Cronistoria ragionata dei servizi di salute mentale a Martina Franca-Crispiano (1983-2016)*, in P. Di Vittorio, B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia*, Franco Angeli, Milano 2019, pp. 40-96.

- Foucault, M., *La vie des hommes infâmes*, in Id., *Dits et écrits (1954-1988)*, 4 voll., Gallimard, Paris 1994, vol. III (trad. it. di G. Zattoni Nesi, *La vita degli uomini infami*, il Mulino, Bologna 2009).
- Foucault, M., Farge, A., *Le Désordre des familles. Lettres de cachet des Archives de la Bastille au XVIII^e siècle*, Gallimard, Paris 1982 (trad. it. di D. Scaffei, *Il disordine delle famiglie. Potere, ordine pubblico e controllo sociale*, Donzelli, Roma 2024).
- Ginzburg, C., *Il filo e le tracce. Vero falso finto*, Feltrinelli, Milano 2006.
- Klinkhammer, L., Portelli A., *La fiera delle falsità. Via Rasella, le Fosse Ardeatine, la distorsione della memoria*, Donzelli, Roma 2024.
- Kracauer, S., *History. The Last Things Before the Last*, Oxford University Press, New York 1969 (trad. it. di S. Pennisi, *Prima delle cose ultime*, Marietti, Casale Monferrato 1985).
- Portelli, A., *L'ordine è già stato eseguito. Roma, le Fosse Ardeatine, la memoria*, Donzelli, Roma 1999.
- Süskind, P., *Der Kontrabaß*, Diogenes Verlag, Zürich 1984 (trad. it. di G. Agabio, *Il contrabbasso*, TEA, Milano 2021).
- Wieviorka, A., *L'Ère du témoin*, Plon, Paris 1998 (trad. it. di F. Sossi, *L'era del testimone*, Cortina, Milano 1999).

La resistibile ascesa della medicalizzazione in psichiatria. Ovvero, la medicalizzazione della psichiatria come risposta di fatto all'assenza di una progettualità consapevole

Fabrizio Gambini

Il tema è certamente generale ma non generico e, prima che politico, è un tema filosofico. Di una cosa siamo ragionevolmente certi: la rivoluzione della Terra attorno al Sole fa sì che la fine dell'inverno annunci certo il far capolino della primavera ma, altrettanto certamente, consigli di cominciare a prepararsi per l'altrettanto certo e successivo inverno. Detto in altre parole, c'è una ciclicità inscritta nella parola «rivoluzione». Eppure, la Rivoluzione francese, pur con i suoi sciagurati esiti napoleonici, anzi, proprio a causa degli sciagurati esiti napoleonici, ha fatto pensare al giovane Hegel, che si fosse di fronte alla «fine della Storia», ovvero alla fine di una dialettica infinita, di una ciclicità senza sbocco. Nel secolo che ha preceduto il nostro c'è chi ha pensato (Kojève) che Hegel si fosse sbagliato solo di data e di dittatore: la «fine della Storia» non era arrivata a Jena a cavallo con Napoleone, bensì con le truppe di Stalin che dilagavano in Europa attraverso le macerie di Berlino e poi, poco tempo dopo, ci è stato detto che no, non erano neanche i carri armati di Stalin, ad aver portato con sé la «fine della Storia», piuttosto era la globalizzazione, il Mercato Unico Mondiale, ad aver determinato la «fine della Storia» (Fukuyama). Oggi ci dicono, e con questo si devono fare i conti, che siamo di fronte alla fine della «fine della Storia». Dunque, riecco la «rivoluzione», la ciclicità che fa sì che il sol dell'avvenire sia anche inevitabilmente il preludio di un giorno che tramonterà.

All'età di settant'anni compiuti questa che ho appena svolto non è una considerazione pessimistica, una spinta alla passività, all'acquiescenza, al conservatorismo, al mantenimento dello *status quo* in nome della velleitarietà di ogni movimento rivoluzionario. Al contrario, si tratta per me di mantenere la tensione verso una trasformazione politica e sociale dei rapporti tra gli uomini che non sia cieca di fronte ai propri fallimenti e che, invece, ne affronti consapevolmente il rischio cercando modi per prevenirli e contenerli.

Nel 1978 avevo 25 anni, mi stavo laureando in Medicina, ero interno in Psichiatria e, davanti a me, vedevo l'alba di un giorno che non sarebbe tramontato. Al contrario, stavo assistendo alla fine del paternalismo, del colonialismo, del postcolonialismo e, più in generale, della prevaricazione dell'uomo sull'uomo. Lo vedevo certamente dal mio angolo, ma la fine della segregazione della follia era la fine di ogni esclusione: donne, neri, omosessuali (ma oggi si direbbe "comunità LGBTQAI+"), terzo mondo e, ovviamente, folli. Era nella liberazione delle minoranze e degli oppressi che intravedevo la mia liberazione ed era nella partecipazione, nella pratica concreta dei movimenti di liberazione, che si compiva il cammino verso l'avvenire. I dannati della Terra¹ non sarebbero più stati tali. La posizione di Fanon, riferita in primis all'Algeria occupata dalla Francia, era certo radicale: in un contesto

¹ F. Fanon, *I dannati della Terra*, Einaudi, Torino 1975.

di dominio totale una cura è una forma di prosecuzione del dominio stesso. Da qui le sue celeberrime dimissioni dal ruolo di psichiatra².

In Italia non era di questo che si trattava, ma quel prefisso, anti, che si anteponeva alle pratiche di liberazione in psichiatria era lì per qualcosa. Dalla Francia (Castel, Guattari e, in parte, Foucault), alla Germania (Dörner, Wulff) all'Inghilterra (Laing, Cooper, Esterson), agli Stati Uniti (Goffman, Szasz), fino all'Italia era tutto un liberarsi liberando o un liberare liberandosi, come preferite.

Certamente possiamo ancora considerare valido l'assunto di Goffman per il quale un individuo è il prodotto del contesto concreto col quale interagisce. In particolare, e in psichiatria, pensavamo all'istituzionalizzazione come reazione dei pazienti al funzionamento della struttura burocratica di un'istituzione detta, giustamente, totale³. Da qui a pensare che un movimento antiistituzionale fosse in sé una garanzia di liberazione il passo non è breve, ma neanche tanto lungo, tant'è vero che, inconsapevolmente, quel passo è stato compiuto.

Quando dico "inconsapevolmente" mi riferisco ad un aspetto preciso, circostanziato e, apparentemente, perfino tecnico. Fino al 1978 l'assistenza sanitaria pubblica in psichiatria era erogata dalle amministrazioni provinciali. La legge del 1904, della quale fu promotore Leonardo Bianchi, psichiatra e parlamentare del Regno, istituiva infatti i manicomi come entità regolate su scala nazionale e non da regolamenti interni come era avvenuto fino a quel momento. La cura dell'istituzione manicomiale veniva affidata all'Assessorato alla Sicurezza Sociale delle Amministrazioni Provinciali. In più, ed è bene ricordarlo, il ricovero in manicomio avveniva con ordinanza prefettizia. Questo significa che l'ordine pubblico era in primo piano rispetto alla cura della persona. Fino al 1968 non c'è stata alcuna nuova legge ed è solo in quell'anno che una nuova legge (Legge 18 marzo 1968 n° 431) consentiva all'articolo 4 il ricovero volontario in Ospedale Psichiatrico senza la perdita dei diritti civili, assimilando i pazienti psichiatrici volontari agli altri ammalati. Con la stessa legge erano anche istituiti i CIM (Centri di Igiene Mentale), sostanzialmente finalizzati all'assistenza post ricovero dei pazienti dimessi. Vedete che già qui un movimento di deistituzionalizzazione, o almeno di iniziale alleggerimento del peso istituzionale, si accompagna ad una contemporanea creazione istituzionale.

Bene, nel 1978, con l'incorporamento della legge 13 marzo 1978 n° 180 nel SSN (Servizio Sanitario Nazionale – Legge 23 dicembre 1978 n° 833) siamo di fronte ad un bivio: la psichiatria sarà ancora a carico della Provincia, dei Servizi Sociali delle Amministrazioni Comunali oppure entrerà a pieno titolo, come ogni altra specialità medicochirurgica, nella neonata Sanità pubblica? Da quello che ricordo del dibattito, che coinvolgeva tutta Psichiatria Democratica e nel quale era stato ampiamente coinvolto Giulio Maccacaro, fondatore di Medicina Democratica e purtroppo mancato improvvisamente nel 1977, una maggioranza notevole era a favore dell'inserimento della psichiatria nella sanità pubblica a pieno titolo. A questo portavano sia ragioni comprensibili di "deghettizzazione" della psichiatria, che ragioni in fondo in fondo corporative, e che già prefiguravano, ma allora non ce ne eravamo accorti, un potere medico che si sarebbe rivelato incontrastato. Di fatto, l'esito di quel dibattito è stata l'istituzione dei CSM (Centri di Salute Mentale) ai quali era anche affidata la gestione

² Della seconda metà del 1956 è la lettera al Ministro Residente governatore generale dell'Algeria con la quale Franz Fanon rassegna le sue dimissioni da Direttore dell'Ospedale psichiatrico di Blida-Joinville: «La mia decisione è di non conservare ad ogni costo una responsabilità, col falso pretesto che non c'è altro da fare». F. Fanon, *Opere scelte*, Feltrinelli, Milano 1971, vol. I, p. 106.

³ E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968.

di reparti ospedalieri di psichiatria (SPDC, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) limitati ad un massimo di 15 letti e gestiti dalle USSL (Unità Socio Sanitarie Locali).

Non avevamo gli anticorpi per non soccombere a quel che è successo dopo. Prima di tutto il linguaggio ci aiuta a capire: le USSL sono diventate ASL (Aziende Sanitarie Locali). Dunque, una doppia trasformazione; la scomparsa del sintagma *Socio* e l'azionalizzazione delle Unità inizialmente dette Sociosanitarie. Apparentemente i medici si lamentano di questo, si lamentano del potere della politica sull'Amministrazione della sanità pubblica. Non lasciatevi ingannare. C'è sicuramente questo aspetto e, a modo mio, l'ho combattuto per tutta la mia vita professionale di psichiatra dipendente del S.S.N., ma non è il solo e non è neanche il più importante.

Nel 1978 nessuno psichiatra conosceva o aveva avuto a che fare con la follia come le succedeva di manifestarsi fuori dal manicomio. I cavalieri dell'antipsichiatria necessitavano come l'aria che respiravano della psichiatria manicomiale contro la quale esercitare la propria funzione "anti". Credo che Franco Basaglia avesse in mente qualcosa di questo quando si inalberava contro il termine di "antipsichiatria". Sicuramente qualcosa di questo, assieme a molto altro, era presente e muoveva il pensiero e il lavoro di Sergio Piro che è stato il mio maestro. Ricordo bene che a Torino quando ho annunciato che avrei dedicato metà del mio tempo al neonato CSM di Collegno oltre che al superamento del residuo manicomiale della stessa città, sono stato considerato una specie di traditore che abbandonava il campo di battaglia. Se dobbiamo tener conto della storia locale, merita da questo punto di vista una menzione particolare il CSM di settimo Torinese, diretto da Enrico Pascal e, decisamente, una voce fuori dal coro.

In realtà quell'esperienza, nuova non solo per me, ma per tutti, era quella dove non ci eravamo accorti che si combatteva un'altra battaglia: da un lato le forze politiche con la loro involuzione verso sterili tecnicismi amministrativi e impedito a pensare dalla marea montante del pensiero unico, dall'altro un confronto con la follia per il quale la psichiatria non aveva termini, modelli, parole per dirne e per pensarlo. Meglio: le parole che la psichiatria si era ridotta ad avere erano degradate a parole d'ordine, a slogan politici progressivamente svuotati del loro senso e della loro capacità di trasformare il sociale.

Nel 1948 l'OMS ha pubblicato la classificazione ICD (*International Classification of Diseases*) e come risposta degli operatori della psichiatria americana (AMA, *American Psychiatric Association*) nel 1952 viene pubblicato il DSM I (*Diagnostic and Statistic Manual*). In Italia tutto questo non ha mosso una virgola, gli psichiatri manicomiali italiani se ne sono tranquillamente disinteressati e andavano avanti nel loro isolamento, facendo soprattutto riferimento alla psichiatria tedesca del secolo precedente, sulla quale si era andata innestando dall'inizio del Novecento la pianta rigogliosa della psichiatria fenomenologica. In qualche modo si trattava dell'onda lunga di vent'anni di Fascismo che avevano impermeabilizzato i confini nazionali alle influenze, francesi, inglesi e americane. Ma dal 1978 in poi tutto cambia.

Sulle teste dei poveri psichiatri italiani alle prese col nuovo, arriva la manna della pubblicazione del DSM III (1980), anticipata di una decina d'anni dalla seconda edizione (DSM II, 1968). La sinistra, e non solo quella psichiatrica, ha un vecchio debito col pensiero scientifico e l'impostazione oggettivante, rigorosa, numerabile, contabile del manuale americano sembrava fatta per piacere. Il riferimento alla statistica del titolo era già l'anticipazione della EBM (*Evidence-based medicine*). Tanto per indicare un punto di cerniera, ricordo che Giulio Maccacaro deteneva la Cattedra di Statistica Medica e Biometria alla facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano.

La manna è insomma diventata una valanga che ci ha seppellito: un manuale esplicitamente nato per omogeneizzare la comunicazione, per fluidificarla, renderla più agevole tra le culture, le nazioni e le psichiatrie è diventato una cappa che limita il pensiero all'oggetto inesistente portato in essere dalla parola che lo nomina. Anzi, se vogliamo essere precisi e applicare fino in fondo la logica ferrea del Manuale, non è neanche una parola di cui si tratta, bensì di un numero. La logica amministrativa dell'OMS, la classificazione internazionale delle malattie (ICD), quella che figura, a fini statistici e amministrativi, sulle SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) è diventata un'arida, riduttiva e rassicurante via d'accesso alla clinica che le Università si incaricano di insegnare.

Un ultimo punto: l'Università. Spogliandosi del suo isolamento la psichiatria è diventata scienza medica a tutti gli effetti. Nell'anno accademico 1971-1972 è nata in Italia la Scuola di specializzazione in Psichiatria; prima esisteva la specializzazione in Malattie Nervose e Mentali: sostanzialmente quella che, monca della psichiatria, è diventata poi la neurologia. Anche qui la psichiatria è uscita dal ghetto manicomiale ed è entrata, dalla porta principale e con tutti gli onori, tra le specialità mediche. Tragica evenienza, perché assieme al proprio isolamento ha perso la propria specificità. Chi esce oggi dalle Scuole di Specializzazione in Psichiatria e comincia a lavorare in un CSM ci mette anni a liberarsi dall'idea di fare un lavoro sbagliato, sociale, di accudimento, di gestione e di contenimento invece di realizzare l'ideale al quale è stato formato: psicofarmatoterapia mirata (in prospettiva, tipizzata sul genoma del paziente) e accreditata da protocolli validati da EBM con l'accompagnamento di psicoterapia cognitiva e comportamentale finalizzata all'empowerment delle competenze e al miglioramento delle performances individuali.

Sono talmente disperati i poveri psichiatri dei CSM, sui quali ricade il peso dei "resti" scaricati dalle Cliniche Universitarie e che non presentano requisiti tali da figurare nei protocolli di ricerca e di cura erogati all'interno delle Cliniche dove si insegna la psichiatria, che si sono inventati la tecnica codificata, precisa e trasmissibile dell'*Open Dialogue*. Io, nel 1978, avrei detto che era opportuno, andando a casa del paziente per vedere cosa succedeva, fare anche due chiacchiere con i familiari, col paziente stesso e, se la situazione lo chiedeva o lo consentiva, anche con i vicini di casa. Ritrovare tutto ciò come come "tecnica" a provenienza dalla Scandinavia mi ha un po' divertito e un po' sorpreso, come a suo tempo, ormai vicino alla pensione, ero stato un po' divertito e un po' sorpreso dalle tecniche di *Recovery*. Mi sembrava allora, e ancora mi sembra così, che fosse un modo per far entrare dal portone di rappresentanza, paludata, travestita, mascherata da "tecnica codificata", una pratica che aveva da sempre fatto parte del modo di funzionare della psichiatria prima dello sciagurato processo di medicalizzazione che ha subito e del quale non abbiamo ancora visto tutte le conseguenze.

Bibliografia

Fanon, F., *I dannati della Terra*, Einaudi, Torino 1975.

Fanon, F., *Opere scelte*, Feltrinelli, Milano 1971.

Goffman, E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968.

II. LUOGHI

Gli anni del cambiamento: arte, musica e scrittura nel Manicomio di Maggiano

Elisabetta Angrisano

Premessa

Nelle strutture manicomiali, già nel corso del XIX secolo si sviluppò un interesse per l'arte come terapia per i pazienti con problemi mentali. Il primo atelier risale proprio all'Ottocento ed era stato allestito all'interno del Manicomio di San Lazzaro a Reggio Emilia. Successivamente la nuova psichiatria utilizzò l'attività artistico-artigianale come parte integrante della terapia riabilitativa, in contrasto con la logica repressiva degli istituti dell'epoca. Il grande cambiamento, che vede il passaggio dall'ospedale psichiatrico tradizionale a una struttura moderna che non solo cura il malato, ma tenta anche la sua integrazione nella società, nasce dai nuovi ruoli svolti dai suoi protagonisti: medici, infermieri e dallo stesso malato. A partire dagli anni Cinquanta del Novecento, il Manicomio di Lucca avvia una serie di attività volte al rinnovamento delle metodologie e delle terapie fornite al paziente psichiatrico, che viene attivamente coinvolto nel processo di cura. Queste iniziative promuovono l'apertura dell'istituzione verso l'esterno e un nuovo modo di concepire il malato, contribuendo a un cambiamento culturale significativo nella gestione della salute mentale. Dal 1959, sotto la direzione di Domenico Gherarducci, il processo di umanizzazione dell'Ospedale psichiatrico di Lucca si intensifica e, negli anni successivi, si registra un miglioramento del clima all'interno del manicomio e delle condizioni di vita dei ricoverati¹. La riabilitazione psichiatrica ha rappresentato un elemento fondamentale nelle strategie di trattamento delle patologie mentali e la storia di questo cambiamento è raccontata dai documenti conservati nella serie del personale dell'archivio dell'Ospedale psichiatrico di Lucca. I fascicoli custodiscono le testimonianze riguardanti le attività ricreative (socioterapia, ludoterapia, musicoterapia, corsi didattici, soggiorni estivi), organizzate dai diversi reparti dell'Ospedale per il recupero dei malati psichici. Queste attività rivestono in molti casi un carattere sperimentale e sono presenti, infatti, numerose relazioni che evidenziano i risultati ottenuti. L'archivio, con i suoi documenti, ci offre indubbiamente la possibilità di entrare nelle istituzioni, recuperare le esperienze reali che rivivono attraverso la memoria, i comportamenti, le rappresentazioni, i sentimenti e i valori spesso trascurati dalla società.

¹ A.M. Giulietti, *L'isola in cima al monte due secoli di follia a Lucca tra narrativa tobiniana e storie di vita di sopravvissuti al manicomio di Fregionaja. Contributo alla storia sociale di una riforma incompiuta 1978-2008*, Sagittario, Cascina 2010, p. 87.

Esperienze di socioterapia all'interno dell'Ospedale psichiatrico di Maggiano

Dal 15 ottobre 1965, nella divisione femminile del Manicomio di Lucca, fu istituita una "Sala di Socioterapia". Inizialmente, l'ambiente era poco accogliente; una piccola stanza con un tavolino, alcune sedie e qualche rivista. Le prime frequentatrici furono alcune malate del reparto "Camerone", che si dovevano alternare poiché lo spazio era limitato. Alla fine del corridoio vi era invece una stanza grande utilizzata come ripostiglio e nonostante la polvere l'ambiente era arioso e riscaldato. Gli infermieri con l'aiuto del capo servizio riuscirono ad allestire una nuova "Sala di Socioterapia". Dopo alcune difficoltà, il direttore decise di fornire tavoli nuovi, tinteggiare le pareti e installare plafoniere al neon. Successivamente, riuscirono a costruire una piccola biblioteca da utilizzare come portadischi. La sala era accessibile a tutte le pazienti che mostravano un ottimo comportamento e una crescente partecipazione alle attività proposte. Un infermiere descrive così l'attività di ludoterapia svolta dalle pazienti:

Ciascuna è addetta ad una mansione che più le si addice, ascoltano musica attraverso la radio o il giradischi che hanno acquistato con i loro modesti incassi. Al mattino gustano un buon caffè e qualcuna più ghiotta lo beve mangiando le paste. Due volte la settimana c'è la passeggiata allo Spaccio e guai a dimenticarlo. Ed ora non mi resta che riassumere un pochino le nostre attività che si sono svolte in questo tempo: abbiamo cominciato con alcuni pezzetti di panno lenci, creando animaletti di cui in seguito siamo riusciti a fare una vasta serie di ogni tipo e colore. Per questo tipo di lavoro non tutte le ammalate sono capaci, ma poco per volta c'è stata qualcuna che si è perfezionata confezionandoli molto bene. Sono state fatte molte scarpette in lana per neonato. Abbiamo fatto delle belle copertine per neonato, scialli da sera, ricamo su biancheria da tavola e da letto: per questo lavoro forse impegnativo solo alcune degenti di giovane età hanno avuto costanza di imparare. Attualmente stiamo facendo delle simpatiche scarpette da camera in lana e con suola da gomma, per questi ultimi lavori la confezione viene eseguita a catena, un'ammalata più adatta lavora con i ferri da calza, l'altra cuce, un'altra infine cerca nel miglior modo possibile di completare l'opera. Tutto sommato, dal mio punto di vista, miglioramento da parte dell'ammalato c'è, perché trovandosi in un ambiente sereno, essendo capaci di fare cose utili e belle, si sentono importanti e si rendono consapevoli della loro abilità. È una cosa piacevole veder uscire delle mani di queste degenti (alcune molto malate) certi bei lavoretti che entusiasmano pure la gente di fuori.²

Col tempo furono create una serie di botteghe artigianali ove praticare le diverse lavorazioni, tra cui: la creta, la pittura, il disegno, la rafia e la scultura. Si realizzavano inoltre un gran numero di statuette, sia per il presepe sia di altro genere ornamentale. Ogni paziente svolgeva la sua mansione secondo le proprie capacità e attitudini. L'esperienza viene raccontata così da un infermiere:

Con il Medico del Reparto e il Capo Servizio pensammo di aprire allora queste "Botteghe Artigiane" nelle stanze che una volta erano delle celle, in prossimità dell'ingresso

² Archivio di Stato di Lucca (da ora in avanti ASLu), *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 141, "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca. A cura del Gruppo per l'avanzamento della socioterapia dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca", c. 23. La relazione è stata pubblicata nel 1968 con il seguente titolo: *L'impegno socioterapico nell'Ospedale psichiatrico di Lucca*, a cura del Gruppo per l'avanzamento della socioterapia, Nuova grafica lucchese, Lucca 1968, pp. 29-30.

(7 Uomini). Modificammo anche questo in sala di soggiorno. Fu messo tutto a nuovo con imbiancatura e smaltatura degli infissi. Al muro centrale applicammo un grande cartello con sopra scritto: "Attività e ricerche per l'avanzamento della socioterapia". Sopra l'ingresso delle sue stanze addette a questa attività fu messo un altro cartello con sopra scritto: "Botteghe artigiane". Adesso siamo occupati ad imbiancare un'altra stanza per adibirla a "Sala di lettura", in cui verranno messe delle poltrone con piccoli tavoli e uno svariato assortimento di riveste e libri. In questi ultimi giorni abbiamo messo in pratica una nuova attività che soddisfa molto gli ammalati: figurazione con traforo su compensati e altri legni. Come primo lavoro stanno facendo dei portachiaivi da applicare alle pareti negli ingressi. Hanno la forma di una grande chiave, con una catenina per appenderla e dei gancini di ottone per agganciare le chiavi. Nei prossimi giorni, per occupare gli ammalati in diverse cose, avrei in mente di mettere in pratica un nuovo lavoro: modellazioni in pressato di poliestere. Con l'avvicinarsi del S. Natale, con questo materiale gli ammalati possono costruire in breve tempo svariate casine, campanelle, piccoli abeti e altre cose, che colorate arricchiranno diversi presepi.³

Nei laboratori, si impiegava l'attività artistica e artigianale come strumento di riabilitazione per i pazienti con problemi psichiatrici, in forte rottura con la logica repressiva delle istituzioni totali. L'obiettivo era di scardinare il ruolo tradizionale dell'infermiere-carceriere, offrire ai degenti le competenze tecniche ritenute indispensabili per la creazione artistica; gli operatori abbandonarono il camice bianco, per assumere il ruolo di "maestri d'arte". L'approccio all'arte si rivelava inizialmente complesso per i malati che temevano di non possedere la tecnica necessaria per cimentarsi nelle diverse forme espressive. Nonostante le paure, i dubbi e anche i timori iniziali, i partecipanti iniziavano a disegnare, dipingere e modellare la creta. Una volta acquisita una minima padronanza, ogni paziente veniva incoraggiato a esprimere il proprio mondo interiore attraverso l'arte. La maggior parte di loro riusciva a trovare uno stile personale e a guadagnare la fiducia nelle proprie capacità creative.

Musica, follia e spettacolo: il Festival della Canzone di Maggiano

Tra le numerose esperienze di socioterapia svolte presso l'Ospedale di Lucca, la musica occupa un posto di rilievo. Spesso erroneamente etichettata come "ludoterapia", ha rappresentato una vera e propria attività di gruppo che non solo ha attratto un gran numero di pazienti, ma ha coinvolto in modo profondo la comunità locale. Nata quasi per caso, si è dimostrata un'esperienza significativa per la cura dei malati ricoverati nella struttura manicomiale. Un infermiere racconta l'interesse per la musica a Maggiano:

Un ammalato che lavorava nel reparto falegnameria era riuscito a costruirsi un mandolino. Gli furono comperate le corde e questi cominciò a divertirsi suonando lo strumento a orecchio, prima nel luogo dove lavorava, poi la sera nella camerata dove dormiva. Dopo cena, prima del riposo, suonava e alcuni ammalati gli si facevano intorno, qualcuno cantava una canzone e lui lo accompagnava. Questa sua attività, sgradita ai più, fece sì che si concedesse a questo paziente, e ad altri come lui, di passare due ore del pomeriggio in una stanza per conto proprio, senza disturbare il resto dei malati.

³ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 141, "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca", c. 14, *L'impegno socioterapico nell'Ospedale psichiatrico di Lucca*, cit., pp. 20-30.

Nel corso del tempo, e attraverso l'aiuto del Direttore, si trovò una batteria e un pianoforte e così tre malati che vi si dedicarono impararono a suonare una o due canzoni. Non era gran cosa, sembrava destinata a finire nel nulla, ma chi suonava si sentiva importante e chi ascoltava si divertiva.⁴

I metodi di insegnamento per i pazienti variavano e richiedevano un approccio personalizzato per ciascuno di loro. Si lavorava a livello elementare, ma sempre con un forte focus sul ritmo, che incoraggiava l'impegno e la collaborazione tra i partecipanti. Sebbene l'esperienza di suonare uno strumento o cantare in gruppo sembrasse normale, la paura si manifestava soprattutto quando i pazienti dovevano esibirsi di fronte a un pubblico. Questo shock emotivo poteva essere gestito grazie al supporto di professionisti, che aiutavano i malati a elaborare le proprie paure. Inizialmente, non c'erano idee chiare su come strutturare le attività artistiche, ma i pazienti si divertivano senza alcuna pressione. In un contesto terapeutico, venne costituito un gruppo di degenti desiderosi di fare musica, riunendo persone con diverse patologie e ceti sociali. Il compito del terapeuta era particolarmente impegnativo, in quanto doveva gestire un ambiente eterogeneo composto da persone con diverse problematiche, tra cui l'alcoolismo, la schizofrenia e l'epilessia. La sua missione consisteva nell'infondere fiducia ai partecipanti e insegnare loro le tecniche musicali di base, al fine di favorire la creazione dei primi gruppi musicali. L'orchestra svolgeva un ruolo fondamentale nel supportare i cantanti e creare un sottofondo musicale per gli sketch umoristici. Dopo aver provato con gli artisti e trovato l'intonazione giusta, il gruppo era pronto a esibirsi. Ogni settimana, gli ospiti dell'ospedale organizzavano uno spettacolo musicale, con indovinelli e premi per il pubblico. I risultati furono gratificanti, sia dal punto di vista artistico che terapeutico e dopo i primi spettacoli i degenti mostravano un atteggiamento diverso, esprimevano gioia e orgoglio per il loro successo. L'Ospedale decise allora di portare avanti l'iniziativa⁵.

Nel 1961, la troupe musicale si esibì nelle strutture manicomiali di Pistoia e Firenze. Nonostante alcuni membri dell'orchestra fossero stati dimessi, si mantenne la prassi di coinvolgere nuovi pazienti che si univano agli ex ricoverati. Dal 1964, si decise di organizzare un Festival della Canzone in quanto tutti i dubbi iniziali sulla capacità dei malati di comporre musica erano stati superati. Diversi pazienti parteciparono attivamente, scrivendo testi, adattando versi, canticchiando melodie e trascrivendo note, dimostrando il loro talento creativo. Dalla seconda edizione, la manifestazione si articolò in tre serate, che prevedevano l'esibizione dei pazienti con brani scritti da loro. Le canzoni erano accompagnate dall'orchestra "Crazy Boys" che era costituita dai ricoverati del Manicomio⁶.

Dal 1964 al 1966, i tre Festival registrarono un crescente successo, grazie anche al supporto del Circolo sociale ammalati, che permise l'acquisto di strumenti musicali e costumi

⁴ A. Devota, F. Perna, *Un'orchestra, una troupe di varietà musicale e il festival della canzone all'ospedale psichiatrico di Lucca*, S.I., s.n., 1967, p. 1.

⁵ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 141 "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca", cc. 23-24.

⁶ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Personale*, faldone n. 1050, "Socioterapia musica e altro. 1971", rivista "La Pantera" – Periodico quindicennale redatto nell'OP della Fregionaia di (Lucca), Tipografia del Circolo sociale ammalati, anno V, n. 10, 15/06/1967, p. 4: «Il IV Festival della Canzone si articolerà come al solito, in tre sere: la prima sera sarà ascoltata una metà delle canzoni presentate e verranno scelte quelle destinate a entrare in finale; lo stesso la seconda sera. Nell'ultima sera si daranno battaglia le canzoni finaliste. All'autore della canzone prima classificata andrà la Coppa – offerta dall'Amministrazione Provinciale di Lucca – ed altri premi agli autori delle canzoni che si classificheranno al 2°, 3°, 4° e 5° posto, così come agli interpreti delle prime cinque».

per i cantanti. Con il primo Festival furono presentate dieci canzoni dei pazienti dell'Ospedale psichiatrico di Lucca, durante il secondo furono messe in scena venti esibizioni, con la partecipazione dei malati delle strutture ospedaliere di Volterra, Pisa, Firenze e Pistoia. Nel terzo Festival, si confermò la presenza di venti canzoni, con un aumento di compositori e cantanti provenienti da altri ospedali. Durante la manifestazione canora, il pubblico esterno poteva accedere al manicomio per ascoltare le esibizioni musicali e avere così l'occasione di conoscere da vicino la vita dei ricoverati. Questa iniziativa contribuì a ridurre le barriere tra sani e malati, promuovendo una visione più umana della realtà ospedaliera⁷.

Durante la manifestazione venivano inoltre organizzati i Convegni lucchesi di psichiatria che offrivano l'opportunità al personale dei diversi ospedali psichiatrici di confrontarsi sul proprio operato. Durante la Tavola rotonda tenuta a Lucca il 1° luglio 1967 il direttore Gherarducci descrive l'esperienza del Festival:

Un Festival, già di per sé crea un'atmosfera satura di indirizzi, di scelte, di simpatia per una canzone o per un'altra, per questo o quel cantante. Quando ciò avviene, fra ricoverati la possibilità di familiarizzazione tra tutti i presenti, con scambi di opinioni, unanimi consensi e benevole critiche, si fanno notevoli e frequenti; senza che nessuno se ne accorga, infiniti preconcetti si attenuano, tante barriere diminuiscono ed i partecipanti possono constatare che, con la loro presenza spontanea e divertita, considerano di fatto l'O.P. non come qualche cosa di estraneo alla società, ma come un luogo ricco, invero di sofferenza, ove indubbiamente, però, in molteplici modi, ci si adopera per alleviarla con il sincero contributo di tutti i presenti. In questo modo un "Festival" rifugge dalla possibilità di essere una pura e semplice gratificazione per i soli ricoverati, concessa loro una volta tanto e priva altrimenti di ogni significato terapeutico di riavvicinamento alla comunità e di inserimento sociale. Concludo mi pare opportuno che il Festival venga considerato un mezzo inserito in un'organizzazione socioterapica e non un fine a sé stante. È indubbio però che lo psichiatra si deve muovere anche in prospettiva psicopatologica individuale.⁸

Nel 1971 dopo 7 edizioni il Festival venne sospeso dall'Amministrazione provinciale; tuttavia, le esibizioni dei malati proseguirono fuori dal manicomio in occasione di feste paesane.

Parole dal Manicomio: la rivista La Pantera

Negli anni Sessanta, venne fondato il periodico *La Pantera*, gestito dai pazienti dell'Ospedale. Il giornale accoglieva gli articoli scritti da degenti, medici e infermieri che avevano l'opportunità di narrare la vita all'interno del manicomio attraverso le loro esperienze quotidiane. L'idea di realizzare una rivista nacque dal dottor Furio Magri, che propose a un gruppo di degenti di scrivere un giornale murale davanti al Reparto 7 della sezione maschile. I primi contributi riguardavano notizie sull'ospedale, alcune barzellette e i programmi televisivi. In seguito, l'iniziativa coinvolse altri reparti e un paziente con esperienza pregressa nel campo del giornalismo fu incaricato di raccogliere e correggere gli articoli. Dopo

⁷ A. Devota, F. Perna, *Un'orchestra, una troupe...*, cit., p. 2.

⁸ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Personale*, faldone 1049, "Documentazione personale", relazione "Validità e limiti di un Festival della Canzone. Intervento alla tavola Rotonda tenuta a Lucca il 1° luglio 1967", cc. 4-5.

l'approvazione da parte della Direzione medica, i testi venivano inviati in tipografia, dando così vita ai primi numeri del periodico⁹.

Gli articoli erano spesso accompagnati da illustrazioni grafiche che mettevano in risalto la notevole abilità artistica dei pazienti. Molti numeri furono dedicati alle attività ricreative promosse dall'Ospedale: i testi delle canzoni del Festival di Maggiano e brevi saggi di natura politico-istituzionale¹⁰. L'articolo della Pantera del 1968 descrive la mostra pittorica organizzata nella struttura manicomiale:

La Mostra pittorica di fine anno 1967 – Considerazioni Psichiatriche
Alla Mostra pittorica interna di fine 1967, dell'OPP hanno partecipato Ammalati artisti di qualche Reparto maschile e femminile, dove l'attività socioterapica a scopi riabilitativi, così come le Mostre, sono da anni curate, con un buon numero di pitture. Si è trattato in maggior parte di tele ad olio, riproducenti paesaggi, spiagge e barche, scene di caccia, qualche ritratto. I migliori lavori, perché non tutti erano dello stesso livello, risultarono ben composti, artisticamente graduati nelle tinte e nelle forme, di stile prevalentemente veristico e naturalistico, da meritare elogi ed il gradito apprezzamento del pubblico.¹¹

Nel 1970 la rivista fu inserita nell'Ordine dei giornalisti e rimase attiva fino al 1° gennaio del 1977.

La nascita dell'Ospedale-paese

Nel 1958, Mario Tobino fu coinvolto nel progetto per la costruzione del nuovo Ospedale psichiatrico di Vicenza. Secondo lo psichiatra, la nuova struttura doveva avere l'aspetto di un paese, poiché era fondamentale ricreare un ambiente di comprensione e reinserimento sociale. L'obiettivo era quello di creare un luogo che fosse anche economicamente sostenibile, dove potessero avvenire contemporaneamente la guarigione medica e quella sociale. Il progetto del nuovo Ospedale di Vicenza non venne mai realizzato¹².

Negli anni Sessanta, il direttore Gherarducci promosse la concezione dell'Ospedale-paese, dove sperimentare spazi di libertà inediti rispetto alla prassi abituale manicomiale, con la diminuzione dei trattamenti coatti per il paziente. Le nuove cure migliorano sensibilmente la qualità della vita del ricoverato che ha la possibilità di muoversi liberamente dentro e anche fuori dal manicomio, in un percorso terapeutico che mira a possibili dimissioni, grazie anche all'utilizzo degli psicofarmaci. Si riduce l'isolamento per il paziente, che può dedicarsi a varie occupazioni e riabilitarsi alla vita normale. Nell'Ospedale psichiatrico tradizionale, è fondamentale modificare il rapporto tra medico e infermiere, nonché quello tra infermiere e

⁹ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 685, "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca", c. 10.

¹⁰ M.A. Innocenti, E. Marchi, *Leggera cura: quando Maggiano cantava: il Festival della Canzone nell'ospedale psichiatrico (1964-1969)*, Maria Pacini Fazzi, Lucca 2023, p. 75.

¹¹ La rivista "La Pantera" – Periodico quindicennale redatto nell'Op della Fregionia di (Lucca), Tipografia del Circolo sociale ammalati, anno 6, n. 3-4, 29/02/1968, pubblicato sul sito della Fondazione Mario Tobino: <https://exhibits.ficlit.unibo.it/s/mario-tobino/item/3>, (ultima consultazione 09/11/2024).

¹² M. Tobino, *Progetto per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», 79, 1958, pp. 1-2 (possibile consultarlo sul sito della Fondazione Mario Tobino, <https://exhibits.ficlit.unibo.it/s/mario-tobino/item/2741>, ultima consultazione 09/11/2024).

paziente. Durante la Tavola rotonda tenuta a Lucca il 1° luglio 1967, il direttore Gherarducci racconta l'esperienza dell'Ospedale-paese:

Il concetto dell'ospedale-paese non è naturalmente una novità e la sua realizzazione dipende da molti fattori. Direi che le possibilità in questo sono tre. In primo luogo, potrebbe trattarsi di un complesso architettonico e urbanistico costruito come suol dirsi su misura. In secondo luogo, ci si può giungere realizzando, nella preesistente costruzione, quella gamma di attività tipiche dell'impostazione paesana: il bar, il circolo sociale, il campo sportivo, il teatro, la bottega artigiana, l'officina. In terzo luogo, mettendo in comunicazione gli aspetti positivi, validi, del "dentro" con altre caratteristiche del "fuori", immettendo cioè gruppi di malati scelti di volta in volta, nella comunità circostante. Per intendersi, facendo come in certi Istituti Medico-Pedagogici per anormali psichici di media gravità dove, accanto alla vita di gruppo nell'Istituto, vi è la vita di gruppo fuori dell'istituto. Il vantaggio è evidente: non vi è l'assuefazione all'istituzione, non si dimenticano i legami, anche i più banali, col modo esterno e il manicomio da "macchina per custodire" si trasforma impercettibilmente in "macchina per rieducare". Il paragone con gli Istituti Medico-Pedagogici di questo tipo particolare non è assurdo, che si tratti di educazione o di rieducazione non ha importanza, l'essenziale è che si operi in maniera che, oltre ad una stabilizzazione clinica più o meno completa o duratura vi sia da parte del malato quella conoscenza del mondo esterno, di ciò che vi accade, dovuta ad un'esperienza diretta, immediata e personale. Ecco la ragione di mandare delle malate a Messa "fuori" dell'ospedale, di fare delle passeggiate nei dintorni, di effettuare delle gite in città e così via. Personalmente ritengo che ciò sia possibile ovunque, vuoi che si lavori in un ospedale di campagna come il nostro o in ospedale di città o di periferia. Di quelle che abbiamo chiamato le tre possibilità di realizzazione dell'ospedale-paese non abbiamo scelto per particolari esigenze locali – la seconda e la terza. La nostra è un'ipotesi di lavoro a cui ci dedichiamo da circa otto anni. Come tutti, si è iniziato "per tentativi ed errori", in forma empirica, animati da buona volontà e dall'ambizione di mutare il volto del manicomio, a un istituto che è la tipica espressione di una società timorosa del nuovo, dell'inconsueto, dell'incomprensibile. Al punto in cui siamo oggi, con le esigenze, le terapie e i malati di oggi, non vediamo altre soluzioni. Sulla base della realtà tradizionale italiana, e della categoria socioeconomica di appartenenza dei nostri malati, l'ospedale-paese è quanto di più realistico e di più concreto possiamo dare loro: la possibilità di riconoscersi appartenenti al mondo esterno senza traumi di separazione dall'ospedale e di conseguenza la possibilità di essere dimessi. Se questo avverrà o meno, è un altro discorso. Noi li curiamo con le terapie tradizionali e con quella non tradizionali: se poi nessuno li vuole e se pochi li accettano, è nostro dispiacere. Detto in altre parole, si fa il possibile per recuperarli: toccherà alla società imparare a riassimilarli.¹³

Lo scopo principale del progetto non era la costruzione di una gabbia dorata o di una nuova famiglia che per sua natura risulta paternalistica nei confronti del paziente, bensì la sua dimissione. A partire dal 1968, si verificò una maggiore apertura in termine di opportunità di socializzazione, che portò dei grandi cambiamenti all'interno dell'Ospedale: l'eliminazione del cancello che separava le due sezioni maschile e femminile, l'abolizione delle reti di separazione nei cortili, l'abbattimento dei muri di recinzione nei reparti e la rimozione delle inferriate di molte finestre. Alla fine del 1968, furono aperti tutti i reparti, tranne la se-

¹³ ASLu, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Personale*, faldone n. 1049, "Documentazione personale", Relazione "Validità e limiti di un Festival della Canzone", cc. 2-3.

zione per acuti e il reparto maschile per lungodegenti. L'anno seguente fu creato il Servizio esterno, composto da un medico e due infermieri, per visitare a domicilio i pazienti dimessi. Il Manicomio di Maggiano chiuse definitivamente i battenti nel 1998¹⁴.

Bibliografia

- Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 141, "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca. A cura del Gruppo per l'avanzamento della socioterapia dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca".
- Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Carteggio amministrativo*, faldone n. 685, "Protocollo 1959-1981", relazione "Lo sforzo socioterapico nell'OP di Lucca".
- Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Personale*, faldone 1049, "Documentazione personale", relazione "Validità e limiti di un Festival della Canzone. Intervento alla tavola Rotonda tenuta a Lucca il 1° luglio 1967".
- Archivio di Stato di Lucca, *Ospedale psichiatrico provinciale di Lucca, Personale*, faldone n. 1050, "Socioterapia musica e altro. 1971", rivista "La Pantera" – Periodico quindicinale redatto nell'OP della Fregionaia di (Lucca), Tipografia del Circolo sociale ammalati, anno V, n. 10, 15/06/1967.
- Devota, A., Perna, F., *Un'orchestra, una troupe di varietà musicale e il festival della canzone all'ospedale psichiatrico di Lucca*, s.l., s.n., 1967.
- Giulietti, A.M., *L'isola in cima al monte due secoli di follia a Lucca tra narrativa tobiniana e storie di vita di sopravvissuti al manicomio di Fregionaia. Contributo alla storia sociale di una riforma incompiuta 1978-2008*, Sagittario, Cascina 2010.
- Gruppo per l'avanzamento della socioterapia, *L'impegno socioterapico nell'Ospedale psichiatrico di Lucca*, Nuova grafica lucchese, Lucca 1968.
- Innocenti, M.A., Marchi, E., *Leggera cura: quando Maggiano cantava: il Festival della Canzone nell'ospedale psichiatrico (1964-1969)*, Maria Pacini Fazzi, Lucca 2023.
- "La Pantera", Periodico quindicinale redatto nell'Op della Fregionaia di (Lucca), Tipografia del Circolo sociale ammalati, anno 6, n. 3-4, 29/02/1968 (pubblicato sul sito della Fondazione Mario Tobino, <https://exhibits.ficlit.unibo.it/s/mario-tobino/item/3>, ultima consultazione 09/11/2024).
- Tobino, M., *Progetto per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», (1958), n. 79, (pubblicato sul sito della Fondazione Mario Tobino, <https://exhibits.ficlit.unibo.it/s/mario-tobino/item/2741>, ultima consultazione 09/11/2024).

¹⁴ A.M. Giulietti, *L'isola in cima al monte...*, cit., p. 89.

Dalla città per la cura alla cura per la città. Un progetto tra ricerca e didattica per l'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli

Angela D'Agostino

Introduzione

Per contribuire ad un atlante culturale del superamento dei manicomi italiani si è scelto di riprendere un lavoro di ricerca e didattica condotto circa dieci anni or sono in collaborazione con il Polo Archivistico Sanitario dell'ex Ospedale Psichiatrico Leonardo Bianchi di Napoli. Si tratta di un docufilm¹ realizzato nel 2015 presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Napoli Federico II, patrocinato dalla Scuola Politecnica e delle Scienze di base e dal Comune di Napoli, presentato all'Expo di Milano nel padiglione Kip International School². Il docufilm è stato girato in parte negli spazi dell'ex manicomio napoletano e in parte nell'aula del Laboratorio di Composizione Architettonica e Urbana 2 del Corso di Laurea Magistrale Arc5UE di cui chi scrive era allora titolare.

Strutturato in quattro parti corrispondenti a diverse narrazioni, il docufilm presenta: lo stato dei luoghi dell'ex manicomio napoletano raccontato per elementi che ne compongono l'architettura; il patrimonio immateriale della biblioteca e dell'archivio delle cartelle cliniche; riflessioni, scatti e schizzi raccolti dagli studenti nei quaderni della memoria; gli esiti del progetto di ricerca e didattica che a partire dalla volontà di non dimenticare cento anni di storia della medicina, degli uomini, della città e dell'architettura, ma anche dalla necessità di riscattare un patrimonio materiale e culturale dall'oblio e dal degrado, individua possibilità per la re-immissione dell'ex ospedale nelle dinamiche urbane. Chi scrive è autrice dei testi che accompagnano la narrazione per immagini del docufilm e che qui vengono riportati integralmente con brevi aggiunte o piccoli tagli utili a legarne le parti in forma scritta.

Il contributo si conclude con un aggiornamento sulle condizioni attuali dell'ex ospedale che ancora versa in stato di abbandono. Le immagini del docufilm rappresentano, dunque, ad opinione di chi scrive, un documento utile per la ricostruzione dello stato dei luoghi a poco più di dieci anni dalla definitiva chiusura del manicomio e a dieci anni da oggi.

I luoghi del Bianchi tra memorie del passato e immagini del presente

Nel primo capitolo del docufilm si mostrano le architetture e gli spazi organizzati nel recinto sopraelevato – rispetto alla quota della strada da cui vi si accede – della città dei matti: l'edificio di accoglienza, i lunghi corridoi coperti, i padiglioni in serie, i cortili, i luoghi del

¹ https://www.youtube.com/watch?v=TM_B7QijZyA&t=24s

² https://napoli.repubblica.it/cronaca/2015/07/30/news/il_leonardo_bianchi_va_all_expo_con_i_menu_dei_pazzi_e_lo_strumento_di_tortura_di_lombroso-120130188/

lavoro, la cucina, la chiesa, la torre dell'acqua. Quattro studenti³ descrivono il Bianchi percorrendolo e soffermandosi su dettagli come gli infissi delle finestre, oggetti come i cassetti della tipografia, arredi come le grandi cappe della cucina oggi non più esistenti. Il racconto inizia dal cancello di ingresso su via Calata Capodichino.

Varcato il cancello, la lunga rampa introduce lentamente ad uno spazio e ad un tempo dimenticati, quelli dell'ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi.

Sopraelevato accoglie il grande piazzale alberato e poi, di fronte, imponente, si estende l'edificio di accoglienza, una sorta di grande schermo che nulla, o quasi, lascia presagire della città dei matti.

Lo scalone monumentale conduce al piano della memoria, all'archivio, alla biblioteca, al grande salone di rappresentanza. Al piano terra campeggiano le indicazioni, le targhe: sezione donne e sezione uomini. Dall'edificio di accoglienza si dipartono i due percorsi che distribuiscono ai padiglioni – simmetricamente disposti rispetto ad un asse centrale di simmetria – uno per la sezione uomini a destra, l'altro per la sezione donne a sinistra.

I lunghi corridoi coperti conducono dall'edificio principale fino all'estremità opposta dell'ospedale, fino alla chiesa, ultimo edificio all'interno del recinto. Lungo queste vere e proprie strade coperte, il percorso viene scandito da luci e ombre di grandi aperture. Ortogonali ai corridoi principali, i percorsi secondari si aprono su cortili e giardini e raggiungono i padiglioni senza soluzione di continuità.

I padiglioni sono architetture in serie in cui grandi spazi si alternano a piccole celle e ai servizi. Dominante comune dell'architettura dei padiglioni sono le porte: piccole, strette, tutte uguali. E le finestre, grandi, tante, tutte uguali e dove la fitta trama delle grate si ripete nel disegno dell'infisso quasi a voler dissimulare la propria esistenza.

Tra i percorsi e i padiglioni il disegno dell'impianto urbano dell'ospedale presenta giardini, cortili, frutteti, colonie agricole: tanti e di diversa natura erano gli spazi aperti e verdi, luoghi dello stare e del lavoro. Oggi ciò che resta è stato assalito, ingabbiato, celato dalla fittissima vegetazione spontanea che con prepotenza e vigore prolifera dappertutto: negli spazi aperti, ma anche dentro e sopra gli edifici, nei muri e sull'asfalto.

Nella parte centrale dell'ospedale, tra i due principali percorsi coperti, si susseguono gli spazi di servizio che garantivano il funzionamento autonomo della città dei matti.

Nel Bianchi si lavorava, una vera e propria cittadella autosufficiente nella quale c'erano una sala tessile, una calzoleria, una fabbrica di mattonelle, una officina meccanica, una tipografia. Qui il tempo si è fermato; i cassetti, i registri, i cumuli di carte attendono.

Uscito l'ultimo malato, chiusi con catenacci i cancelli dei corridoi c'è stato solo l'oblio⁴. Tutto è rimasto com'era nello spazio e nel tempo come dopo una catastrofe improvvisa, tutto a meno del degrado, dell'abbandono, della rovina.

La cucina è al centro⁵, separava il giardino del direttore dal sagrato della chiesa, simbolicamente al centro, luogo del nutrimento e di maggiore fermento quotidiano, lo spazio semicircolare, segnato dalla sequenza dei pentoloni e delle grandi cappe, è generosamente illuminato da lucernai e dalle numerose finestre, ancora le stesse, ancora quelle.

³ In ordine di apparizione: Alice Valentino, Giuseppe D'Ascoli, Piero Zizzania, Giovangiuseppe Vannelli.

⁴ La definitiva chiusura dell'ospedale risale al 2002.

⁵ Secondo una variante all'originario progetto di Giuseppe Tango del 1888 che prevedeva la chiesa al centro. Quest'ultima, nel progetto realizzato è posta sul limite orientale del recinto dell'ospedale. Cfr. A. D'Agostino, *Le città dimenticate*, in *Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia*, a cura di A. D'Agostino, «FAMagazine. Ricerche e Progetti sull'architettura e la città», 41 (2017), pp. 8-13, <https://doi.org/10.12838/fam/issn2039-0491/n41-2017/46>.

La chiesa, dove nella maggior parte dei casi veniva celebrata la fine della degenza, la morte, è l'ultimo edificio dell'ospedale. Oltre la chiesa, fuori del recinto, solo la lavanderia e l'obitorio. Nella chiesa, un volume stretto, piccolo, eppure inevitabile agli occhi e al passo di chi percorre l'ospedale, ingresso e altare si fronteggiavano sui lati lunghi.

I corridoi di distribuzione erano percorribili anche in copertura per consentire al personale medico di controllare dall'alto gli spazi aperti dell'ospedale. Chi percorreva la copertura dei lunghi corridoi, chi non era costretto alla degenza ma era dalla parte dei savi, aveva percezione dell'estensione dell'ospedale. Ma esiste un unico luogo, nascosto, sconosciuto ai più, che si erge ai margini, tra gli agitati e i contagiosi, tra i reietti, è la torre dell'acqua, un edificio di servizio, alto per funzionare, dal quale lo sguardo scavalca il muro e può estendersi oltre, oltre il recinto.

Patrimoni e documenti nei luoghi della memoria

Nel secondo capitolo si torna nell'edificio principale e si raccontano gli spazi del primo piano, quelli che custodiscono le memorie degli uomini e della medicina. Oltre alle centinaia di cartelle cliniche e a un numero considerevole di antichi volumi e disegni tra cui quello del primo progetto di manicomio non realizzato previsto nell'area dell'Infrascata⁶, nell'ex manicomio napoletano si conservano strumenti medici di cui esistono ad oggi pochi esemplari. Uno di questi è il sitofoforo «inventato da Cesare Lombroso per l'alimentazione forzata dei pazienti: una sorta di macchina “omogeneizzatrice” *ante litteram*, che veniva inserita ai ricoverati che rifiutavano di mangiare»⁷.

L'edificio di accoglienza, l'unico ancora utilizzato, quello che strenuamente resiste all'avanzare del tempo e del degrado, ospita al primo piano l'archivio delle cartelle cliniche e la biblioteca. Qui si è sedimentata la memoria che da individuale, di ogni singolo degente, è divenuta memoria collettiva degli uomini, della medicina, dell'architettura, della città.

Gli stessi quattro studenti protagonisti della narrazione in movimento del primo capitolo, nel secondo si soffermano nei due spazi della memoria mostrando volumi e disegni di medicina e psichiatria, progetti architettonici, faldoni di cartelle, scritture di patologie.

La biblioteca, ricca di volumi rari e prestigiosi, di strumenti e oggetti utilizzati per la cura, testimonia di un passato di certezze mediche, scientifiche, culturali, architettoniche. Certezze che in sinergia perfetta hanno portato alla realizzazione di un modello di città della cura che nasce come illuminata e rivoluzionaria e finisce come illusoria e costrittiva.

L'archivio è il luogo dove si è costruita e sedimentata lentamente la memoria. Nel corso dei cento anni di funzionamento del manicomio cambiano le definizioni delle patologie, le cure prescritte, le scritture. Resta un immenso patrimonio in grado di raccontare storie di pazienti, di medici, ma anche di approvvigionamenti, di nuove costruzioni, di organizzazione del tempo e dello spazio.

Il capitolo si conclude con un'anticipazione dei contenuti del successivo dedicato al racconto delle memorie degli studenti raccolte in piccoli quadernetti elaborati a valle di un tempo trascorso tra le mura dell'ex ospedale. Un tempo durante il quale si sono percorsi spazi, consultati documenti, ascoltato racconti e testimonianze delle poche unità di personale che dai tempi del funzionamento del manicomio erano ancora lì, medici, infermieri, tecnici, operai.

⁶ L'attuale via Salvator Rosa.

⁷ https://napoli.repubblica.it/cronaca/2015/07/30/news/il_leonardo_bianchi_va_all_expo_con_i_menu_dei_pazzi_e_lo_strumento_di_tortura_di_lombroso-120130188/

I quaderni raccontano di Memorie dal Bianchi, quelle di una ricerca che si è snodata partendo dai luoghi della memoria e si è inoltrata nei luoghi dell'abbandono e dell'oblio, nella città dimenticata. Le Memorie dal Bianchi, fotografie, schizzi, citazioni, riflessioni, sostanziano la necessità di riscoprire la città della cura, di liberarla dalla forzata costrizione nell'unico edificio che ormai la rappresenta e di aprirla. Nelle memorie dal Bianchi sono appuntati i temi per lavorare al suo riscatto, al recupero, al riuso e alla valorizzazione dei suoi spazi, edifici, orti e giardini.

L'atto fondativo e simbolico del riscatto consiste nel rendere questo luogo manifesto agli occhi del mondo. È necessario aprire il recinto dalla parte più estrema e oggi dimenticata, dal lato della chiesa. Qui, per il nuovo ingresso, c'è l'idea di costruzione di un padiglione della memoria alter ego dell'edificio di archivio e biblioteca. Così, tra i due luoghi della memoria, quello storico e quello contemporaneo, si può rendere manifesto il Bianchi tutto e lavorare al cambiamento, al passaggio dalla città per la cura alla cura per la città.

I quaderni delle Memorie dal Bianchi

Nel terzo capitolo attraverso i quaderni degli studenti del Laboratorio di Composizione Architettonica e Urbana si raccontano riflessioni personali sulla follia, sui manicomi e su chi li ha vissuti, sull'architettura e su possibili progetti di riscatto. Negli spazi dell'edificio di accoglienza, tredici studenti leggono brevi passi delle loro memorie dal Bianchi⁸.

Antonio: Io dico che queste mura sono strane: prima le odi, poi ci fai l'abitudine, e se passa abbastanza tempo non riesci più a farne a meno: sei istituzionalizzato. È la tua vita che vogliono, ed è la tua vita che si prendono. La parte che conta almeno. (dal film di Morgan Freeman, *Le ali della libertà*, 1994)

Giancarlo: Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale. Viene immesso in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale oggettivazione. L'assenza di ogni progetto, la perdita del futuro, l'essere costantemente in balia degli altri senza la minima spinta personale: questo è lo schema istituzionalizzante su cui si articola la vita dell'asilo. (Franco Basaglia, *La distruzione dell'ospedale psichiatrico*, 1967)

Marianna: Ho perso la nozione del tempo in questo edificio bianco in cui regna l'eco e non è mai notte. Le frontiere della realtà si sono sfumate. La vita è un labirinto di specchi deformanti e immagini contorte. (Isabel Allende, *Paula*, 2008)

Lidia: Di fatto, non esiste pazzia senza giustificazione e ogni gesto che dalla gente comune e sobria viene considerato pazzo coinvolge il mistero di una inaudita sofferenza che non è stata colta dagli uomini. (Alda Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, 1986)

Sara: La mia scoperta più grande è stato il fatto che avevo ragione a credere che in fondo

⁸ Per motivi di spazio delle 13 letture si riporta solo una selezione; inoltre, l'ordine delle citazioni è stato modificato rispetto a quello del docufilm.

il Bianchi non fosse mai stato dimenticato, ma che fosse ancora molto difficile per le persone accostarsi ad esso, parlare di esso. A poco a poco ho raccolto storie a lungo custodite nella memoria, quasi sepolte, e la risposta alla mia domanda sul perché tutto ciò fosse stato celato così gelosamente, è stata sempre la stessa: la vergogna. Ci spaventa il significato delle cose di cui ci vergogniamo. In questo caso a spaventare è soprattutto un indelebile, doloroso marchio, quello di follia. Quando invece quello peggiore, quello di cui veramente bisogna sentirsi macchiati è l'indifferenza, la paura, il tabù.

Giovangiuseppe: Si perde l'orientamento una volta dentro, si ha la necessità di essere guidati, di ricevere continue spiegazioni, proprio come se Virgilio ci indicasse il percorso. Forte è la percezione di un dedalo ricco di insidie, l'idea di vagare senza meta, la perdita di ogni punto di riferimento.

Melina: Le città e la memoria. 3. – Italo Calvino: Perdonami!

Inutilmente, magnanimo Kublai, tenterò di descriverti la città del Bianchi dalle alte mura. Potrei dirti di quanti gradini sono le vie fatte a scale, di che sesto gli archi dei porticati, di quali lamine di zinco sono ricoperti i tetti; ma so già che sarebbe come non dirti nulla. Non di questo è fatta la città, ma di relazioni tra le misure del suo spazio e gli avvenimenti del suo passato. ... Di quest'onda che rifluisce dai ricordi la città s'imbeve come una spugna e si dilata. Una descrizione del Bianchi quale è oggi dovrebbe contenere tutto il passato del Bianchi. Ma la città non dice il suo passato, lo contiene come le linee d'una mano, scritto negli spigoli delle vie, nelle griglie delle finestre, negli scorrimano delle scale, nelle antenne dei parafulmini, nelle aste delle bandiere, ogni segmento rigato a sua volta di graffi, seghetture, intagli, svirgole. (Italo Calvino, *Le città invisibili*, 1972)⁹.

Alessio: La riconquista degli spazi da parte della vegetazione è come una metafora della rivincita della vita sulla costrizione. (Elisabeth Hölzl, *Libera viva*, 2012)

Vincenzo: Bisogna saper comunicare attraverso il linguaggio dell'architettura, che è il linguaggio della luce, il linguaggio dei materiali, delle proporzioni, il linguaggio dell'acustica. Per questo la storia deve essere presa in considerazione seriamente, la storia ci insegna ma emozionandoci e la memoria per un'opera di architettura, specialmente in edifici che hanno a che fare con essa, non è solo una questione secondaria ma un aspetto fondamentale perché senza memoria noi saremo completamente perduti. (Daniel Libeskind, da un'intervista di Veronica Dal Buono, 2011)

Dalla città per la cura alla cura per la città

L'ultimo capitolo, il quarto, conclude il docufilm con la presentazione delle idee di riscatto per l'ex ospedale Leonardo Bianchi. Tutto è riassunto nel titolo. A partire dalla volontà di ricordare cento anni di storia della medicina, degli uomini, della città e dell'architettura, ma anche dalla necessità di riscattare un luogo e il suo patrimonio materiale e culturale dall'oblio e dal degrado, si è sviluppato il lavoro di ricerca e di didattica sull'ex ospedale psichiatrico napoletano. Il recupero strutturale e culturale dell'intero complesso viene ipo-

⁹ Il testo è una riscrittura di una parte della descrizione de "la città di Zaira" sostituita con "la città del Bianchi".

tizzato per fasi, cominciando dall'apertura del recinto, dalla moltiplicazione degli accessi, dal progetto di un padiglione della memoria alter ego dell'archivio e della biblioteca, dalla sistemazione degli spazi aperti. Il racconto coinvolge molti studenti e si svolge nell'aula di laboratorio dove sono esposti plastici, manifesti, tavole, tutti elaborati e descritti dagli studenti che nella parte iniziale del capitolo commentano le slide di una presentazione composta da chi scrive.

Raccontiamo un percorso conoscitivo, quello necessario per lavorare a qualunque progetto e in particolare al progetto di questo luogo. Le nostre memorie dal Bianchi sono raccolte in quaderni, tavole, manifesti, plastici.

Il nostro progetto si fonda sull'idea dell'ascolto. Dell'ascolto di un luogo, della sua storia, delle sue modificazioni e delle sue aspirazioni e possibilità di trasformazione.

Lex Ospedale Psichiatrico Leonardo Bianchi è stato costruito come 'macchina per la cura' agli inizi del Novecento e dismesso circa cento anni dopo. Si tratta di una cittadella a nord-est del Centro Storico della città, adiacente all'aeroporto di Capodichino, sopraelevata e recintata, ora dismessa e abbandonata.

Il lavoro si è strutturato sull'idea di un progetto aperto pensato per fasi tese a: diversificare gli accessi, aprire, riutilizzare e riciclare edifici, spazi aperti e percorsi. Secondo un'idea che potrebbe essere riassunta nel passaggio "Dalla città per la cura alla cura per la città".

Il Bianchi, costruito secondo le regole dettate dalla medicina di fine 800, presenta una tipologia di impianto a padiglioni distanziati, simmetrico rispetto all'asse dei servizi, analogo a tanti altri manicomi italiani ed europei. Tra gli elementi fondanti degli ospedali psichiatrici ci sono i percorsi, assi di distribuzione, controllo e struttura portante dei padiglioni. Nei padiglioni si abitava, si curava, si lavorava, si soffriva, si moriva. Oggi è tutto è riconoscibile per frammenti, la natura si è impossessata dell'architettura.

Allora! Recuperiamo la città dei matti! La sua storia, le sue memorie, le sue architetture, i suoi spazi verdi. Sì! Liberamente! È importante recuperare ma anche non imbalsamare, riutilizzare ma anche non vincolare. Il primo passo è quello di pensare, pensare che il Bianchi esiste, pensare che continuare a dimenticare è soltanto uno spreco! L'idea è dunque quella di lavorare su reti e connessioni che si possono individuare a vari livelli e su varie scale.

In Italia quasi tutti gli ex ospedali psichiatrici sono nelle stesse condizioni tranne rarissime eccezioni di recupero parziale. Si tratta, dunque di un tema di rilevanza nazionale.

Nel contesto urbano napoletano, occasione per una apertura del Bianchi alla città è sicuramente offerta dalla rete infrastrutturale e in particolare dal completamento del tracciato della linea metropolitana con le stazioni di Capodichino.

Quindi abbiamo lavorato su alcune questioni fondamentali: conoscenza e ipotesi di recupero dell'intero impianto; apertura del recinto con previsione di un nuovo ingresso e del ridisegno della parte centrale dell'impianto dove si susseguono gli edifici comuni: l'archivio, l'ex cucina con dispensa e la chiesa.

Per quanto riguarda l'impianto architettonico del Bianchi, il lavoro di conoscenza ha orientato alcuni dei ragionamenti generali in merito a possibilità di recupero, riutilizzo, trasformazione o demolizione dei singoli elementi. Delle differenti ipotesi, l'idea che tiene insieme tutte è quella di un recupero che veda compresenti diversi usi e diversi soggetti attori e fruitori. Così si è ragionato sulla possibilità che il Bianchi possa essere insieme polo per la cultura, spazio di quartiere, polmone verde, area produttiva. Da città per la cura, il Bianchi deve aspirare a diventare città per la gioia. Senza dimenticare, anzi recuperando una memoria collettiva di una storia.

Si può ripartire dal recupero degli spazi aperti, dai giardini, dagli orti, dalle produzioni

agricole per poi entrare negli edifici, negli spazi del lavoro, nella cucina.

Per quanto riguarda il secondo tema, quello del nuovo ingresso, abbiamo lavorato nell'area che va dal forno alla chiesa e che occupa il centro dell'impianto. Ipotizzando di demolire alcuni degli edifici più recenti e non congruenti dal punto di vista funzionale e formale con una nuova idea di spazio, tema di progetto è stato il padiglione della memoria che si configura anche come elemento di ingresso. I diversi progetti raccontano il Bianchi. Ogni padiglione tiene dentro la storia e la memoria del luogo in cui si innesta, ma numerose sono le variazioni sul tema: alcune delle architetture lavorano in analogia con gli elementi del Bianchi, altre lasciano al vuoto e al non costruito il ruolo di "voce narrante", altre ancora introducono temi specifici per il racconto di una storia e di un luogo. Così si è pensato alla tipologia della galleria per orientare il percorso conoscitivo o alla torre per scoprire un nuovo punto di vista. I nuovi padiglioni, al contempo della memoria e di ingresso, si configurano secondo numerose variazioni tematiche che tengono al centro della composizione singoli elementi come il muro o il percorso, costruiscono serie di spazi come labirinti o patii.

Il racconto si conclude con la citazione di alcuni dei temi o delle azioni che hanno orientato i progetti dei padiglioni della memoria degli studenti.

Conclusioni e aperture

Nel tempo intercorso dalla dismissione e dalla chiusura alla realizzazione del docufilm si sono succeduti tentativi di portare nuovi abitanti negli spazi dell'edificio principale o in quelli aperti immediatamente a ridosso di quest'ultimo. Si è dato spazio a compagnie teatrali¹⁰, laboratori per bambini, presentazione di libri¹¹, ma anche a studiosi, registi¹², fotografi, musicisti¹³ che si sono addentrati nei meandri della città altra restituendone immagini e interpretazioni. Poi una nuova chiusura, anche le poche unità di personale che erano rimaste hanno dovuto abbandonare il Bianchi.

Oggi i segni del degrado, del tempo e delle razzie mostrano l'ex ospedale ancora più depredato; i furti hanno riguardato non solo alcuni degli oggetti e materiali lasciati al tempo della chiusura, ma anche elementi dell'architettura, dai marmi dell'altare della chiesa alle tubature in rame che attraversavano i lunghi corridoi per trafugare le quali sono state divelte le pavimentazioni.

Alcuni interventi di recupero e riuso hanno riguardato in anni recenti qualcuno dei padiglioni dell'area di ingresso dove la ASL, ancora proprietaria dell'ex ospedale, ha attivato corsi di formazione e tiene attiva la distribuzione di medicinali.

Periodicamente, sempre in anni recenti, si è provveduto a diradare la vegetazione nelle aree più facilmente accessibili lungo il muro di recinzione ma non all'interno, nei cortili tra i padiglioni.

Dunque, il Bianchi rientra a pieno titolo tra le "eterotopie perduranti" di Napoli e dell'Italia tutta.

¹⁰ Per un tempo la compagnia teatrale diretta da Roberto De Simone ha svolto le prove degli spettacoli nel salone dell'edificio principale.

¹¹ Nell'estate 2015 lo scrittore Maurizio De Giovanni ha inaugurato al Bianchi la "Notte Bianca".

¹² Il regista Leonardo Di Costanzo ha girato negli spazi dell'ex Leonardo Bianchi il film *L'intervallo* vincitore del David di Donatello nel 2013.

¹³ Nel 2012 il gruppo musicale Foja ha girato il video della canzone *Tu me accire* negli spazi del percorso tra la cucina e il forno dell'ex Leonardo Bianchi.

A dieci anni dal docufilm, i progetti per Napoli sono andati avanti, la cittadella del Bianchi è sempre più interna ad un contesto urbano infrastrutturato, accessibile e dunque “vicino”, ma è anche sempre e ancora chiusa e in abbandono.

I temi di progetto allora individuati sono ancora validi: aprire il recinto, moltiplicare gli accessi, lavorare per fasi, conservare la memoria di una storia ma rendendo il Bianchi una “città per la gioia”. È necessario che ci siano più “abitanti”, più usi, spazi flessibili e diversificati¹⁴: che si valorizzi il patrimonio materiale e immateriale, come già detto, ma anche l’immenso patrimonio naturale¹⁵. In relazione alle istanze di sostenibilità, che negli ultimi anni vengono poste con forza all’attenzione di politici, tecnici, ricercatori e cittadini tutti – basti pensare agli obiettivi individuati dall’agenda 2030 dell’Unione Europea – e tenendo conto dell’approccio al paesaggio come bene comune e patrimonio culturale non solo monumentale della Convenzione Europea del Paesaggio che conta ormai più di vent’anni, il patrimonio naturale di questi luoghi e in particolare degli spazi aperti dell’ex ospedale psichiatrico Leonardo Bianchi può e deve essere considerato una riserva importante.

Bibliografia

- Aa.Vv., *Oltre il Manicomio. Il Leonardo Bianchi di Napoli*, s.e., Napoli 1995.
- Aa.Vv., *Per un Atlante degli Ospedali Psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996*, Fondazione Benetton Studi e Ricerche, Treviso 1999.
- Allende, I., *Paula*, Feltrinelli, Milano 2008.
- Ajroldi, C., Crippa, M., Doti, G., Guardamagna, L., Lenza, C., Neri, M.L., *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.
- Basaglia, F., *La distruzione dell’ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1967.
- Calvino, I., *Le città invisibili*, Einaudi, Torino 1972.
- D’Agostino, A., *In-between spaces. The former psychiatric hospitals, new urban ghosts*, in B.G. Jöger, *In between scales*, Ion Mincu Publishing House, Bucharest 2016.
- D’Agostino, A., Vannelli, G., *Follia intravita vs creatività consapevole. Gli ex ospedali psichiatrici, spazi (non) pubblici della quotidianità*, in R. Galdini, A. Marata (a cura di), *La città creativa. Spazi pubblici e luoghi della quotidianità*, CNAPPC, Roma 2017.
- D’Agostino, G. (a cura di), *Rapporto sullo stato degli ex ospedali psichiatrici in Italia*, «FAMagazine. Ricerche e Progetti sull’architettura e la città», n. 41 (2017).
- D’Agostino, A., Vannelli, G., *Dalla città dell’esclusione all’inclusione di città. Il caso degli ex ospedali psichiatrici*, in F. Capano, M.I. Pascariello, M. Visone (a cura di), *La città altra. Storia e immagine della diversità urbana*, FedOAPress, Napoli 2018.
- D’Agostino, G., Amore, M.P., Vannelli, G., D’Ascoli, G., Sergio, M., *In another sense: uncovering memories, rediscovering denied heritage*, in M. Marzo, V. Ferrario, V. Bertini, *Sense of Past and Sense of Place. Designing Heritage Tourism*, LetteraVentidue, Siracusa 2022.

¹⁴ A. D’Agostino, G. Vannelli, *Follia intravita vs creatività consapevole. Gli ex ospedali psichiatrici, spazi (non) pubblici della quotidianità*, in *La città creativa. Spazi pubblici e luoghi della quotidianità*, a cura di R. Galdini, A. Marata, CNAPPC, Roma 2017, pp. 697-705.

¹⁵ E. Hölzl, *Libera viva*, Verlag für moderne Kunst Nürnberg GmbH, Norimberga, 2012. A. D’Agostino, G. D’Ascoli, *Ex Ospedali Psichiatrici: possibili refugia tra memorie collettive e inedite estetiche ecologiche*, in *Città che si adattano?*, a cura di R. Tamborrino, AISU International, Torino 2024, pp. 950-959.

- D'Agostino, A., D'Ascoli, G., *Ex Ospedali Psichiatrici: possibili refugia tra memorie collettive e inedite estetiche ecologiche*, in R. Tamborrino (a cura di), *Città che si adattano?*, AISU International, Torino 2024.
- Hözl, E., *Libera viva*, Verlag für moderne Kunst Nürnberg GmbH, Norimberga 2012.
- Li Calzi, E., Fontana, S., Sandolo, A., *Per una storia dell'architettura ospedaliera*, Maggioli Editore, Milano 2006.
- Mannaiuolo, U.G., Scuti M., *L'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Napoli nel presente e nell'avvenire*, s.e., Napoli 1928.
- Merini, A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, Scheiwiller, Milano 1986.
- Sessa, M., Villone, G., *Folia/Follia. Il patrimonio culturale dell'ex ospedale psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli*, Editrice Gaia, Salerno 2010.
- Tamburini, A., Ferrari, G.C., Antonini, G., *L'assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni*, Utet, Torino 2018.

Sitografia

https://www.youtube.com/watch?v=TM_B7QijZyA&t=24s
<http://www.spazidellafollia.eu/it>
<https://cartedalegare.cultura.gov.it/index.php?id=112>
<https://youtu.be/P2G0puHf-ng>
https://napoli.repubblica.it/cronaca/2015/07/30/news/il_leonardo_bianchi_va_all_expo_con_i_menu_dei_pazzi_e_lo_strumento_di_tortura_di_lombroso-120130188/
https://napoli.repubblica.it/cronaca/2015/07/30/news/il_leonardo_bianchi_va_all_expo_con_i_menu_dei_pazzi_e_lo_strumento_di_tortura_di_lombroso-120130188/

Riapriteci il manicomio: il caso delle Ville Sbertoli a Pistoia

Chiara Mugelli, Matilde Ricci

Le Ville Sbertoli nacquero come Casa di salute privata in seguito all'acquisto nel 1868, da parte del medico Agostino Sbertoli, di due ville patrizie sui colli pistoiesi presso Colleggiato, a pochi chilometri dal centro cittadino¹. Qui egli dette vita ad un «sistema disseminato a forma di villaggio»² dotato dei comfort rispondenti alle esigenze di una clientela internazionale alto-borghese. Dopo la sua scomparsa, sotto la nuova conduzione del figlio si promosse una narrazione edulcorata della reclusione, smentita già dai tempi della gestione del padre dalle reali pratiche adottate all'interno, dal grande cancello chiuso, dai muri di cinta e in particolar modo dai due villini destinati alla detenzione dei pazienti agitati, esempi di come ancora la custodia prevalesse sulla cura. Con la crisi economica del secondo dopoguerra, che provocò un vertiginoso aumento delle rette, nel 1950 il complesso venne venduto alla Provincia, dando inizio alla seconda fase della storia delle Ville, quella di Ospedale neuropsichiatrico provinciale (Onp), sotto la direzione del dottor Cesare Mattioli Foggia. Erano gli anni in cui la psichiatria iniziava a ripensare se stessa e l'ospedale pubblico venne accolto con grande entusiasmo, sintomo della volontà di superare ciò che la Casa di cura aveva invece rappresentato, un luogo di segregazione elitario che mal rispondeva all'esigenza di confrontarsi con i nuovi problemi posti dalla psichiatria moderna. Nonostante le migliorie e gli interventi di ampliamento, l'ottimismo lasciò spazio al sovraffollamento. In vent'anni il numero dei pazienti quintuplicò; lo spazio del paziente si ridusse drasticamente ad un letto e ad un comodino, e si scivolò nel cronicario³. A partire dagli anni Sessanta, all'interno di un clima culturale in fermento, anche nell'ambito psichiatrico emergeva la necessità di rinnovamento, il quale in Italia portò gradualmente alle leggi 431/1968 e 80/1978⁴. Quest'ultima coincise con il pensionamento di Mattioli Foggia, al quale seguiranno nel ruolo di direttori Ernesto Buondonno, che aveva aderito alle idee di Psichiatria Democratica, Wando Gragnani, Lorenzo Librando ed infine Leopoldo Tesi. L'ospedale neuropsichiatrico ha concluso la sua attività nel 1996 e, dopo aver ospitato per diversi anni anche una scuola per infermieri, chiuse nel 2006, anno in

¹ A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli – Da Casa di Salute a Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale*, Pacini Editore, Pisa 2012, p. 139. La raccolta di fonti integra il saggio con gli appunti privati del prof. Ottanelli, gentilmente concessi in lettura.

² L'architetto Francesco Azzurri descriveva così il nuovo modello di manicomio che proponeva definendolo il *sistema disseminato a forma di villaggio*: «sopra un vasto terreno adatto, recinto all'intorno, con un'aria saluberrima e in ridente posizione campagnola sorgerebbe il frenocomio con tutte l'apparenze d'un villaggio», *ivi*, p. 59.

³ *Ivi*, pp. 147-152.

⁴ La storia della critica all'istituzione manicomiale in Italia si legge in V.P., Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2011, pp. 180-292.

cui si aprì la terza fase del complesso, quella della gestione pubblica da parte dell'Usl n. 8.

Primi passi verso la deistituzionalizzazione

Le prime voci di denuncia si devono al mensile «Cineforum Pistoiese»⁵, rivista nata nel gennaio 1968 e curata da un gruppo di amici proveniente dall'orbita della Gioventù Italiana di Azione Cattolica (Giac)⁶, che rispondeva alla necessità di aprire il dibattito locale alle tematiche che stavano mobilitando la generazione europea di fine anni Sessanta⁷. Ogni numero proponeva una riflessione su «Gli ultimi», quelle categorie sociali per le quali «nessuno, occupandosene, crede di fare politica, ma solo beneficenza»⁸. Fu dunque con la sensazione che le voci di centinaia di «minorati psichici»⁹ mancassero all'appello della coscienza collettiva cittadina, che nel maggio del '68 la città di Pistoia iniziò ad interessarsi delle condizioni dei suoi degenti¹⁰.

Ne seguì un'inchiesta in cui emergevano storie di minori con handicap, famiglie lasciate sole dall'amministrazione comunale e dall'Opera nazionale maternità e infanzia (Onmi)¹¹ e pazienti psichiatrici stipati in «manicomi lager tipo le Ville Sbertoli»¹². È del maggio '69 l'articolo di denuncia più aspra, il primo dedicato ai «500 reclusi alle Ville Sbertoli». Rifiutando l'etichetta di «ospedale», «perché nel vocabolo [...] c'è insito il concetto di "luogo dove si cura e si guarisce" e questo non è il caso del manicomio di Pistoia»¹³, si criticava al suo direttore – e alla società intera – l'edulcorazione dell'ergoterapia e della reclusione contenitiva in una periferia lontana dagli occhi dei cittadini.

Gorizia a Pistoia: il Convegno del 1970

Grazie a queste riflessioni, insieme con il vento di cambiamento che spirava in Italia¹⁴, maturò anche a Pistoia una certa sensibilità che portò all'organizzazione di un convegno

⁵ La rivista fu attiva dal gennaio 1968 fino al 1973. È conservata in copia cartacea e digitale dal Centro di documentazione di Pistoia.

⁶ Per un approfondimento sul movimentismo cattolico pistoiese nei decenni del dopoguerra, si veda P.L. Guastini, *Lassestamento politico, gli anni dello sviluppo e la crisi degli anni '60 (1950-1970)* in *Storia Contemporanea a Pistoia dal 1944 al 1995*, ISRPT editore, Pistoia 2007, pp. 76-80.

⁷ La redazione era indubbiamente ispirata dall'esperienza del cattolicesimo del dissenso. Si riconosceva al marxismo un contributo fondamentale nella maturazione della coscienza politica globale, ma se ne individuavano i limiti teorici e politici nella scarsa considerazione per le categorie inabili al lavoro, in questo caso «subnormali» e anziani. Come in una sorta di manifesto chiarificatore, la visione politica sull'argomento è espressa a due anni dalla nascita della rivista, in *Perché gli ultimi*, in «Cineforum», 17/18 (1970), p. 2.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *In provincia si ripensa ai bambini sub-normali*, in «Cineforum», 4 (1968), p. 3.

¹⁰ F. Perugi, «I nostri negri». *La contestazione cattolica all'emarginazione sanitaria a Pistoia*, in «Quaderni di Farestoria», 2 (2016), pp. 55-64.

¹¹ L'Onmi fu un ente assistenziale creato dal governo Mussolini nel 1925. Riorganizzato nel dopoguerra, fu sciolto nel 1975, lasciando alle regioni i compiti di assistenza sanitaria locale. Le critiche a queste istituzioni inefficienti o ormai vacillanti sul territorio sono contenute in *Subnormali, troppi enti*, in «Cineforum», 9 (1969), pp. 8-9, p. 16.

¹² *Gli ultimi*, in «Cineforum», 12/13 (1970), p. 3.

¹³ *500 reclusi alle Ville Sbertoli: la colpa è anche nostra*, in «Cineforum», 15 (1970), pp. 10-11.

¹⁴ È del 1969 la pubblicazione de *L'istituzione negata* di Franco Basaglia, risalgono a questi anni i tentativi di vari psichiatri italiani di stabilire un nuovo modello di conduzione dei manicomi.

per discutere le criticità del manicomio locale. Nonostante l'opposizione del dottor Mattioli Foggia all'avvio dello stesso nei locali del manicomio, l'evento promosso dalla Provincia a guida socialcomunista, e sostenuto dall'ex partigiano, nonché amministratore con incarico all'Onp, "Mariolino" Innocenti, si svolse con partecipazione ad invito il 25 maggio del 1970 a Colleggiato¹⁵.

Il *Convegno sui problemi attuali della assistenza psichiatrica* si aprì con l'ammenda del presidente della Provincia Nanni, che ammetteva la necessità dell'incontro data la condizione dell'amministrazione di «profani» rispetto al tema, auspicandosi la buona – e pratica – riuscita dell'intervento, invitando ad un dibattito «senza alcun timore della vivacità»¹⁶. Seguì uno scambio acceso tra psichiatri di diversa impostazione, ma anche tra sindacalisti, infermieri e cittadini. Particolarmente severi furono gli interventi dei medici Leopoldo Tesi ed Edelweiss Cotti¹⁷, da poco rientrati dalla turbolenta esperienza nell'ospedale psichiatrico di Cividale del Friuli¹⁸. La novità, tuttavia, emergeva nella presenza di alcuni studenti, dei giovani di Cineforum e di due pazienti: per la prima volta a Pistoia si assisteva alla testimonianza dei degenti in un'assemblea pubblica, restituendo alla loro voce la dignità di essere umano, la presunzione di veridicità di un testimone, e di fatto il riconoscimento della cittadinanza tramite l'esercizio della libertà di parola.

Esperienze simili si erano diffuse in Italia a partire dalle *assemblee generali* di Gorizia nel 1965, seguite da quelle *paritetiche* svolte nel manicomio di Collegno dal responsabile del Reparto 12, lo psichiatra Enrico Pascal¹⁹; a Pistoia invece durarono poco le riunioni con i ricoverati ad opera del «comitato congiunto»²⁰, partorito dalla chiusura programmatica del Convegno²¹. Nonostante ciò, non si esaurì l'attenzione dei cittadini: mentre i membri di Cineforum invitavano, con scarsi risultati, i ricoverati alle proprie proiezioni, gli studenti dell'Istituto magistrale riuscirono ad ottenere all'assemblea studentesca del febbraio 1971 la presenza di due ospiti del manicomio, Pucci e Balestrieri, accompagnati da un'infermiera e due medici²². Si può dunque affermare che a Pistoia siano state principalmente tre le spinte politiche e culturali che accompagnarono l'avvento del 1978: un'amministrazione provinciale piuttosto sensibile al tema, anche se non preparata, che ampliò gli spazi dei ricoveri e promosse l'avvicinamento di Colleggiato alla città; un coinvolgimento attivo e impegnato di collettivi giovanili ed enti assistenziali della città, mossi talvolta da bruciante desiderio di giustizia politica, talaltra da compassione religiosa; e infine qualche prima voce all'interno delle Ville stesse.

¹⁵ A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli*, cit., p. 133.

¹⁶ Atti del Convegno sui problemi attuali della assistenza psichiatrica, a cura dell'Amministrazione provinciale di Pistoia, Pistoia 1970, pp. 2-4.

¹⁷ *Ivi*, pp. 20-24, pp. 84-87, 88-93.

¹⁸ V.P. Babini, *Liberi tutti*, cit., pp. 255-259. Per un approfondimento della concezione antipsichiatrica di Cotti e sul racconto dell'esperienza a Cividale, si veda E. Cotti, R. Vigevari, *Contro la psichiatria*, La Nuova Italia, Firenze 1970.

¹⁹ Nel sito dedicato all'operato psichiatrico e politico di Pascal si trovano le registrazioni delle assemblee interne ai reparti di Collegno, delle riunioni di équipe, di alcuni significativi dibattiti pubblici: <https://www.ilmargine.it/pascal-audio/>, consultato in data 10/10/2024.

²⁰ *Pistoia scoppia di problemi. Ciò che è ancora fermo e ciò che si muove*, in «Cineforum», 17/18 (1970), p. 10.

²¹ *Convegno sui problemi attuali della assistenza psichiatrica*, cit., p. 133.

²² *Gli studenti delle Magistrali si incontrano con i ricoverati delle Ville Sbertoli*, in «Cineforum», 19/20 (1971), pp. 6-7. Il tentativo di ascoltare i degenti non riuscì invece al Liceo Classico Forteguerra, per il voto contrario del Consiglio docente. La vicenda è denunciata *ivi*, p. 23.

La spinta interna

Furono molteplici gli attori coinvolti nel superamento dell'istituzione manicomiale: dai medici, agli infermieri, agli operatori più o meno specializzati, soprattutto in seguito alle nuove disposizioni determinate dall'attuazione della legge 431²³. Eppure, ciò che simbolicamente segnò l'inizio del processo di deistituzionalizzazione del manicomio pistoiese fu l'abbattimento di due muri, su iniziativa dello psichiatra Leopoldo Tesi: il primo, nel 1969, divideva un cortile interno; nel 1970 fu poi la volta del divisorio tra il "villino uomini" e il "villino donne", rispettivamente Villa Chiarugi e Villa Mattani, contenenti vere e proprie celle di isolamento, emblema della natura reclusiva, figlia di una pura logica manicomiale²⁴. Lo psichiatra pistoiese Leopoldo Tesi aveva lasciato nel 1962 la città d'origine alla volta di Gorizia, dove lavorò insieme con le personalità che stavano gettando le basi dell'imminente riforma psichiatrica²⁵. L'esperienza goriziana fu seguita da quella, conclusa con una serie di accuse giudiziarie sulle spalle, di Cividale del Friuli, dopo la quale Tesi tornò a Pistoia, entrando nell'organico delle Ville Sbertoli.

Grazie al clima di fermento creatosi attorno all'ospedale pistoiese, tra il 1970 e il 1973 le Ville attirarono l'attenzione di diversi artisti, tra cui la regista Liliana Cavani, che le scelse come set cinematografico per il film *L'ospite* (1971), che affrontava il tema del reinserimento degli ammalati psichici nella vita sociale²⁶. Se da un lato la pellicola rappresentò un'occasione di risonanza per la condizione dei reclusi – e in particolare delle reclusi –, dall'altro non riuscì a svincolarsi da una visione estetizzante della liberazione, che relegava a sfondo scenografico le vere degenti con gli spazi che abitavano.

In questi anni, in cui l'Onp raggiungeva la massima espansione, sia in termini di ricoverati che in termini di personale, ebbe inizio il periodo di rinnovamento più intenso: i reparti delle Ville furono gradualmente aperti concedendo ai degenti di circolare liberamente, fu istituito un corso di scuola popolare per gli analfabeti e si sperimentarono nuove modalità terapeutiche, come la socio-ludo-terapia²⁷. Il bar delle Ville, gestito da infermiere di recente assunzione, prese il nome di "Circolo sociale" facendo la sua preziosa parte in un percorso complessivo di allenamento alla socializzazione e restituzione della dignità per anni negata. Le stanze contigue furono abbellite, arredate e fornite di oggetti per lo svago, di modo da permettere ai degenti di disporre di un luogo accogliente dove incontrare i familiari il giorno delle visite²⁸. Intravedendo la possibilità di collaborare al cambiamento, i giovani redattori di Cineforum partecipavano alle occasioni ricreative in cui l'ospedale si apriva alla città e frequentavano le assemblee del Circolo sociale, in occasione delle quali i degenti prendevano la parola per discutere con operatori e cittadini interessati i problemi relativi alla vita dell'ospedale²⁹.

In seguito all'approvazione della legge di riforma assistenziale n. 485/1972, i degenti ebbe-

²³ Nel 1968 venne abolito l'obbligo di iscrizione nel Casellario giudiziale e prevista la possibilità del ricovero volontario. Gli Ospedali psichiatrici avrebbero dovuto affiancarsi ai neonati Centri di igiene mentale (Cim), decentrati sul territorio e costituiti da équipe multi-professionali.

²⁴ A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli*, cit., p. 139. La raccolta di fonti integra il saggio con gli appunti privati del prof. Ottanelli, gentilmente concessi in lettura.

²⁵ A. Slavich, *All'ombra dei ciliegi giapponesi. Gorizia 1961*, Edizioni alphabeta, Merano 2018.

²⁶ L. Cavani, *L'ospite* (film), Italia 1972.

²⁷ A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli*, cit., p. 139.

²⁸ Intervista con Gabriella Pagnini, infermiera del Circolo Sociale dal '73 al '96, a cura delle autrici. Pistoia, 25/10/2024.

²⁹ *Visita ad un ospedale psichiatrico*, in «Cineforum», 19/20 (1971), p. 6.

ro diritto ad una pensione: un grande cambiamento di *status*, nonché un'occasione per uscire dal manicomio per ritirare denaro, da spendere poi in negozi e servizi cittadini, assieme ai compensi derivati dall'ergoterapia³⁰. Le infermiere del Circolo sociale accompagnavano gli ospiti fuori dalle mura in occasione delle visite specialistiche, che in quegli anni divennero di competenza degli ospedali civili anche per i ricoverati psichiatrici, per andare a trovare i familiari, e per il non meno importante esercizio del voto³¹. Ancora oggi lungo i perimetri di alcuni edifici e all'interno delle stanze di Villa Tanzi è possibile osservare i dipinti realizzati dai degenti in quegli anni, che col tempo iniziarono a riempire anche spontaneamente le pareti decorandole con scritte e graffiti, testimonianze di quell'arte manicomiale da alcuni definita *art brut*³².

Sembra dunque che Pistoia non fosse del tutto impreparata all'arrivo della legge 180: già nel 1966 era stato istituito il Centro di igiene mentale e nel 1974 aperte le prime case famiglia; nel 1977 inoltre, dopo la chiusura dei villini Chiarugi e Mattani, venne istituito presso Villa Serena un "Reparto di diagnosi e cura", con divieto assoluto di far transitare i pazienti verso i reparti del manicomio e obbligo di dimissione e osservazione territoriale a cura dei centri di igiene mentale; questa scelta qualificava già le Ville Sbertoli come «residuo manicomiale»³³.

Tre progetti di recupero

Attraverso la lettura degli articoli pubblicati tra gli anni Ottanta e Novanta su riviste locali come *Il becco rosso* o *Il Grido*, risulta concorde il quadro della ricezione della legge 180 a Pistoia proposto dagli operatori, sia medici che sociali, frustrato dalla scarsità di energie professionali ed economiche, nonché dalla confusa direzione intrapresa dall'amministrazione³⁴. Nondimeno, i primi anni Novanta rappresentarono anche l'inizio dei tentativi di riconversione dell'ex manicomio, che ebbero, come si vedrà, tra i più diversi promotori, metodi e immaginari di riferimento, ma quasi sempre lo stesso approdo. Il primo di questi fu completato dagli architetti Giovanni Battista Bassi e Piero Marelli nel 1996³⁵.

L'ambiziosa proposta, chiamata «Acropoli dell'accoglienza», rimase inapplicata, ma rappresentò un perno al quale riferirsi per le idee e i dibattiti successivi. Ogni progetto che seguì si poneva infatti domande simili: si interrogava sulla destinazione, in blocco o disunita, del parco e degli immobili; ribadiva la volontà o la contrarietà alla realizzazione in loco di strutture nuovamente destinate alla salute mentale; proponeva soluzioni dalla

³⁰ Si prendevano così le distanze dai precedenti tentativi ergoterapeutici, che coinvolgevano solo pochi degenti e che erano perlopiù funzionali al mantenimento dell'istituzione manicomiale stessa.

³¹ Intervista con Gabriella Pagnini a cura delle autrici. Pistoia, 25/10/2024.

³² Per la nascita del termine e la disamina dei primi tentativi di utilizzo della manifestazione artistica psichiatrica non solo come terapia, ma come innovativa condizione di possibilità per il dialogo con il malato, si veda V.P. Babini, *Liberi tutti*, cit., pp. 165-171.

³³ A. Ottanelli, *Le Ville Sbertoli*, cit., p. 142.

³⁴ L. Tesi, *Perché non le fate anche voi? ovvero: il destino delle Ville Sbertoli*, in «Il becco rosso», 20 (1987), p. 1; A. Bresci, *Legge 180*, in «Il becco rosso», 3 (1989), p. 3; M. Giovannelli, *Storie di ordinaria follia; La parola agli operatori; Formare per prevenire*, in «Il Grido», 3 (1993), pp. II, III, IV. Consultabili presso l'Archivio Roberto Marini di Pistoia.

³⁵ A. Ferrario (a cura di), *Le Ville Sbertoli e la città. Percorso partecipativo febbraio- luglio 2009*, Edizioni del Comune di Pistoia, Pistoia 2010, p. 49, pp. 122-123.

gestione completamente pubblica o mediata da soggetti privati e associazioni.

Che il tema del recupero e della valorizzazione dell'ex manicomio stesse a cuore alla città è testimoniato in particolar modo da due esperienze che presero il via dal basso nei primi anni duemila. Sulla scia del dibattito seguito alle dichiarazioni di vendita delle Ville nel 2007 nacque una prima esperienza di ripensamento collettivo dello spazio³⁶: sfruttando una neo approvata legge regionale, che voleva incentivare l'avvicinamento tra cittadini e istituzioni, fu possibile dare avvio ad un percorso che coinvolse cittadini, addetti ai lavori, associazioni e Comune di Pistoia³⁷. A distanza di dieci anni dall'inattuato piano Bassi-Marello nacque così il Percorso partecipativo, progetto finanziato dalla Regione Toscana che si protrasse da febbraio a luglio 2009³⁸. In vista dell'elaborazione del nuovo Piano urbanistico, l'amministrazione comunale si impegnò nel garantire l'interesse per ciò che sarebbe emerso dal percorso.

La cittadinanza ne fu parte attiva: tramite la selezione di un gruppo rappresentativo piuttosto eterogeneo, i cittadini furono chiamati a rispondere ad una serie di domande sullo spazio dell'ex manicomio e a prendere parte a laboratori e «focus group[s]»³⁹; vennero organizzati incontri con i «custodi della memoria»⁴⁰, persone che erano state ospiti o che avevano lavorato alle Ville Sbertoli, oltre all'apertura presso gli uffici comunali di uno spazio aperto ogni giovedì alla cittadinanza, per richiedere informazioni o contribuire al progetto. Alla fine, i partecipanti furono chiamati a valutare gli esiti emersi dalle statistiche e ad esprimere una serie di raccomandazioni all'amministrazione circa il futuro dell'area, consegnate durante la giornata di chiusura dei lavori tenutasi pubblicamente il 1° luglio 2009⁴¹. Dal percorso emerse la specifica volontà di preservare la memoria del ruolo disumanizzante di uno dei due villini per gli alienati gravi, Villa Mattani, che aveva visto anche la reclusione di quattro partigiani pistoiesi, e che oggi ospita una targa – al momento inaccessibile – in ricordo della loro detenzione⁴².

La terza esperienza di ripensamento dell'ex ospedale fu invece elaborata dal Gruppo informale “losbertoliano”, costituito da una parte della cittadinanza pistoiese coagulata intorno allo Spazio Liberato ex Breda Est (SLEBest), collettivo che trovava la sua sede in un edificio occupato, in un'area della città interessata da interventi urbanistici massicci in quei primi anni Duemila. Il gruppo iniziò un progetto di riavvicinamento all'ex manicomio, che si tradusse nel luglio del 2011 nelle «Folli merende», le cui locandine riportano i graffiti dei pazienti sui muri dell'ex lavanderia, e un sottotitolo eloquente: «i pazzi siete voi, noi siamo da manicomio»⁴³. Il progetto, costruito collettivamente, si richiamava all'antica bellezza barocca del quartiere manicomiali, in contrasto con la contemporanea devastazione del complesso lasciato a se stesso: l'abbandono degli spazi e il divieto di accedervi rinnegava, secondo “losbertoliano”, la vocazione di cura che aveva generato la

³⁶ *Ivi*, p. 48.

³⁷ Legge regionale n. 69/2007, *Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali*.

³⁸ Dall'esperienza del Percorso partecipativo venne prodotto un testo riepilogativo, corredato da contributi tecnici, articoli di giornale e memorie del manicomio: *Le Ville Sbertoli e la città*, cit.

³⁹ *Ivi*, p. 30.

⁴⁰ *Ivi*, p. 32.

⁴¹ *Ivi*, pp. 38-42.

⁴² R. Cirone, *Carte custodite. Il carcere di Pistoia e il suo Archivio storico (1901 - 1991)*, Settegiorni, Serravalle P.se 2022, pp. 187-88. La lapide è censita in <https://memo.anpi.it/monumenti/1870/lapide-delle-ville-sbertoli/>. Consultato in data 07/11/2024.

⁴³ <https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/27/24-luglio-folle-merenda/>. Consultato in data 07/11/24.

costruzione del manicomio a metà Ottocento. Nei comunicati e negli articoli che seguirono si sosteneva che il caso delle Ville fosse solo un esempio della più generale gestione speculativa del patrimonio immobiliare comunale, resa evidente dal vasto cantiere urbano in cui sorgeva lo stesso Spazio Liberato⁴⁴.

L'estate successiva il gruppo tornò nell'ex cittadella Sbertoli per due giornate, nelle quali si succedettero performance artistiche a dialoghi con attivisti, docenti ed ex lavoratrici dell'ospedale⁴⁵. Al grido di «Riapriteci il manicomio», i due eventi fecero da apripista alla richiesta del collettivo di comodato d'uso, scritta nei mesi che seguirono ed esposta alla cittadinanza in un incontro pubblico organizzato nella Sala consiliare del Comune il 3 novembre del 2012. Di fronte agli esiti del Percorso partecipativo del 2009, infatti, il gruppo si proponeva, insieme ad altre realtà locali, di realizzare nell'area verde orti sociali e percorsi didattici, e contemporaneamente di utilizzare la potenzialità degli immobili per realizzare un cohousing, una casa delle arti, uno sportello per stranieri, e un museo della follia e della memoria. I progetti avanzati presupponevano il coinvolgimento della cittadinanza, sia nella fruizione che nell'erogazione di servizi e laboratori, sebbene individuassero in particolare nel nuovo piano un'«attività per il recupero, reinserimento e riabilitazione dei soggetti cosiddetti deboli o difficili, incentrato sulla condivisione e sulle pratiche, innanzitutto artistiche»⁴⁶. Con ciò, chiarito nelle *Prime riflessioni sbertoliane* che seguirono gli eventi estivi, non si intendeva fare appello all'ennesima ghettizzazione della sofferenza mentale, bensì proporre una cura collettiva, in continuo scambio con la cittadinanza tutta. La fondamentale pretesa, infatti, rimaneva quella di prestare fede a quello che si pensava essere il lascito del suo fondatore Sbertoli, che si diceva avesse vincolato l'utilizzo delle Ville, in nome della cura del figlio malato, a carico pubblico. Anche se la veridicità di questo passaggio ereditario è smentita dalla presente ricerca e da quella dello storico Andrea Ottanelli, che per primo ha scritto delle Ville⁴⁷, rimane importante il significato eminentemente pubblico ad esso attribuito dalla memoria cittadina.

Colpita dal loro fascino e desolata dal suo abbandono, la comunità pistoiese non ha mai rinunciato a vedere nelle Ville Sbertoli una possibilità di nuovo utilizzo. Le scelte amministrative e i delicati vincoli paesaggistici e artistici dell'ex cittadella hanno reso, complice il passare del tempo, sempre più difficile l'attuazione delle proposte urbanistiche e architettoniche che si sono susseguite nei decenni. Progressivamente, dal 1992 al 2012, i progetti diventarono sempre più partecipati e provenienti dal basso: come si è visto, da uno studio a firma di due architetti si è passati ad un lavoro congiunto tra cittadini, amministratori e professionisti e gruppi informali. La mancata realizzazione di tutto ciò, insieme al deperimento degli edifici e dei giardini, nonché alla disattenta – o per lo meno parziale – gestione del patrimonio artistico e archivistico, ha cause complesse e intrecciate con politiche tuttora in discussione. Ciò che di certo rimane è l'attaccamento della cittadinanza ad un luogo testimone di tanto dolore, simbolo di ciò che per secoli ha relegato la minaccia del diverso ai margini, ma che nondimeno fa parte della storia dei più, come ha osservato Gabriella Pagnini, ex infermiera del Circolo Sociale: «ora io non so se voi

⁴⁴ <https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/27/ringraziamenti-ed-articoli-sul-24/>. Consultato in data 07/04/2025.

⁴⁵ Per il programma dell'evento, si veda <https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28/riapriteci-il-manicomio-programma/>. Per le fotografie, con gentile concessione dell'utente, <https://www.facebook.com/88449753915/photos/pb.100064150707207-2207520000/10151256372373916/?type=3>. Consultati in data 07/11/24.

⁴⁶ <https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28/incontro-alla-cittadinanza-3-nov/>. Consultato il 07/11/2024.

⁴⁷ <https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28/prime-riflessioni-sbertoliane/>. Consultato il 07/11/2024.

avete paura del matto, se avete qualcuno che conoscete, non lo so; perché in genere nelle famiglie [...] c'è sempre qualcuno...»⁴⁸.

Bibliografia

- Atti del Convegno sui problemi attuali della assistenza psichiatrica, a cura dell'Amministrazione provinciale di Pistoia, Pistoia 1970.
- Babini, V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2011.
- Basaglia, F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.
- Bresci, A., *Legge 180*, in «Il becco rosso», 3 (1989), Pistoia, p. 3.
- «Cineforum Pistoiese», Pistoia, tipografia artigiana pistoia.
- In provincia si ripensa ai bambini subnormali*, (1968) n. 4, p. 3.
- Subnormali, troppi enti*, (1969) n. 9, pp. 8-9, p. 16.
- Gli ultimi*, (1970) n. 12/13, p. 3.
- 500 reclusi alle Ville Sbertoli: la colpa è anche nostra*, (1970) n. 15, pp. 10-11.
- Perché gli ultimi*, (1970) n. 17/18, p. 2.
- Pistoia scoppia di problemi. Ciò che è ancora fermo e ciò che si muove*, (1970) n. 17/18, p. 10.
- Gli studenti delle Magistrali si incontrano con i ricoverati delle Ville Sbertoli*, (1971) n. 19/20, pp. 6-7, p. 23.
- Visita ad un ospedale psichiatrico*, (1971) n. 19/20.
- Cirone, R., *Carte custodite. Il carcere di Pistoia e il suo Archivio storico (1901 – 1991)*, Settegiorni editore, Serravalle Pistoiese 2022.
- Cotti, E., Vigevari, R., *Contro la psichiatria*, La Nuova Italia, Firenze 1970.
- Ferrario, A. (a cura di), *Le Ville Sbertoli e la città: percorso partecipativo; febbraio-luglio 2009*, Edizioni del Comune di Pistoia, Pistoia 2010.
- Guastini, P.L., *L'assestamento politico, gli anni dello sviluppo e la crisi degli anni '60 (1950-1970)*, in «Storia Contemporanea a Pistoia dal 1944 al 1995», ISRPT editore, Pistoia 2007.
- Giovannelli, M., *Storie di ordinaria follia; La parola agli operatori; Formare per prevenire*, in «Il Grido», (1993), n. 3, Pistoia.
- Ottanelli, A., *Le Ville Sbertoli a Pistoia – Da Casa di Salute a Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale*, Pacini Editore, Pisa 2012.
- Perugi, F., «I nostri negri», *La contestazione cattolica all'emarginazione sanitaria a Pistoia*, in «Quaderni di Farestoria», n. 2, 2016.
- Slavich, A., *All'ombra dei ciliegi giapponesi - Gorizia 1961*, Edizioni alphabeta, Merano 2018.
- Tesi, L., *Perché non lo fate anche voi? Ovvero: il destino delle Ville Sbertoli*, in «Il becco rosso», 20 (1987), Pistoia.

Sitografia

<https://www.ilmargine.it/pascal-audio/>. Consultato in data 10/10/2024.

<https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/27/24-luglio-folle-merenda/>. Consultato in data 07/11/2024.

⁴⁸ Intervista con Gabriella Pagnini a cura delle autrici. Pistoia, 25/10/2024.

<https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/27/ringraziamenti-ed-articoli-sul-24/>. Consultato in data 07/04/2025.

<https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28riapriteci-il-manicomio-programma/>. Consultato in data 07/11/2024.

<https://memo.anpi.it/monumenti/1870/lapide-delle-ville-sbertoli/>. Consultato in data 07/11/2024.

<https://www.facebook.com/88449753915/photos/pb.100064150707207.-2207520000/10151256372373916/?type=3>. Consultato in data 07/11/2024.

<https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28/incontro-alla-cittadinanza-3-nov/>. Consultato in data 07/11/2024.

<https://losbertoliano.wordpress.com/2012/11/28/prime-riflessioni-sbertoliane/>. Consultato in data 07/11/2024.

Narrazione come «spazio di assunzione del rischio»: il Centro Donna Salute Mentale di Trieste

Francesca Nardi

Premessa

Molti sono i casi in cui la storia dell'internamento psichiatrico e della deistituzionalizzazione è entrata nelle pagine della letteratura, tuttavia in questa sede ci si concentrerà su *Passaggio a Trieste*¹ di Fabrizia Ramondino, per il suo taglio peculiare e illuminante, al tempo stesso. Il testo, pubblicato nel 2000, nasce da una contingenza specifica: nel 1998 a Trieste si sarebbero festeggiati i venti anni della Legge 180 e, tra le altre iniziative, anche il Centro Donna Salute Mentale avrebbe preso parte al dibattito, manifestando la sua presenza e condividendo l'esperienza delle donne che, negli anni, lo hanno attraversato. È questo il contesto dal quale prende abbrivio la scrittura di Ramondino, invitata per l'occasione dall'amica Assunta Signorelli, psichiatra femminista di formazione basagliana la quale, pur partecipando attivamente al movimento di democratizzazione della psichiatria e critica delle istituzioni, ha saputo mantenere uno sguardo lucido sulle sclerotizzazioni dei meccanismi storico-sociali che impervivano non soltanto i manicomi ma anche il *modus operandi* di coloro che lavoravano per la loro chiusura².

Andando con ordine, occorre forse riconnettere il centro diurno, fondato nel 1992 e interamente gestito dalle operatrici del Dipartimento Salute Mentale cittadino, e quest'ultimo, diretto prima da Franco Basaglia, poi da Franco Rotelli. Il Centro Donna si trova in via Gambini, sede anche dell'Associazione di Volontariato Culturale di Donne Luna e l'altra, nata nel 1990, anch'essa grazie alla spinta di Signorelli che, tuttavia, in un'intervista per «Zapruder» insiste sulla natura collettiva dell'esperienza: «Quando si parla di Centro [D]onna ci si limita a dire che era diretto da Assunta Signorelli. [...] è stato voluto e aperto

¹ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, Torino, Einaudi 2000.

² Lo si legge chiaramente in A. Signorelli, *Centro Donna – Salute Mentale: una storia di genere*, in *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, a cura di D.S. Dell'Aquila e A. Esposito, Ediesse, Roma 2015, p. 91: «Crediamo di poter dire che allora, quando a Trieste si lavorava per la rottura del manicomio e dei suoi meccanismi istituzionali, non avevamo la consapevolezza e la cultura di chiamare “qualità femminili” quelle che agivamo. Se da una parte ricostruivamo storie, attenzioni, desideri e complicità, portavamo la normale affettività in luoghi e situazioni di queste da sempre deprivate, dall'altra parte molte di noi furono costrette a imparare a modificare le proprie emozioni per acquisire modalità di riconoscimento e di azioni maschili, pena l'essere negate o distrutte. Forse non era possibile agire altrimenti: mancava in quegli anni, e non solo in noi, l'intuizione che il manicomio, la psichiatria, era “figlio naturale” di una logica assoluta che non permetteva, allora come oggi, diversità e differenziazioni. E così, mentre alcune di noi, e noi tra loro, percorrevamo nell'istituzione la logica della parità e omologazione, altre, nel consegnarsi all'analisi, se pur fra donne, di fatto riproducevano l'oggettivazione di sé, sfumavano la loro differenza, e si immergevano nel terreno minato di una psichiatria liberata da tutto tranne che dal suo essere scienza maschile».

da un gruppo di donne [...] di cui ero il punto di riferimento istituzionale: si è trattato di un processo collettivo»³.

L'intervista offre una traiettoria particolarmente interessante, se considerata congiuntamente alla scelta di osservare la deistituzionalizzazione attraverso la lente della letteratura, poiché riporta l'attenzione su un elemento che spesso resta in sordina e che, al contrario, è un elemento chiave del pensiero di Signorelli. Mi riferisco, infatti, alla lingua e al linguaggio come terreno di lotta e resistenza⁴ in cui, nel caso di Signorelli, finiscono per convergere anche la deistituzionalizzazione e il femminismo. In un'altra intervista, pubblicata nella raccolta di saggi e interventi *Praticare la differenza*, Signorelli, commentando la contrazione dello spirito che animava le prime fasi del movimento basagliano, afferma:

Nel corso degli anni, non solo a Trieste, le cose sono cambiate: diventare gruppo dirigente e riferimento per le persone giovani, mantenendo uno spirito autocritico, non era facile [...], per lo specifico triestino e non solo, penso che uno sguardo di donna possa offrire una lettura possibile.

Le cose che si fanno con passione e coinvolgimento totale, garantiscono a chi le compie la possibilità di andare oltre il limite del finito e conquistarsi l'eternità.

Le donne non hanno bisogno, o meglio non sono abituate a nominare l'opera, la prole è carne della propria carne, l'uomo deve invece nominarla, mettere il marchio per poter dire che è opera sua.

Accade così che gli uomini, anche se si muovono in collettivo devono imporre il proprio nome, la propria immagine per garantirsi l'eternità! Questo bisogno, con il trascorrere del tempo, sovrasta tutte le motivazioni che fondano l'agire concreto. Ciò che importa non è più la cosa che si fa, sostenerla e diffonderla fra le persone, assicurarle gambe e continuità, ma appropriarsene, identificarla nella propria persona, convincersi di esserne logos e cercare nell'altro/altra da te conferma di tanto, eliminando ogni possibilità di critica e di dibattito. È il pensiero unico che allontana le persone che pongono interrogativi e mettono in evidenza le contraddizioni e il negativo che ogni esperienza, anche la migliore, porta in sé. Ma si sa, è proprio l'altro/altra da te che ti permette di andare avanti, in sua assenza ti fermi e ti fossilizzi, divenendo cassa di risonanza del tuo passato, riconoscendoti solo in chi ti è simile e stigmatizzando chiunque non si adegui.⁵

In aperta polemica con i padri della deistituzionalizzazione, Signorelli rivendica un modo di fare "altro", aperto all'incontro e, soprattutto, allo scontro con l'altro da sé, ponendo poi l'accento sul valore politico della parola. Se il silenzio, da un lato, condanna all'assenza, la nomina, se strumentalizzata, può essere un mezzo di appropriazione. Detto altrimenti, in questo passaggio Signorelli rende evidente il nesso tra potere e narrazione,

³ A. Signorelli, *Mule matte. Voci e volti dall'ospedale psichiatrico di Trieste*, a cura di L. Meneghesso, in «Zapruder», (2016), n. 41, p. 72

⁴ Cfr. A. Signorelli, *Il movimento basagliano oggi*, in *Praticare la differenza*, cit., p. 242: «Nel mondo attuale, caratterizzato dal magma fuso dei linguaggi e dalla distanza dalla vita quotidiana dei luoghi decisionali [...] il concetto di resistenza pare il più idoneo per descrivere la condizione di chi s'impegna sul terreno della costruzione di un mondo dotato di senso, capace di comprensione, reciprocità e scambio fra le istanze più diverse, talvolta contrastanti, che le identità singolari propongono».

⁵ *Ivi*, p. 239.

sul quale, per tentativi, errori e contraddizioni, l'esperienza del Centro Donna, conclusasi nel 2000, non ha mai smesso di interrogarsi.

La chiusura dei manicomi, dove «niente e nessuno è: ciascun oggetto, luogo o persona ha solo il volto, l'immagine della negazione» è stata – spiega Signorelli – «una lotta anti-istituzionale [per la] riconquista di significato, riappropriazione dell'esserci, riproposizione sulla scena di tutto quanto c'era e accadeva nel luogo della non ragione»⁶. In questo quadro, il Centro Donna ha rappresentato, da un lato, un luogo di trasformazione e risemantizzazione delle violenze subite dalle donne portatrici di sofferenza e, dall'altro, un processo di riappropriazione e autoriconoscimento⁷ reciproco tra donne e persone eccedenti la definizione di folli. «[P]arola resa muta dal linguaggio della malattia» – come l'ha definita Franca Ongaro Basaglia – «la follia non viene mai ascoltata per ciò che dice o che vorrebbe dire»⁸. Cruciale è la mancanza di ascolto che emerge nella tematizzazione dell'intersezione tra la naturalizzazione della subalternità delle donne e la violenza della psichiatria. Ongaro Basaglia lo spiega chiaramente nel passo che segue, tratto da *Una voce*:

Affrontare il tema 'donne e pazzia' esige comunque una premessa esplicita: l'analisi intende riferirsi essenzialmente al denominatore comune che ha determinato la donna ad essere ciò che è nella nostra cultura. Il che non significa che non esistano differenze di classe, margini di libertà o di privilegio, livelli di oppressione e di coscienza, opportunità e diritti diversi, in rapporto a queste differenze. [...] Ma un denominatore comune unisce le donne al primo livello di oppressione che consiste nell'essere nata donna in una cultura in cui questo fatto costituisce di per sé una menomazione. E il disturbo psichico rende evidente questo denominatore comune.

Se dunque la donna è *natura e corpo per altri*, si può dedurre che tutto ciò che non rientra in questa sfera *più naturale* costruita sulla natura, diventa per la donna *innaturale* e per ciò stesso condannabile. La gamma di comportamenti riconosciuti come legittimi è per lei molto ridotta, e si esplica sempre nello spazio e nella sfera propria della sua natura.

Se la pazzia può essere definita la mancanza o l'impossibilità di una dialettica, impedita da una situazione chiusa che non offre sbocchi né alternative, la donna con la sua non-storia e con l'adialetticità della situazione in cui è stata costretta a vivere, può dare la misura di come vengano storicamente e socialmente costruite questa «pazzia» e questa impossibilità di dialettica.⁹

È Signorelli, nel «Congedo» di *Praticare la differenza*, a raccontare dell'incontro con Ramondino (estate 1979) e di come, da quel momento, tra le due si sia intessuto un legame profondo, di stima reciproca, affetto e scambio intellettuale, che non escludeva l'attrito:

Così è sempre stato per noi, ognuna sapeva che l'altra, in caso di bisogno, c'era. E su questa consapevolezza si è dipanato un rapporto che non ha conosciuto rotture. Discussioni forti, a volte aspre, ma tutte dentro un riconoscimento fondato sulla consapevolezza che, per coprire il disaccordo, non di anatemi e nemmeno di silenzi si

⁶ A. Signorelli, *Centro Donna – Salute Mentale*, cit., p. 87.

⁷ Si veda in particolare A. Signorelli, *Due donne: l'incontro con Fabrizia*, cit., pp. 251-258.

⁸ F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982, p. 139.

⁹ F. Ongaro Basaglia, *Una voce. Riflessioni sulla donna*, il Saggiatore, Milano 1982, pp. 106; 108; 116-117.

ha bisogno ma di imparare, a volte facendosi male, a tenere presente il punto di vista dell'altro/altra da te. In una parola del doppio che il vivere comporta, dell'assunto che la verità è in continuo divenire e che nulla è mai dato per sempre.¹⁰

La citazione potrà sembrare fuori luogo eppure, nel rapporto tra le due donne, è presente *in nuce* ciò che poi prenderà forma nell'etica e nella prassi del Centro Donna, raccontato da Ramondino in *Passaggio a Trieste*. Nel romanzo-diario l'autrice non parla per le altre donne né dà loro voce come concessione dall'alto; il suo, al contrario, è un fare relazionale e orizzontale che rispecchia, con gli strumenti della scrittura, la prassi delle operatrici. L'una e le altre elaborano pratiche di resistenza alla violenza della psichiatria e al suo linguaggio che, «[m]entre ti racconta, [...] ti interpreta, ti reinventa, secondo un modello astratto, e tu, uomo o donna, sparisce, la tua corporeità si deforma, perde i suoi confini naturali, per mescolarsi nel magma indistinto della scienza». Al contrario – spiega Signorelli – nella scrittura di Ramondino, il Centro Donna viene restituito nella sua complessità di voci: «[v]olevamo raccontarci come individui e come collettività; cercavamo un modo, una forma che rendesse possibile questo»¹¹.

L'autrice, infatti, si aggira per gli spazi di via Gambini restando sempre un po' in disparte, annotando sull'inseparabile taccuino nero¹² le parole delle donne, i gesti e le azioni che convivono, come spesso accade nei suoi testi, con citazioni, ricordi e riflessioni personali¹³. Scrittura, cura e pratiche femministe convergono sulla centralità del corpo, come scrive la stessa Ramondino: «Lo stile della mia scrittura coincide con il mio corpo, contenitore fragile della mia dismisura». Eppure non resta taciuta la distanza sulla quale si fonda la pagina scritta, dividendo i corpi che, scrittore l'uno e lettore l'altro, si rivolgono ad essa. A differenza di quanto accadeva nelle narrazioni orali – continua – la parola scritta fa sì che «la distanza fra i corpi – tanto più grande quanto meno lo stile contiene i segni del corpo di chi scrive»¹⁴ – raggiunga il massimo grado quando si parla di sofferenza.

Nominazione, distanza, cancellazione, come quella dei corpi riprodotta nelle cartelle cliniche sulle quali si addensa la riflessione di Signorelli, rilevando come la povertà degli aspetti riportati racconti, di fatto, le condizioni di vita «dentro l'istituzione, della distanza fra la persona ricoverata, il suo sentire, la sua sofferenza e il personale sanitario. Non storia di malattia, ma storia del processo di disumanizzazione messo in atto» non per curare ma per controllare e contenere i sintomi di una «malattia incomprensibile». È, allora, nello «scarto [...] fra la cartella e la persona» che si situa l'impegno di Signorelli e, con esso, la scrittura di Ramondino. Se l'istituzione, infatti, espropria la persona della materialità del corpo e della «sua essenza più intima e profonda»¹⁵, *Passaggio a Trieste*, pur nella sua frammentarietà, o forse proprio grazie ad essa, che accoglie l'irrimediabile parzialità di ogni narrazione, reinserisce le storie delle donne in un territorio d'intervento più ampio – quello triestino – e in geografie, socio-economiche ma anche affettive, estese e complesse, che rispondono alla globalizzazione raggiunta a cavallo del nuovo millennio.

¹⁰ A. Signorelli, *Due donne*, cit., p. 253.

¹¹ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., pp. 309-310. Sulla violenza narrativa della psichiatria si veda anche A. Signorelli, *Cosa racconta una cartella clinica*, in *Storia di Antonia. Viaggio al termine di un manicomio*, a cura di D.S. Dell'Aquila e A. Esposito, Sensibili alle Foglie, Roma 2017.

¹² Cfr. B. Alfonzetti, *I taccuini di Fabrizia Ramondino*, in «Non sto quindi a Napoli sicura di casa», a cura di A. Giorgio, Morlacchi, Perugia 2013, pp. 137-156.

¹³ Particolarmente apprezzabile in F. Ramondino, *L'isola riflessa*, Einaudi, Torino 1998.

¹⁴ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., p. 303.

¹⁵ A. Signorelli, *Come una prefazione. A margine di un saluto*, in A. Esposito, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Ad est dell'Equatore, Napoli 2019, p. 19.

A tal proposito è interessante riportare un passaggio tratto da *In direzione ostinata e contraria*¹⁶ in cui Signorelli racconta le sue prime esperienze al manicomio di Parma, sotto la guida di Basaglia, dove si apprende da vicino la prassi che ha permesso la caduta di «quel tabù che vieta il contatto fisico fra curante e curato». Di fronte alla fragilità di chi soffre, l'accoglienza, più che la violenza, può innescare una comunicazione, prima di tutto fisica; «allora può accadere che l'angoscia si diluisca e chi soffre è in grado di affrontarla in modo più sereno ed equilibrato»¹⁷.

Sergia Adamo, co-curatrice di *Pratiche per una salute mentale di genere*, riflettendo a consuntivo sugli interventi che, diffrativamente, attraverso il racconto di testimonianze, esperienze e studi teorici, si interrogano sullo stato dell'arte della prospettiva di genere nel campo della salute mentale, scrive:

quello che emerge è sempre la presenza della narrazione. Ma non della narrazione come esito definitivo, come strumento a portata di mano per circoscrivere e chiudere il pensiero che azioni ed esperienze creano. In questo caso la narrazione sembra proprio essere uno spazio di assunzione di rischio e di presa d'atto della vulnerabilità che consente di porre domande sempre nuove.¹⁸

Con questa stessa attitudine, Ramondino varca le porte, sempre aperte, del Centro Donna. L'apertura degli ambienti riassume emblematicamente l'impossibilità di limitare o contenere – come vorrebbe fare invece la lingua della scienza – la persona. Incrociando quest'ultimo aspetto alla prospettiva di genere, Signorelli, in un saggio sulla solitudine delle donne quale possibile causa ed effetto della sofferenza mentale, pone in questi termini il discorso:

Solitudine e dolore che è impossibile definire in termini teorici perché intimamente legati al sentire, al silenzio, quel silenzio che va oltre la parola e il linguaggio, e che segna il limite della comunicazione verbale ed esplicita una complessità dell'esistenza che non può essere ristretta o costretta in parole o definizioni, per loro natura statiche e non «in divenire» come l'esperienza esistenziale per se stessa è [...]. E la storia delle donne trascorre e si declina tra forme di solitudine, dolori, e gioie che nel corpo si esprimono e nel cui linguaggio si riconoscono. Linguaggio alieno al mondo della «ragione», della scientificità razionale di una medicina sempre più distante, e di una psichiatria alla continua ricerca di un senso per sé ma ormai del tutto estranea alla concretezza e alla miseria del vivere quotidiano. [...] Incapacità di comprendere che trova la sua espressione più alta proprio nell'incontro del sapere psichiatrico con il «genere femminile»: genere alla psichiatria del tutto sconosciuto nella sua complessità ed espressione, dal momento che questa nasce come strumento di omologazione e normalizzazione di comportamenti, pensieri e sentimenti espressione di una singolarità non riconducibile a medie statistiche e universali.¹⁹

Nel corpo, riconosciuto come strumento di comunicazione, Signorelli ritrova la «possibilità di stabilire continuità tra prima e dopo, e di delineare il confine con l'altro da sé senza che ciò diventi violenza o negazione», ammettendo, anzi, la possibilità del conflitto e

¹⁶ F. Ramondino, R. Siebert, A. Signorelli, *In direzione ostinata e contraria*, Tullio Pironti, Napoli 2008.

¹⁷ *Ivi*, p. 10.

¹⁸ S. Adamo, *Azioni ed esperienze che creano narrazioni: note su disagio psichico e questioni di genere*, in *Pratiche per una salute mentale di genere*, a cura di S. Adamo, M. Barnabà, V. Botter, Patrizia Saina, Trieste 2021, pp. 196-197.

¹⁹ A. Signorelli, *Meglio sole che omologate?*, in *Praticare la differenza*, cit., p. 127.

riconoscendone la potenzialità, «costruendo le mediazioni tra punti di vista contrapposti, ricollegando gli antagonismi, e rompendo le antinomie»²⁰. D'altro canto, è ancora grazie al corpo che Ramondino conosce e fa conoscere (a chi legge) ciò che le accade intorno, mettendo in parole le collisioni dei mondi – le donne, le loro vite, le loro storie – che attraversano lo spazio del Centro Donna. Narrando le altre, l'autrice continua a cercare dentro se stessa, partecipando pienamente a quello che le si presenta come «un gioco a incastri in cui ogni pezzo trova la sua forma e il suo senso soltanto quando si inserisce fra gli altri pezzi»²¹. Così conclude l'autrice congedandosi dal *Passaggio* triestino:

Se la sofferenza non è condivisibile né narrabile, le si può però stare accanto, e il più vicino possibile [...] consapevoli tuttavia che rimane sempre uno scarto insuperabile fra il viverla e il parlarne. [...] Non si può curare chi soffre, si può soltanto prendersene cura. Non si può definire la sofferenza, ci si può solo girarvi attorno con gesti e parole. Insomma abbracciarla.²²

Un'istituzione a "bassa soglia"

Come un gioco di incastri si costruisce anche il presente intervento, rispecchiando non soltanto la dislocazione pragmatico-metodologica rintracciata da Adamo, secondo la quale «ogni discorso sul genere vive, immancabilmente, di un'oscillazione costitutiva, tra la dimensione dell'esperienza, della conoscenza diretta, del vissuto, da una parte, e l'alta complessità teorica, la natura paradossale e quasi inafferrabile dei nodi che il genere mette in campo»²³, dall'altra; ma anche il tentativo di tenere insieme il particolare e il generale. In altre parole, il dettaglio in dialogo con il quadro, il *Passaggio a Trieste* e il contesto storico-culturale italiano nel quale si inserisce, il centro in via Gambini e la geografia della città. Con sguardo obliquo e strabico si tratta quindi di ritornare a catturare la «globalità individuo-società-ambiente» che – le parole sono di Ongaro Basaglia – la medicina ha sacrificato in nome dell'«individualità corpo-malattia»²⁴.

In effetti, seppur incidentalmente, alla spazialità si è più volte fatto riferimento e, non a caso, anche nel testo di Ramondino. Essa, prima ancora di articolare la narrazione, orienta istintivamente l'esperienza dell'autrice che prende avvio con l'«incauta» entrata nella cucina del Centro, concepito e definito da Signorelli come istituzione a «bassa soglia»:

Il Centro non è un'istituzione specifica: ha molta flessibilità di accesso, di agibilità, è fruibile, è, come dovrebbero essere tutte le istituzioni, a bassa soglia. E la «bassa soglia», cioè il grado di accessibilità di un servizio e la sua fruibilità reale da parte dei cittadini/cittadine, non sta nel fatto che l'operatore o l'operatrice parla con la signora dieci minuti dopo che è arrivata. «Bassa soglia» è entrare in un luogo e trovare un posto dove riconoscersi, che si parli o no con il medico... un luogo dove esplicitare il proprio problema e cominciare a pensare di costruire risposte.²⁵

²⁰ A. Signorelli, *Dolore, sofferenza, malattia delle donne*, in *Praticare la differenza*, pp. 149-150.

²¹ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., p. 66.

²² *Ivi*, p. 304.

²³ S. Adamo, *Azioni ed esperienze che creano narrazioni*, cit., p. 196.

²⁴ F. Ongaro Basaglia, *Salute/Malattia*, cit., p. 6.

²⁵ A. Signorelli, *Centro Donna – Salute Mentale*, cit., p. 96.

Più di ogni altro spazio all'interno del Centro, la mansarda, stanza delle attività ricreative, delle riunioni, dei laboratori di scrittura e di arte terapia, sembra rappresentare le molteplici possibilità con cui le donne convivono e partecipano all'attivazione dell'«habitat sociale». La definizione è di Antonio Villas, architetto che ha collaborato con le realtà psichiatriche triestine, del quale Ramondino riporta per intero il manifesto-denuncia in cui – riassumendo – si afferma l'importanza della relazione tra chi progetta lo spazio e chi lo vivrà, soprattutto quando si tratta di spazi che condizionano l'esistenza delle persone che li attraversano²⁶. Oltre alle porte e alla mansarda, l'attenzione di Ramondino viene catturata dalle scale:

luogo di elezione per litigi e rappacificazioni, decisioni o indecisioni, incontri o commiati, a causa forse dell'ambivalenza tra il salire e o lo scendere, e del passo sincopato e nel contempo regolare a cui ti obbligano gli scalini, che, quando non lo controlli, se eccedi, nel salire ti può lasciare senza fiato, nello scendere ti può far precipitare, e che, se esiti troppo, nel salire come nello scendere, crea quella sospensione in cui nella meta è racchiusa la sua negazione.²⁷

Per estensione, i pianerottoli sono dunque i luoghi dell'accadimento fugace. Succede spesso, nel corso del testo, di incrociare sguardi o di essere sorprese da frasi che irrompono e si allontanano subito dopo, uscendo dalla percezione della narratrice e, con lei, di chi legge; o, ancora, di entrare nel raggio di azione di un movimento, venire urtate da un gesto scomposto o sorprese da un segno di affetto che qualcuna delle donne le rivolge. Altre volte, invece, sempre per quel bisogno di narrare e di narrarsi di cui si è già detto, Ramondino lascia spazio ai testi delle altre donne: alcune le prendono il taccuino e scrivono estemporaneamente qualcosa, altre le consegnano direttamente cose scritte in passato, chi durante un laboratorio, chi in un momento di riflessione o, nel caso delle operatrici, per un evento di formazione o presentazione del Centro Donna. In questo modo la scrittrice restituisce l'anima collettiva rivendicata da Signorelli per la progettazione e la gestione del Centro.

Luoghi, persone e testo condividono quindi uno «spirito inquieto» che, secondo Ramondino, regna all'interno del Centro, «volto alla rottura della gerarchia dei ruoli». E la stessa sospensione che prima è stata descritta come atteggiamento del corpo intento alla salita o alla discesa delle scale – elemento spaziale d'elezione dell'inquietudine – caratterizza le stanze della struttura: destinate a vari usi, esse «riflettono, oltre all'arte di arrangiarsi nell'esiguità di spazi», la capacità di «salvaguardare l'abitudine senza renderla fissa e noiosa, ad accogliere l'imprevisto, a mutare rotta quando si riconosce l'errore»²⁸. Un'apertura che richiede ascolto e rispetto delle fragilità ma che, allo stesso tempo, libera la donna dai ruoli cui la società l'ha ridotta e costretta.

È emblematica, da questo punto di vista, la storia di Edvige. Ramondino la incontra sul pianerottolo ma la donna appare riluttante quando lei le chiede se vuole raccontarle la sua storia: «La testa mi frigge... dormo poco... sono intontita... forse i farmaci... ne hanno provati tanti su di me... non è mai servito a niente...». E prosegue in un flusso di frasi frammentate, accenni dai quali si può immaginare una vita altrettanto tormentata: «Ho fatto solo la quinta elementare... Mi sono sposata a diciannove anni... mio marito mi ha fatto lasciare il lavoro... lui era egoista [...] mi tormentava e perciò m'è venuto l'esaurimento nervoso... mi afferrava anche al collo... picchiava anche il figlio [...] È meglio la casa o

²⁶ Cfr. F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., pp. 46-47.

²⁷ *Ivi*, p. 35.

²⁸ *Ivi*, p. 34.

il manicomio?»²⁹. La violenza fisica subita è un tratto comune a molte delle storie ascoltate dall'autrice e riportate in *Passaggio a Trieste*: violenza non soltanto del manicomio e delle tecniche della psichiatria, cui Ramondino ipotizza si possa ricondurre la particolare espressione con cui Edvige continuerà a rispondere nelle loro successive interazioni, come se con quel “friggere” la donna traducesse «una particolarissima sensazione, a lei già nota e impressa nella memoria del suo corpo»³⁰; ma anche violenza sistemica, come spiega Signorelli in *D come donna, d come depressione*. Il dato da cui parte la psichiatra è il rapporto due a uno tra donne e uomini che soffrono di depressione. Tuttavia – avverte Signorelli – sarebbe fin troppo semplicistico, nonché arbitrario, continuare ad interpretare il dato quale conferma dell’«inferiorità naturale che, sin dalla sua nascita, la psichiatria ha ‘intuito’ essere costitutiva del genere», al punto da aver qualificato la depressione secondo il ciclo riproduttivo, aggettivandola «come mestruale, puerperale, e menopausale»³¹. Ecco, allora, che la sospensione, nel suo essere, a un tempo, esposizione delle proprie fragilità e disponibilità al potenziale trasformativo, tanto dei luoghi quanto dei soggetti che ci vivono dentro e che ne fanno esperienza, nell’etica relazionale dell’architettura di Villas e delle pratiche del Centro Donna, è parte di una radicale decostruzione di «quell’identità che l’ordine legale definisce come propria del genere. Identità naturale della donna come colei che è deputata alla riproduzione della specie, all’accudimento della prole, e alla stabilità della famiglia. Identità di madre, che nel corpo s’incarna e che dal corpo è raffigurata»³².

Violenze senza confine

Scivolando ancora dalla micro- alla macro-scala, sull’asse della spazialità, occorre poi situare il Centro Donna nel contesto geo-politico dell’epoca: luogo di confine, quindi di migrazione, negli anni in cui scrive Ramondino, Trieste osserva da molto vicino le guerre jugoslave, raccogliendo storie di donne in cui sofferenza, subalternità e migrazione si intrecciano indissolubilmente. È il caso, ad esempio, di Marja, alla cui storia Ramondino accenna brevemente, riportando quel che riesce a carpire mentre, insieme ad un’operatrice (Sabina), l’accompagnano in macchina, prima alla cooperativa per la quale inizierà a lavorare, poi alla questura per «sbrigare altre pratiche»³³. Alle vicissitudini biografiche, si aggiunge in sovraimpressione il testo, riportato per intero, della lettera scritta da Marja ai suoi figli che non vede da anni, pubblicata in un numero del giornale dell’Associazione Luna e l’altra.

Sulle scale avviene anche l’incontro con Natalia, una donna dell’Istria arrivata in Italia nel 1970, «seduta composta e triste nel suo solito tailleur bianco e blu». Si apprende che, durante l’estate, la donna è dovuta restare a Trieste a causa di un cambio di medicinali ma che spera – dice – di poter tornare a visitare la sua famiglia per uscire dalla sensazione di essere «sempre diversa... parte di una minoranza... sì, quella slovena, [perché] – racconta la donna – dal polo fascista eravamo chiamati slavi comunisti [...], dagli sloveni, pur appartenendo io alla minoranza slovena, eravamo chiamati ‘fascisti e traditori’»³⁴.

²⁹ *Ivi*, p. 101.

³⁰ *Ivi*, p. 102.

³¹ A. Signorelli, *D come donna, d come depressione*, in *Praticare la differenza*, cit., p. 134.

³² *Ivi*, pp. 135-136.

³³ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., p. 60.

³⁴ *Ivi*, p. 183.

Dal confine, inoltre, passa anche la violenza della prostituzione che interseca, spesso, quella della salute mentale, motivo per cui, proprio negli anni Novanta, nasce a Trieste un progetto anti tratta tuttora attivo. Nelle pagine di diario del 4 settembre, per esempio, Ramondino riporta l'incontro con Pia Covre, co-fondatrice del Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute, organizzato in vista della sua partecipazione al convegno per il ventennale della Legge 180 nell'ottica di intensificare la collaborazione tra le due realtà attive sulle lotte di genere. In quegli anni, infatti, la frontiera triestina rappresentava un confine importante per «il transito di centinaia di giovani donne provenienti prevalentemente dall'Albania, dalla Moldavia, dalla Russia, dalla Romania e dall'Ucraina». Anche in questo caso – spiega Letonde Hermine Gbedo – l'apporto di Signorelli è stato fondamentale per intessere la rete di supporto istituzionale capace di «guidare e affiancare donne che si trovano in una situazione di schiavitù, di violenza e violazione dei loro diritti»³⁵.

Il discorso si riallaccia, infine, alla figura di Marco Cavallo, simbolo della lotta basagliana verso il quale, tuttavia, Signorelli conserva una profonda avversione, d'accordo con le parole di Rotelli che, a tal proposito, ne *L'animale della buona coscienza*, lo definisce un tentativo di addomesticamento dell'«aggressività» del 'malato'³⁶; «macchina-desiderio e non macchina-politica» che legittima i corpi ad una apparente uscita dall'istituzione manicomio, riprodotto nei meccanismi politico-economici dell'istituzione più estesa, la città.

In chiusura Ramondino – e noi con lei – riconnette lo sguardo al territorio circostante, indugiando sulle dinamiche di potere che scrivono e regolano gli spazi, innalzando muri come quelli del Silos di Trieste, oggi rifugio dei migranti della rotta balcanica, di fronte al quale, già nel 1998, Signorelli rivelava all'amica l'imbarazzo che avrebbe provato durante il convegno previsto nello stesso anno, organizzato – dalle istituzioni cittadine – nella ex Stazione Marittima ristrutturata e divenuta sede prestigiosa di eventi, proprio accanto ai magazzini in cui già allora si raccoglievano altri esclusi. «Noi saremo qua, e loro là», afferma sconsolata Signorelli, indicando l'immenso edificio a Ramondino che, a sua volta, chiosa il suo *Passaggio* scrivendo: «Là, ecco un nuovo territorio che si sta incuneando nella città-manicomio, un territorio nel quale oggi sembra impossibile penetrare, ma che è un'altra frontiera da abbattere»³⁷.

Bibliografia

- Adamo, S., *Azioni ed esperienze che creano narrazioni: note su disagio psichico e questioni di genere*, in *Pratiche per una salute mentale di genere*, a cura di S. Adamo, M. Barnabà, V. Botter, P. Saina, Vita activa, Trieste 2021, pp. 195-216.
- Hermine Gbedo, L., *Vittime di una tratta?*, in *Pratiche per una salute mentale di genere*, a cura di S. Adamo, M. Barnabà, V. Botter, P. Saina, Trieste 2021, pp. 171-178.
- Ongaro Basaglia, F., *Salute/Malattia. Le parole della medicina*, Einaudi, Torino 1982.
- Ongaro Basaglia, F., *Una voce. Riflessioni sulla donna*, il Saggiatore, Milano 1982.
- Ramondino, F., Siebert, R., Signorelli, A., *In direzione ostinata e contraria*, Tullio Pironti,

³⁵ L.H. Gbedo, *Vittime di una tratta?*, in *Pratiche per una salute mentale di genere*, cit., p. 172. A tal proposito si veda anche F. Ramondino, *Sarajevo oltre lo specchio*, in *Modi per sopravvivere*, a cura di M. Armiero, Edizioni e/o, Roma 2023, pp. 151-163.

³⁶ F. Rotelli, *L'animale della buona coscienza*, in *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma*, Asterios, Trieste 1994, p. 34.

³⁷ F. Ramondino, *Passaggio a Trieste*, cit., p. 290.

Napoli 2008.

Ramondino, F., *Passaggio a Trieste*, Einaudi, Torino 2000.

Ramondino, F., *Sarajevo oltre lo specchio*, in *Modi per sopravvivere*, a cura di M. Armiero, Edizioni e/o, Roma 2023, pp. 151-163.

Rotelli, F., *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma*, Asterios, Trieste 1994.

Signorelli, A., *Come una prefazione. A margine di un saluto*, in A. Esposito, *Le scarpe dei matti. Pratiche discorsive, normative e dispositivi psichiatrici in Italia (1904-2019)*, Ad est dell'Equatore, Napoli 2019, pp. 17-23.

Signorelli, A., *Mule matte. Voci e volti dall'ospedale psichiatrico di Trieste*, a cura di L. Meneghesso, in «Zapruder», (2016), n. 41, pp. 70-91.

Signorelli, A., *Praticare la differenza. Donne, psichiatria e potere*, a cura di D.S. Dell'Aquila, A. Esposito, Ediesse, Roma 2015.

La deistituzionalizzazione nel “paese dei matti” alle porte di Milano

Enrico Palumbo

Introduzione

Il dibattito sulla deistituzionalizzazione del sistema manicomiale non investì soltanto le strutture preposte alla contenzione dei pazienti psichiatrici, ma anche le istituzioni che, pur non essendo manicomi, si collocavano in una zona limitrofa, finendo per allargare gli effetti della riforma psichiatrica ad altri ambiti. Il caso dell'Ospizio (dal 1971 “Istituto”) Sacra Famiglia di Cesano Boscone, un comune alle porte di Milano, è riconducibile a questa casistica. In particolare, la fase del dibattito degli anni Sessanta e Settanta investì la gestione di un direttore, don Piero Rampi, che ebbe un ruolo centrale nell'affrontare le istanze di deistituzionalizzazione, favorendo un significativo mutamento della natura stessa dell'istituto. In questo breve contributo, il ricorso a documentazione interna, costituita non solo da materiali amministrativi ma anche da occasionali appunti e memorie, accanto alla ricostruzione delle vicende storiche dell'istituto offre spunti sulla autorappresentazione e sulle riflessioni tanto coeve quanto successive¹.

L'Ospizio Sacra Famiglia fu fondato nel 1896 dal parroco di Cesano Boscone, don Domenico Pogliani, con l'obiettivo di fornire assistenza agli emarginati della società rurale dell'epoca, garantendo loro dignità e un ambiente accogliente². Il primo edificio che accolse la Sacra Famiglia rispettò in parte anche le indicazioni che lo stesso parroco aveva trascritto per rendere più piacevole la permanenza dei degenti (da allora chiamati “ospiti”). L'istituto sorse in un contesto di crisi economica che colpiva le aree agricole del Milanese alla fine dell'Ottocento, accogliendo fin da subito persone anche affette da disabilità fisiche e mentali. A occuparsi degli ospiti furono soprattutto le suore di Carità delle Beate Capitanio e Gerosa, a cui negli anni Venti si aggiunse una nuova comunità religiosa di donne con disabilità non gravi ospiti dell'Ospizio, denominata Ancelle della Divina Provvidenza, con compiti di assistenza spirituale e materiale³.

Nel 1916, l'Ospizio ottenne lo status di ente morale e la gestione era affidata a un Consiglio di Amministrazione composto da rappresentanti delle istituzioni locali e religiose. Tre anni più tardi, l'arrivo di don Luigi Moneta, nominato direttore, segnò l'avvio di un

¹ A questo proposito, tra 2015 e 2016 ho raccolto alcune testimonianze tra gli ex dipendenti dell'istituto sulla loro esperienza lavorativa, qui solo parzialmente utilizzate perché non sempre riconducibili agli anni di interesse di questo contributo.

² Per una più ampia storia dell'istituto mi permetto di menzionare E. Palumbo, *Super Omnia Charitas. Storia dell'Istituto Sacra Famiglia dal 1896 a oggi*, Ancora, Milano 2016, cui si rimanda anche quando non esplicitamente evocato.

³ *Le Ancelle della Divina Provvidenza al servizio degli ospiti della Sacra Famiglia di Cesano Boscone* (MI), Cesano Boscone, 2011, pp. 10-15; *Le Ancelle della Divina Provvidenza*, in «Ospizio Sacra Famiglia», 4 (1928), p. 14.

periodo di vorticoso e non sempre ordinato sviluppo dell'istituto: egli intraprese diverse iniziative per far conoscere l'Ospizio e sensibilizzare l'opinione pubblica, anche attraverso la fondazione di un bollettino, il «Super Omnia Charitas». Sotto la sua guida, negli anni Venti e Trenta l'istituto si espanse notevolmente, con la costruzione di nuovi padiglioni e l'apertura di una prima filiale nel Varesotto nel 1927, che offriva periodi di villeggiatura per i ricoverati.

Con il progressivo aumento delle diagnosi di disabilità mentale nei primi decenni del Novecento, l'Ospizio si trovò ad accogliere un numero crescente di individui con patologie psichiatriche di lieve o media entità (definiti «pazzi tranquilli», come si legge nelle cronache dell'epoca)⁴. La legge del 1904 sui manicomi⁵ riservava l'accesso ai manicomi provinciali solo ai casi di malattia mentale ritenuti gravi, lasciando molte persone senza alternative: nel 1910, circa il 43% dei 304 ospiti necessitava di cure psichiatriche e neurologiche. In questo contesto, l'Ospizio Sacra Famiglia si configurò come una soluzione intermedia, soprattutto grazie a una convenzione del 1926 con il manicomio provinciale milanese di Mombello, che prevedeva l'accoglienza di alcuni pazienti psichiatrici non gravi per i quali l'istituto rappresentava un'alternativa più sostenibile, o più pratica, rispetto ai tradizionali manicomi⁶.

Questa collaborazione non implicava però una trasformazione dell'Ospizio in manicomio, anche se nell'immaginario dei milanesi Cesano Boscone fu a lungo definito «el paes di matt» (il paese dei matti) ed entrò, accanto a Mombello, nella celebre poesia *De là del mur* del poeta dialettale Delio Tessa⁷.

Tuttavia, mentre i manicomi pubblici come Mombello erano istituzioni caratterizzate principalmente da una funzione custodiale e da un'organizzazione basata su alti muri di separazione, cancelli chiusi e un approccio prevalentemente medico e repressivo, l'Ospizio manteneva una vocazione assistenziale. I suoi ospiti, diversamente dai pazienti manicomiali, godevano di un ambiente familiare, senza mura perimetrali chiuse nella maggior parte dell'area e con un sistema di cancelli aperti che simboleggiava una maggiore libertà e integrazione con la comunità circostante. Questa scelta aveva però un costo, che si traduceva nel ridotto livello di specializzazione medica dell'assistenza e in reiterati incidenti causati dall'uscita di pazienti scarsamente autosufficienti dall'edificio⁸.

Inoltre, l'Ospizio differiva dai manicomi anche per la promozione di attività lavorative e ricreative come parte integrante del percorso assistenziale. Gli ospiti partecipavano ad attività artigianali, agricole e di rieducazione, considerate strumenti per favorire il reinserimento sociale e per migliorare la qualità della vita all'interno della struttura, benché queste iniziative fossero organizzate in modo volontaristico non sempre strutturato in percorsi di riabilitazione coerenti. Si trattava comunque di un modello di una certa rilevanza per l'epo-

⁴ *L'Ospizio di Cesano Boscone e il caso pietoso dei tre fratelli*, in «Corriere della Sera», 3 settembre 1910. Sul tema, cfr. V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009, pp. 9-58.

⁵ L. 36 del 14 febbraio 1904, *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati*.

⁶ Nel 1933, le cronache cittadine parlavano di «un centinaio di cronici» presso l'Ospizio, provenienti da Mombello, cfr. *Il piano regolatore di una città dolente*, in «Corriere della Sera», 27 febbraio 1933. Su Mombello, cfr. A. De Bernardi, F. De Peri, L. Panzeri, *Il manicomio unico della provincia di Milano a Mombello*, in id. (a cura di), *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980, pp. 295-308.

⁷ D. Tessa, *De là del mur*, a cura di D. Isella, Einaudi, Torino 2015, pp. 173-225.

⁸ *Un pazzo identificato e uno sconosciuto*, in «Corriere della Sera», 4 maggio 1923; *Ricerche di scomparsi*, in «Corriere della Sera», 9 marzo 1924; *Un invalido privo delle gambe fugge dall'Ospizio verso Rimini*, in «Corriere della Sera», 1° agosto 1930.

ca, che risentiva pienamente dell'approccio maturato a fine Ottocento tra quei "preti sociali" di cui don Pogliani e don Moneta erano espressione e che si innervava di una consolidata tradizione assistenziale tipicamente ambrosiana che il fondatore volle trasferire anche fuori dalle mura urbane.

Questa gestione, che includeva il mantenimento dei legami con le famiglie e la collaborazione con la comunità, si distinse ulteriormente dai manicomi dove spesso i ricoverati venivano isolati dagli affetti e dai contatti con l'esterno. Negli anni Trenta, l'Ospizio consolidò questo approccio, estendendo i servizi educativi e di assistenza sia per l'infanzia sia per gli anziani. Con il dopoguerra, la domanda di assistenza aumentò e il nuovo clima politico non risparmiò l'istituto, che, se in epoca fascista aveva mantenuto un basso profilo politico, ora si impegnò nel sostegno alla causa democristiana: per diversi anni, Cesano Boscone ebbe giunte a guida Dc con sindaci graditi alla Sacra Famiglia (se non sua diretta espressione), una anomalia politica in un territorio, il Sud-Ovest milanese, altrimenti fortemente sbilanciato a sinistra.

Tra innovazioni e fermenti conciliari

La morte di Luigi Moneta, nel 1955, consentì un passaggio di direzione che ebbe una certa rilevanza per i mutamenti che comportò. Gli succedette infatti don Piero Rampi⁹, già allievo del liceo Gonzaga ai tempi della direzione di don Carlo Gnocchi che lo aveva incoraggiato a studiare Medicina, alla quale Rampi effettivamente si era iscritto, salvo poi entrare in seminario. Con questa sensibilità che risentiva di una, per quanto incompleta, formazione scientifica, Rampi impose un nuovo approccio all'istituto, che, pur rimanendo ancorato alla sua tradizione caritativa, fu al centro di notevoli innovazioni nel campo dell'assistenza sociale, essendosi egli reso conto di una serie di disfunzionalità dell'istituto che andavano superate. Questo impegno avvenne attraverso riflessioni personali, ma anche grazie al confronto attivo con istituzioni italiane ed estere. In particolare il direttore studiò il sistema assistenziale pubblico danese, che privilegiava il mantenimento degli anziani nel loro ambiente sociale attraverso forme di assistenza domiciliare. Pur non potendo applicare direttamente tali soluzioni all'interno della Sacra Famiglia, l'ammirazione di Rampi per questo approccio testimoniava una visione che puntava a ridurre l'isolamento tipico delle strutture residenziali¹⁰.

L'eredità più complicata era quella delle Ancelle della Divina Provvidenza, che erano aumentate di numero e in cui il limite tra impegno al servizio degli ospiti e pazienti si era reso meno chiaro: tra loro vi erano ormai molte con diagnosi psichiatriche anche piuttosto gravi. La scelta del nuovo direttore fu di dedicare una filiale sul lago di Como, a Perledo, all'accoglienza delle donne, per consentire loro la degenza in un luogo meno faticoso di quanto fosse la sede centrale di Cesano Boscone¹¹.

Anche per questo cruciale fu l'apertura alla collaborazione con personale laico, cui vennero affidati ruoli precedentemente riservati alle religiose, come quelli di assistenti sociali, educatori, insegnanti. Questa scelta rispondeva certamente a esigenze organizzative, perché anticipava la tendenza verso una maggiore professionalizzazione dell'assistenza, con

⁹ Archivio Sacra Famiglia [d'ora in poi ASF], Verbali delle sedute del CdA, vol. I, seduta del 17 marzo 1955.

¹⁰ ASF, c. 27 f. 497, Viaggio di studio in gruppo sui servizi sociali per Anziani in Danimarca e Paesi Bassi (22 settembre - 5 ottobre 1957).

¹¹ ASF, c. 9 f. 126, Lettera di Rampi a Montini, 14 luglio 1959.

l'implicazione di un maggiore impegno finanziario per l'istituto¹². Ma rifletteva anche, in un'istituzione cattolica qual era l'istituto, il clima di rinnovamento ecclesiale che si sarebbe consolidato con il Concilio Vaticano II e che avrebbe comportato un ruolo più attivo per i laici nella Chiesa¹³.

Infine, un elemento centrale dell'opera di Rampi fu l'introduzione delle cartelle personali degli ospiti, strumento che permetteva di definire piani di trattamento specifici e individualizzati, superando così la logica dell'assistenza indistinta e massificata¹⁴.

Questi cambiamenti organizzativi si accompagnavano a riflessioni più mature sulle finalità dell'assistenza: il nuovo direttore sembrava consapevole dell'insostenibilità e della dispersione di una cura generalizzata come quella fino allora offerta e nel corso degli anni Sessanta emerse la sua convinzione che l'obiettivo fosse specializzarsi nell'assistenza ai "gravi", persone la cui condizione fisica o psichica rendeva loro impossibile una vita autonoma¹⁵. Anche per questo motivo maturò un progetto di facilitazione del processo di dimissione degli ospiti, che in molti casi faticavano a uscire dall'istituto per assenza di sostegni esterni: dopo una lunga riflessione, nel 1969 fu aperto un ufficio (denominato "centro sociale"), in centro a Milano, affidato a un assistente sociale, che doveva accompagnare gli ospiti dimessi, offrendo loro un momentaneo punto d'appoggio lontano da Cesano Boscone¹⁶: periodicamente vi presenziava anche uno psichiatra¹⁷. La sperimentazione si concluse nel 1973, perché nel frattempo fu scelta un'altra modalità più pratica di governo della transizione verso l'esterno: nel 1971 fu infatti aperto nella sede centrale un "centro dimittendi", destinato alle persone che stavano acquisendo autosufficienza¹⁸.

La contestazione

Tuttavia questi passaggi che in sé rappresentavano l'avvio di processi di rinnovamento e di modernizzazione delle pratiche assistenziali e dei rapporti professionali, pur intercettando nuove e più avanzate sensibilità presenti nella società italiana dell'epoca, si scontravano con un dibattito fuori dall'istituto che seguiva ritmi molto più serrati. La crescente partecipazione dei lavoratori alla vita dell'istituto, il clima di contestazione diffuso e le riforme normative in ambito assistenziale e sanitario si intrecciarono tra loro, generando tensioni ma anche innovazioni nel modello organizzativo e nella gestione delle relazioni sindacali.

Proprio il tema delle rivendicazioni sindacali fu la più esplicita forma di manifestazione della compenetrazione tra i cambiamenti sociali e culturali del decennio e la vita interna dell'istituto. Nel 1963 le istanze dei lavoratori, che chiedevano di ridurre il divario salariale con altre istituzioni assistenziali, allora molto ampio, portarono alla costituzione di una Commissione interna composta da infermieri iscritti alla Cisl. L'iniziativa fu assecondata

¹² ASF, Conti consuntivi, vol. IV, *passim*.

¹³ P. Rampi, *È l'ora dei laici*, in «Super Omnia Caritas», 3 (1963), p. 19. Cfr. anche H. Sauer, *Il concilio alla scoperta dei laici*, in *Storia del Concilio Vaticano II*, dir. G. Alberigo, vol. 4, *La Chiesa come comunione. Il terzo periodo e la terza interessione (settembre 1964-settembre 1965)*, il Mulino, Bologna 2013, pp. 259-291.

¹⁴ ASF, n.i., *Appunti personali su vicende, esperienze, dibattiti, riflessioni, momenti di vita sulla Sacra Famiglia*, gennaio 1983.

¹⁵ P. Rampi, *Gli anormali e i disadattati*, intervento al III congresso provinciale dell'Uneba di Roma, 1966, in ASF, n.i., *Pensieri e riflessioni sui servizi alla persona di Piero Rampi*, pp. 84-89.

¹⁶ ASF, c. 41 f. 775, Centro sociale dell'Istituto Sacra Famiglia.

¹⁷ ASF, c. 46 f. 829, Elementi documentativi delle funzioni e dell'attività del centro sociale.

¹⁸ ASF, c. 44 f. 808, "Centro dimittendi" dell'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone.

dallo stesso direttore, don Rampi, che ne informò il CdA solo a decisione già presa, ottenendo così di aggirare le prevedibili obiezioni dei consiglieri, allora guidati dal presidente Furio Cicogna: quest'ultimo, in quel periodo al vertice anche di Confindustria, era un generoso donatore della Sacra Famiglia e non rinunciava a dare l'indirizzo all'istituto¹⁹. Rampi fece così da mediatore, negli anni successivi, tra le richieste del personale e le posizioni, generalmente più rigide, del CdA, per conto del quale, allo stesso tempo, fu anche garante di una certa forma di controllo dell'operato della Commissione. Si trattava dunque di un'evoluzione che solo in parte recepiva le istanze di democratizzazione delle maestranze dell'istituto, essendo un processo in gran parte eterodiretto, che nondimeno generò un non previsto protagonismo e una partecipazione attiva dei lavoratori, fenomeno che nel nuovo clima sociale tra fine anni Sessanta e inizio Settanta finì per sfuggire a ogni forma di controllo della direzione dell'istituto, anche con l'ingresso a fine decennio, della sinistra della Cgil come secondo sindacato di riferimento. Se dunque inizialmente i fermenti sindacali investivano soprattutto i lavoratori ospedalieri – che erano collegati ai lavoratori dello stesso settore in tutt'Italia, – nel corso degli anni coinvolsero anche le figure più specificamente legate all'istituto, come quelle degli educatori²⁰. Nell'autunno del 1968, le lotte sindacali finirono per conseguire qualche risultato, con un graduale aumento delle retribuzioni e la riduzione dell'orario di lavoro da 48 a 46 ore settimanali. Il tema dell'adeguamento dei salari, del resto, fu riconosciuto anche come di interesse per l'intero istituto, la cui scarsa attrattività per i lavoratori comportava notevoli avvicendamenti e instabilità del personale²¹. Tuttavia agli occhi dei dipendenti si trattava di successi ancora insufficienti.

L'approvazione della riforma sanitaria del 1968²², che migliorava le condizioni contrattuali del personale sanitario pubblico, esercitò ulteriori pressioni sulla Sacra Famiglia. Sebbene la norma non fosse direttamente applicabile all'istituto, i lavoratori iniziarono a richiedere l'adeguamento alle nuove tutele²³. Queste richieste sfociarono, nel 1970, in uno sciopero di sei giorni, il più significativo nella storia dell'ente, che vide il coinvolgimento anche di molti ospiti dell'istituto: ai degenti più gravi fu comunque garantita l'assistenza da parte degli scioperanti in forma volontaria²⁴. La mobilitazione costrinse la direzione ad accogliere quasi tutte le richieste avanzate²⁵.

Ma le questioni salariali erano solo un aspetto della dialettica interna: in gioco erano anche le relazioni e le gerarchie. Per molti versi la direzione sembrò recepire le istanze di coinvolgimento dei lavoratori nei processi decisionali: nel 1968 furono organizzati corsi di formazione per il personale che prevedevano anche momenti di confronto tra le parti. Il clima di ampia contestazione fu registrato da Rampi: «Sono state evidenziate anche forti tensioni contestative da parte di tutto il personale sia nei confronti della società in genere che in specie verso le autorità direzionali, religiose e civili»²⁶. Conseguenza di questi fermenti fu la decisione del direttore di convocare periodiche riunioni di confronto tra i dirigenti e i

¹⁹ ASF, Verbali delle sedute del CdA, vol. II, seduta del 26 marzo 1963. Sul presidente, cfr. G. Pignatelli, «Cicogna, Furio», in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 34, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 1988, *ad vocem*.

²⁰ Testimonianza di Carlo Viscardi all'autore, 8 gennaio 2016.

²¹ ASF, Verbali delle sedute del CdA, vol. II, seduta del 22 novembre 1968.

²² L. 132 del 12 febbraio 1968, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.

²³ L. Roveda, *Impegnativo per tutti l'autunno sindacale in Istituto*, in «Super Omnia Charitas», L, 2-3 (1969), pp. 2-6.

²⁴ Testimonianza di Carlo Viscardi all'autore, 8 gennaio 2016.

²⁵ ASF, Verbali delle sedute del CdA, vol. II, seduta del 28 gennaio 1971.

²⁶ ASF, Verbali delle sedute del CdA, vol. II, seduta del 21 gennaio 1969.

capi-reparto, in cui era lasciata libertà di espressione, anche molto franca, nei confronti degli organismi direttivi²⁷. In alcuni reparti i responsabili assecondarono processi spontanei di autogestione degli ospiti: si trattava perlopiù di casi di giovani ricoverati per insufficienze non gravi che verosimilmente erano in contatto con i coetanei esterni e che riproponevano schemi di contestazione e liberazione analoghi a quelli delle scuole e delle università²⁸.

Il processo di messa in discussione degli equilibri e delle gerarchie dell'istituto, come si è visto, ebbe svariati legami con i cambiamenti in corso nella società. Tra questi furono dirompenti i passaggi culturali che provocarono una intensificazione di critiche più radicali della forma stessa dell'istituto di assistenza, come portato del concetto di "istituzione totale". Anche la Sacra Famiglia, pur non essendo un manicomio, venne investita da questo dibattito, perché accusata in ultima analisi di perpetuare un modello di isolamento e costrizione degli ospiti. Le accuse mosse dalla stampa prevalentemente di sinistra e dal movimento anti-istituzionale evidenziarono le contraddizioni di un sistema assistenziale che, se da un lato garantiva protezione, dall'altro limitava la libertà individuale. La dirigenza dell'istituto sembrò allo stesso tempo consapevole delle ragioni di alcune delle critiche e costretta a preservare quel delicato equilibrio tra innovazione e tradizione che caratterizzava l'istituto. Nel giugno 1970, Rampi presentò una relazione al CdA, nella quale, parlando del concetto di "istituzione chiusa", spiegava quelle che egli considerava le fragilità della contestazione. Recependo le diffuse critiche coeve alla società dei consumi, citava la scuola sociologica lionese per sostenere che l'uscita del malato dai circuiti assistenziali era finalizzata a immergerlo nel mercato e renderlo un consumatore²⁹. Rampi dunque leggeva le istanze di liberazione in termini cristiani, considerando cioè la libertà come un cammino relazionale e comunitario, e la cura delle persone vulnerabili andava intesa in quest'ottica³⁰.

Queste posizioni furono però a loro volta soggette a continui processi di aggiornamento da parte del direttore, anche in virtù dei continui tavoli di confronto con gli specialisti che lavoravano nell'istituto: la responsabilizzazione dei laici, con il superamento dell'approccio gestionale monocratico ereditato dai predecessori, non poteva non avere effetti anche sulla qualità del dibattito interno.

Nel 1971, il gruppo di lavoro che si riuniva nella "Divisione studi e programmi speciali" produsse un documento che affrontava il tema della deistituzionalizzazione in chiave critica: «gli istituti erano visti come luoghi – in quanto possibili istituzioni totali – di segregazione», ma questo rischiava di diventare un «processo di decolpevolizzazione della società stessa, in ordine al fatto di non volersi assumere – di fatto, non tanto a parole – un impegno concreto nei confronti degli “emarginati”»³¹. Anche Rampi, in una lettera a tutti i dipendenti scritta di lì a breve, parlò di «spirito eccessivamente critico», ma invitò anche tutti gli operatori a riflettere sulle ragioni di queste forme di contestazione, prestando maggiore attenzione alla cura e ai bisogni degli ospiti³².

In questo contesto di sperimentazioni e riflessioni, l'istituto finì per essere travolto da

²⁷ Si vedano a questo proposito i verbali delle riunioni in ASF, c. 41.

²⁸ Si veda l'esperienza descritta in ASF, c. 41 f. 781, Il "Gruppo della Pace" nel contesto del reparto Pio XI, 14 novembre 1969.

²⁹ ASF, Verbali delle sedute del CdA, vol. II, seduta del 3 giugno 1970.

³⁰ L'anno dopo, Paolo VI avrebbe ribadito la posizione cattolica di critica ai concetti marxista e liberale di libertà. Cfr. Paolo VI, *Octogesima Adveniens*, lettera apostolica, 17 maggio 1971, in «Acta Apostolicae Sedis», 6 (1971), pp. 401-441.

³¹ ASF, c. 44 f. 807, Piano di lavoro per il 1971/72.

³² ASF, c. 44 f. 814, Lettera di Rampi ai dipendenti, s.d. [1972?]

momenti di contestazione molto più dura. Nel 1974 la rivista «Inchiesta», fondata dal sociologo Vittorio Capecchi e vicina alla Federazione dei lavoratori metalmeccanici (la sigla unitaria di Cgil, Cisl e Uil), pubblicò un articolo dedicato alla Sacra Famiglia, redatto da un anonimo gruppo di studenti e sindacalisti (probabilmente con agganci all'interno della struttura), in cui si denunciavano pratiche di costrizione e coercizione nei confronti di degenti e dipendenti, accomunati dall'origine proletaria³³. In seguito anche «l'Unità» si occupò dell'istituto, dipinto come un girone infernale dal quale non c'era speranza di uscire³⁴ e di cui si denunciava come sfruttamento la pratica del lavoro degli ospiti³⁵. È plausibile che in questi casi la critica all'istituzione totale fosse affiancata dalla volontà di colpire un istituto contiguo alla Dc. Nel maggio 1975, proprio a Milano, in un evento organizzato da Psichiatria Democratica fu presentato il film-documentario di Silvano Agosti, Marco Bellocchio e altri intitolato *Matti da slegare*, che raccontava le vicende del manicomio parmense di Colorno: in due passaggi del documentario era intervistato un giovane che era stato anche alla Sacra Famiglia, dove raccontava di aver subito violenze³⁶. Rampi o altri dirigenti dell'istituto non furono intervistati sulle accuse, ma ormai era evidente che la critica radicale alle istituzioni totali era generalizzata e una maggiore accuratezza filologica delle parole riferite a un singolo istituto poco avrebbe cambiato del giudizio complessivo.

Come si è visto l'istituto era nel pieno di una trasformazione interna che lo stava specializzando nella cura delle persone gravi non autosufficienti, ma il clima anti-istituzionale non consentiva di cogliere queste sfumature. Per di più, l'istituto navigava in acque turbolente anche per ragioni di tenuta finanziaria, a causa dei crescenti costi di gestione. Il nuovo assetto degli istituti assistenziali, che tra il 1975³⁷ e il 1977³⁸ trasferì alle regioni questa competenza con la soppressione degli enti interregionali, nonostante l'impegno parlamentare della deputata democristiana Maria Luisa Cassanmagnago, consigliera della Sacra Famiglia, creò all'istituto qualche difficoltà proprio a causa della sua natura interregionale (aveva filiali in Lombardia, Piemonte e Liguria). Si dovette aspettare la sentenza della Corte Costituzionale del 1981, che dichiarò illegittimo il comma specifico, per consentire così alla Sacra Famiglia di riprogrammare il proprio futuro³⁹.

Dopo la deistituzionalizzazione

All'inizio degli anni Ottanta l'istituto contava poco più di 1.700 ricoverati distribuiti nelle diverse filiali: si trattava di un netto ridimensionamento conseguente alla "scelta dei gravi" e alla progressiva uscita degli ospiti in grado di acquisire autosufficienza. È significativo che le riflessioni sulla natura dell'istituto si intrecciassero così strettamente con la questione della deistituzionalizzazione: è complesso individuare un rapporto di causa-effetto e molto più appropriato sarebbe parlare di una compenetrazione tra il dibattito interno e quello esterno. Le linee e lo stesso linguaggio adottati dai dirigenti e dagli operatori rendono

³³ Un Istituto per handicappati come fabbrica democristiana, in «Inchiesta», 1 (1974), pp. 53-61.

³⁴ G. Villani, *La triste «carriera» di 3000 handicappati*, in «L'Unità», 26 maggio 1974.

³⁵ G. Villani, *Handicappati a cottimo*, in «L'Unità», 13 giugno 1974.

³⁶ S. Agosti et al., *Matti da slegare*, Einaudi, Torino 1976.

³⁷ L. 382 del 22 luglio 1975, *Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*.

³⁸ D.p.r. 616 del 24 luglio 1977, *Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382*.

³⁹ M. Tortello, F. Santanera, *L'assistenza espropriata. I tentativi di salvataggio delle IPAB e la riforma dell'assistenza*, Nuova Guaraldi, Firenze 1982, pp. 85-96.

evidente un'evoluzione, tra anni Sessanta e Settanta, che si collocava sul delicato crinale tra rivendicazione di una specificità e riconoscimento delle istanze di deistituzionalizzazione. I vari progetti di ripensamento dell'istituto a inizio anni Ottanta risentivano di questo dibattito e portarono a una riconfigurazione dell'assistenza che, pur non superando l'istituzione, la apriva all'esterno recependo le novità del periodo⁴⁰.

Bibliografia

- Agosti S. et al., *Matti da slegare*, Einaudi, Torino 1976.
- Babini, V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.
- De Bernardi, A., De Peri, F., Panzeri, L., *Il manicomio unico della provincia di Milano a Mombello*, in id. (a cura di), *Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne. Il caso milanese*, Franco Angeli, Milano 1980, pp. 295-308.
- Le Ancelle della Divina Provvidenza al servizio degli ospiti della Sacra Famiglia di Cesano Boscone (MI)*, Cesano Boscone, 2011.
- Palumbo, E., *Super Omnia Charitas. Storia dell'Istituto Sacra Famiglia dal 1896 a oggi*, Ancora, Milano 2016.
- Paolo VI, *Octogesima Adveniens*, lettera apostolica, 17 maggio 1971, in «Acta Apostolicae Sedis», 6 (1971), pp. 401-441.
- Pignatelli, G., «Cicogna, Furio», in *Dizionario Biografico degli Italiani*, vol. 34, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma 1988, *ad vocem*.
- Sauer, H., *Il concilio alla scoperta dei laici*, in *Storia del Concilio Vaticano II*, dir. G. Alberigo, vol. 4, *La Chiesa come comunione. Il terzo periodo e la terza intersessione (settembre 1964-settembre 1965)*, il Mulino, Bologna 2013, pp. 259-291.
- Tessa, D., *De là del mur*, a cura di D. Isella, Einaudi, Torino 2015.
- Tortello, M., Santanera, F., *L'assistenza espropriata. I tentativi di salvataggio delle IPAB e la riforma dell'assistenza*, Nuova Guaraldi, Firenze 1982.

⁴⁰ Cfr. per esempio ASF, n.i., *Appunti su prospettive di aggiornamento dell'Istituto Sacra Famiglia*, 28 ottobre 1981; *Progetto Istituto Sacra Famiglia. Appunti per una riflessione sulle ipotesi per il futuro*, febbraio 1982; *Ipotesi di trasformazione dell'Istituto Sacra Famiglia*, gennaio 1983.

La maternità presso il reparto femminile dell'ospedale psichiatrico Paolo Pini: l'esperienza autobiografica di Alda Merini

Beatrice Peli

Legge naturale e violenza

Ruoli predefiniti, norme morali, presunte leggi di natura vengono invocate come radici essenzializzanti della soggettività femminile. Come scrive Franca Ongaro Basaglia «tutto ciò che riguarda la donna è immerso nella natura e nelle sue leggi»¹ e, infatti, la sua esistenza è scandita da un ciclo “naturale” normato che prevede per lei mestruazioni, gravidanza, parto, allattamento, e menopausa. Si tratta di una natura che si configura come inscindibilmente legata al corpo femminile e proprio su questo legame si innesta una cultura che riconduce alla sfera del naturale ogni attributo femminile: la debolezza è costituzionale alla donna per natura, e così la dolcezza, l'amorevolezza, il suo essere remissiva e materna. Va così progressivamente delineandosi una natura artificialmente fabbricata da una cultura che definisce entro quali termini essa possa e debba esprimersi.

Nell'osservanza delle leggi sociali il margine di errore accordato alle donne è nettamente inferiore rispetto a quello concesso agli uomini: a guidare la loro azione in uno spazio limitato e definito sono rigidi codici di comportamento, profondamente legati alla sfera familiare e corporea. Violarli significa fuoriuscire dalla norma per inserirsi nella devianza. Ed è proprio su questo concetto di devianza che si origina quello di una follia tutta femminile che va compresa in quanto prodotto storico-sociale e non secondo le sole categorie organiche della biomedicina.

Una donna aggressiva, ad esempio, si configura come non conforme alla presunta natura femminile e per questa ragione va punita². Nel contesto italiano del XIX e XX sec. la sanzione poteva esprimersi attraverso l'internamento della donna in un ospedale psichiatrico. Paradigmatica in questo senso è la storia di Alda Merini che in un pomeriggio del 1964, vittima di un esaurimento nervoso, come lei stessa scrive ne *L'altra verità. Diario di una diversa*, picchia il marito Ettore Carniti che chiama un'ambulanza e la fa internare³.

In altri casi è la sospensione del riconoscimento di quell'uomo che, scegliendola come compagna, le consente di realizzarsi come casalinga-moglie-madre: gli unici ruoli che la cultura in cui è immersa le concedono di assumere. È questo il caso di Adalgisa Conti, la cui vicenda viene citata da Merini in quanto lei stessa vi ravvisa molteplici similitudini con la propria, nonostante la distanza temporale che separa le due esperienze manicomiali. Conti, infatti, è una lungodegente dell'ospedale psichiatrico di Arezzo, vi viene ricoverata nel 1913

¹ F. Ongaro Basaglia, Introduzione a P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino 1977, p. XIV.

² *Ivi*, p. XVIII: «Una donna aggressiva [...] è qualcosa di estraneo alla natura femminile».

³ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, Milano 1997, p. 13: «Esaurimento»; sul primo ricovero cfr. anche: Alda Merini, *La polvere che fa volare*, in *La pazzia della porta accanto*, Giunti, Firenze 2017, p. 139.

all'età di soli ventisei anni e vi rimane fino alla morte nel 1978⁴. Anche in questo caso l'internamento è richiesto dal marito perché, come scrive Merini, «Allora le leggi erano precise e stava di fatto che ancora nel 1965 la donna era soggetta all'uomo e che l'uomo poteva prendere delle decisioni per quanto riguarda il suo avvenire»⁵.

Sono molteplici, infatti, le disposizioni legali che sanciscono la subordinazione della donna e, tra queste, ai fini di comprendere l'organizzazione manicomiale, risulta interessante la legge n. 36/1904. Questa regola gli internamenti e l'organizzazione degli ospedali psichiatrici in Italia fino agli anni Settanta e, di fatto, consegna a familiari e tutori del presunto paziente psichiatrico il potere di richiederne il ricovero. Sarà solo la legge n.180/1978, promulgata a seguito del rivoluzionario operato del movimento basagliano, a capovolgere il paradigma medico-positivista per restituire attenzione al malato e alla sua storia. Con essa prende forma concreta il progetto di giungere a un totale superamento del manicomio e non a un suo ripensamento⁶.

Le due vicende sopra citate a titolo esemplificativo – due all'interno di un impressionante numero di testimonianze⁷ – mostrano come l'internamento, spesso, fosse un atto violento nei confronti della donna, vittima di una cultura che le accorda un limitatissimo spazio di espressione, quello entro le mura domestiche, per poi sottrarla ad esso quando viene meno alle aspettative sociali e familiari. La storia delle degenti psichiatriche si configura allora come una storia della violenza, che assume prima la forma della violenza culturale e poi, all'interno dell'istituzione psichiatrica, si accompagna ad una sua seconda declinazione, quella della violenza di una medicina che da sempre ignora e bistratta la corporeità femminile.

Alda Merini

«La poesia è la vita che hai dentro. [...] Molti hanno pensato che la mia poesia sia la mia follia. Pochi hanno capito, invece, che la mia poesia è nata a prescindere da tutto e da tutti»⁸. È con queste parole che Alda Merini sceglie di raccontare la propria esperienza di poetessa. Ancora scrive «Odio chi mi considera poetessa delle istituzioni manicomiali»⁹, questo perché preferisce definirsi poetessa della vita; eppure l'esperienza manicomiale segna profondamente la sua esistenza e, a più riprese, nelle sue opere emergono le tracce di questa porzione del suo vissuto.

Non è frequente che alle degenti dei reparti femminili sia concesso di indagare, magari addirittura scrivere, il proprio vissuto dentro all'ospedale psichiatrico. È inusuale ma, quando accade, questa autoanalisi risulta imprescindibile ai fini di una ricomposizione tra

⁴ A. Conti, *Manicomio 1914. Gentilissimo Sig. Dottore questa è la mia vita*, Mazzotta, Milano 1978.

⁵ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 14.

⁶ F. Basaglia, M.G. Gianichedda, *Il circuito del controllo: dal manicomio al decentramento psichiatrico*, cit. in M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia. Pensieri, pratiche, politica*, Meltemi, Milano 2024, p. 75.

⁷ Cfr. G. Del Giudice, *Le donne nel manicomio*, in A. Signorelli (a cura di) *Fatevi regine*, Sensibili alle foglie, Roma 1996, pp. 80-88; A. Molinari, *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in «Genesis», II (2003), n.1, pp. 151-176; G. Morandini, *...E allora mi hanno rinchiusa. Testimonianze dal manicomio femminile*, Bompiani, Milano 1977; D. Tabor, *L'autonomia negata*, in «Diacronie, Studi di storia contemporanea», XXI (2015), n.1; A. Valeriano, *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2017.

⁸ A. Merini, *La poesia luogo del nulla*, Piero Manni, San Cesario di Lecce 1999, p. 1.

⁹ *Ivi*, p. 4.

il mero dato biologico e una storia che sarebbe altrimenti perduta e sepolta in eterno in una cartella clinica.

Con Merini ci troviamo di fronte a un caso molto particolare, perché la poesia ha il potere di restituirla l'*agency* che il manicomio le aveva negato e così è lei che si racconta, che ci racconta della solitudine, del senso di straniamento, del rapporto con l'istituzione e con la psichiatria critica, della specificità dell'essere donna e internata e, la narrazione della sua esperienza è accompagnata dai riferimenti alle esperienze di altre donne che lei stessa ha incontrato in manicomio; tracce che permettono di ricostruire che cosa dovesse essere il reparto femminile dell'ospedale psichiatrico Paolo Pini di Milano negli anni Sessanta e Settanta. La poesia, e più in generale la scrittura, diventano per lei un modo per salvarsi. A capirlo è il suo psichiatra, il dottor Enzo Gabrici, che le fornisce l'accesso allo studio in cui è conservata la sua macchina da scrivere e inserisce la scrittura a completamento di un più esteso trattamento terapeutico¹⁰.

Sono due le opere di prosa che narrano l'internamento: *L'altra verità* e *La pazza della porta accanto*. Entrambe sono scritte quando Merini viene dimessa dall'ospedale psichiatrico e con una voce incredibilmente lucida ripercorrono il periodo di reclusione tra il 1964 e il 1972.

Alda Merini racconta che al momento del primo ricovero ha già due figlie, sta attraversando un periodo emotivamente complesso, prova ad aprirsi col marito, che però non sembra recepire la richiesta d'aiuto e, dopo la morte della madre, il suo esaurimento si aggrava. A seguito di «un improvviso scatto di delirio»¹¹, Ettore chiama l'ambulanza e lei viene portata al Paolo Pini. Dice di venire internata a sua insaputa e contro la sua volontà, che prima di quel momento neanche immaginava che potesse esistere un luogo come il manicomio: «Non sapevo nemmeno che esistessero i manicomi: è stata una rivelazione orrenda»¹², scrive.

Istantanea è la percezione di stare compiendo un passo verso un labirinto dal quale avrebbe fatto molta fatica ad uscire¹³. In seguito infatti spiegherà che solo il primo ricovero è coatto, tutti i successivi sono spontanei e, prevedendolo, cerca di fuggire lo stupore del suo interlocutore dicendo che la necessità di tornare era forse dettata dalla volontà di conoscere le ragioni che avevano portato altri a crederla pazza. Il marito, in effetti, tenta di riportarla a casa, ma lei vede ormai in lui un nemico e decide di restare, una decisione che dovrà scontare con «dieci anni di coercitiva punizione»¹⁴. Pare quasi inspiegabile il fatto che questa tagliente e consapevole critica del sistema manicomiale sia accompagnata dalla volontà di restare, dall'auto consegnarsi a quel sistema da lei stessa definito disumano ma, come sostiene Michel Foucault, non è solo il dato fisiologico a creare il folle quanto la risposta sociale¹⁵. E dunque, sebbene Merini non pensasse di essere pazza – è lei stessa, infatti, a sostenere che la sua diagnosi di schizofrenia sia errata¹⁶ – è circondata da persone che sostengono lo sia e così finisce per credere che solo il ricovero in ospedale psichiatrico possa esserle d'aiuto. Sente che questo luogo di segregazione ha il potere di accoglierla nel momento in cui si sente

¹⁰ L'ospedale psichiatrico, così come altre istituzioni totali, ha le sue regole. Una, tra le molte, prevedeva che ai pazienti fosse vietato possedere penne perché considerate potenzialmente pericolose. cfr. a. Merini, *L'altra verità*, cit., pp. 64-65.

¹¹ A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 139.

¹² *Ivi*, p. 140.

¹³ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 14.

¹⁴ *Ivi*, p. 15.

¹⁵ M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1976.

¹⁶ A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 140.

respinta dalla società. Ma proprio per il fatto di essere accolta da questo luogo, la distanza con chi sta fuori si acuisce e si innesca un vizioso circolo di esclusione, che prosegue anche quando il periodo della degenza è solo un ricordo. «La pazza della porta accanto», la locuzione che dà il titolo a una delle sue opere di prosa, sta proprio a significare questo: «Per i vicini ero, e continuo ad essere, la pazza della porta accanto»¹⁷.

Nel 1986 dopo l'ultima degenza, quella presso il reparto di neurologia dell'Ospedale SS. Annunziata di Taranto, i ricoveri cessano. Poco meno di dieci anni dopo, nel 1995, le viene chiesto se crede ci sia una ragione che possa essere addotta a causa della sospensione di quel decennale legame con l'istituto psichiatrico e la poetessa risponde di ravvisare una correlazione con l'isterectomia: «Tolto l'utero, mi sono scomparsi all'improvviso anche i sintomi della malattia mentale. Penso che ci sia un legame tra le due cose»¹⁸. Si tratta di un'affermazione che fa quasi sorridere oggi, ma si inserisce a pieno titolo all'interno di una lunga tradizione medica sessista dove, a partire dall'età antica e lungo un asse diacronico che si spinge quanto meno all'età moderna e alla concezione freudiana di isteria, il corpo femminile è stato scritto da medici uomini e codificato all'interno di un discorso, quello medico per l'appunto, che per suo statuto dovrebbe essere neutrale, proprio perché di matrice scientifica, ma opera invece «una costruzione di genere non ingenua né neutra, anzi una precisa strategia volta a codificare il femminile ingabbiandolo in rigide maglie di sapere-potere»¹⁹.

Tale assalto subito dal corpo femminile si evolve ed alcune costanti tornano a più riprese nel tempo. Un esempio è fornito proprio dalla testimonianza di Merini, che sembra aver interiorizzato la tradizione che vuole la nevrosi collegata ad affezioni dell'apparato genitale femminile. Si ricordi che il termine «isteria» è connesso al corpo femminile sin dalla sua radice etimologica: in greco antico, infatti, ὕστερον significa «utero». Ed è questa una patologia, ormai non più considerata tale, che traduce una forma di controllo sociale, che nella sua forma sostantiva – «l'isterica» – diventa epiteto stigmatizzante nei confronti della donna e rientra in un più ampio sistema di controllo della sessualità e del potere riproduttivo femminile.

Essere madre in manicomio

La sessualità della donna viene negata e rimossa nello spazio dell'istituzione psichiatrica, che considera «disordine sessuale» qualsiasi manifestazione di desiderio sessuale femminile. Quandunque esso si manifesti viene considerato scandalo sociale e rientra nella categoria di comportamenti sanzionabili con l'internamento manicomiale. Le «sessualità eretiche»²⁰ trovano così posto in uno spazio di contenimento particolare, che si prefigura il compito di trattarle secondo i dettami della medicina e della psichiatria del tempo, discipline che plasmano una vera e propria tecnologia del corpo, secondo cui è l'anatomia a definire il destino del soggetto.

La medicalizzazione della sessualità all'interno dell'istituto psichiatrico è un tema molto vasto, che si declina in modo vario a seconda delle categorie e dell'oggetto d'indagine e,

¹⁷ A. Merini, *La pazza della porta accanto*, Giunti, Firenze 2017, p. 123.

¹⁸ A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 141.

¹⁹ V. Andò, *Terapie ginecologiche, saperi femminili e specificità di genere*, in «Aspetti della terapia nel Corpus Hippocraticum. Atti del IXe Colloque International Hippocratique», (Pisa 25-29 settembre 1996), a cura di I. Garofalo, A. Lami, D. Manetti, A. Roselli, Firenze 1999, pp. 255-270, p. 256.

²⁰ M. Foucault, *La volontà di sapere, Storia della sessualità*, vol. 1, Feltrinelli, Milano 2001, pp. 44-46 e 130.

pertanto, risulta impossibile da delineare sommariamente nel presente spazio. Si è scelto di affrontarlo nella misura in cui istituisce un legame con la maternità. Se infatti l'aspettativa sociale vuole che la donna diventi madre, allora la sessualità femminile viene concepita – e così è stato per molto tempo – in funzione dell'attività e finalità riproduttiva e si lega profondamente alla gravidanza e alla maternità.

Esperienza comune a molte internate, la maternità assume un carattere proteiforme dentro e fuori l'istituzione psichiatrica. Talvolta si configura come forma di prigionia e di sofferenza psicologica: è il caso della Z., una degente del Paolo Pini di cui abbiamo notizia grazie ad Alda Merini, che viene internata perché ragazza-madre a seguito di episodi di depressione *post-partum*, talvolta è frustrazione della chiamata materna, come nel caso di Adalgisa Conti, rifiutata dal marito perché non ha mai portato a termine una gravidanza, qualche volta ancora è chiamata creatrice, simbolo di rinascita e speranza, come nel caso di Alda Merini e delle due gravidanze portate a termine proprio durante gli anni di degenza psichiatrica²¹. Sebbene eterogeneo nella sua declinazione, il legame che si istituisce tra queste donne, l'istituzione psichiatrica e la maternità si inserisce all'interno di un quadro culturale e sociale più ampio e di matrice patriarcale che, nel caso della malattia psichica porta le donne a subire una doppia forma di discriminazione: quella legata alla patologia mentale e quella legata al genere. Come prescritto dalla Legge n. 36/1904, infatti il ricovero coatto nei manicomi veniva di norma richiesto dai parenti e familiari dei cosiddetti "alienati". Tenendo in considerazione il fatto che il potere decisionale all'interno dell'istituzione familiare spettava al marito, come suggerisce la Legge n.144/1942 del codice civile italiano sulla potestà maritale, e che la donna ricopriva dunque una posizione di subordinazione rispetto ad esso, si evince chiaramente che gli internamenti manicomiali a danno delle donne erano spesso richiesti dai mariti delle stesse e gli ospedali psichiatrici si configuravano come luoghi di controllo sociale, che raccoglievano donne i cui comportamenti si discostavano dalla norma. In tutti i casi sopracitati, ad esempio, la maternità si discosta dai suoi tratti canonici poiché si lega alla depressione, viene disattesa o frustrata e caratterizzata dalla separazione.

Se dalla lettura delle opere di Alda Merini emerge una serrata critica del trattamento riservato alla maternità e alla gravidanza in manicomio, talvolta quest'ultima sembra configurarsi quasi come una cura del male psichiatrico. Scrive, ad esempio, «In gravidanza tutti i miei sintomi scomparivano e io tornavo ad essere una persona normale»²² e riporta che proprio mentre aspettava la terza figlia, le vengono sospese le terapie farmacologiche, si interrompono le mestruazioni e con esse – sempre secondo il sopracitato paradigma medico di matrice ippocratica, in cui gli uomini indagano il corpo femminile – anche gli attacchi isterici vengono meno²³. La sensazione è quindi quella di stare attraversando un periodo di relativa serenità psicologica, che viene "premiato" con una dimissione di quasi nove mesi. Ma la percezione positiva della gravidanza è ricondotta dalla poetessa al fatto che questi nove mesi sono gli unici in cui ha l'assoluta certezza che la figlia non le verrà portata via, proprio perché parte di lei²⁴. Poi però arriva il parto e anche questa bambina – così come le due precedenti – le viene sottratta, ed è lei stessa a riportare che è proprio il momento del parto a segnare la rottura verso il caos, cui segue un nuovo ricovero e l'affidamento della figlia²⁵.

In generale il tema della separazione forzata dalle figlie e della conseguente solitudine è

²¹ A. Conti, *Manicomio 1914*, cit.; A. Merini, *L'altra verità*, cit.

²² *Ivi*, p. 40.

²³ *Ibidem*.

²⁴ A. De Lillo, *La pazza della porta accanto*, CG Entertainment, 2013.

²⁵ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 41; A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 137.

una costante della produzione meriniana. La poetessa dice di essere di fronte ad un trattamento «disumano»²⁶ e che anche in seguito le figlie le può vedere sporadicamente, in casa d'altri, venendo tenuta sotto controllo e provando un sentimento di logoramento interiore che la spingerebbe, se potesse, a portarsele via²⁷. Tutto ciò che le rimane in manicomio a testimoniare l'esistenza di quelle quattro bimbe è una sottoveste sguailata indossata durante la gravidanza che le infermiere prontamente le sottraggono²⁸.

Nonostante questa risposta sul piano degli operatori sanitari, risulta salvifica la solidarietà che si instaura tra le degenti del reparto femminile del Paolo Pini. Merini racconta che la Z. piange un pianto inconsolabile quando si mette a pensare al suo bambino, ma che lei comprende bene come si sente perché sa che «L'essere madre in un posto come quello diventa una cosa atroce»²⁹, e così cerca di distrarla come può.

L'allontanamento dai figli in virtù della malattia mentale è però solo l'ultima violenza che la donna internata è costretta a subire. La scoperta di una gravidanza, infatti, è innanzitutto segnata da proposte di aborti terapeutici, a riprova del fatto che le terapie erano concepite in funzione del beneficio dell'istituzione e non del paziente. Merini racconta che più di una volta i medici hanno tentato di convincerla ad abortire, soprattutto durante la quarta gravidanza³⁰. Inoltre, come si è già visto, spesso le terapie farmacologiche vengono interrotte e, se da un lato la sensazione è quella di ritrovare la propria personalità, dall'altro le degenti sono spesso ridotte a farmacodipendenti al punto che dopo la dimissione, necessitano successivi ricoveri e disintossicazioni³¹.

Infine, era il momento stesso del parto a poter divenire traumatico. Alda Merini scrive che nel suo caso ha la sensazione che i medici avessero preso tutte le precauzioni possibili per farle vivere un parto orribile. La portano in isolamento, lontano dagli altri reparti per via dello stigma che si accompagna ai degenti della sezione psichiatrica e la mandano al neurodeliri, «Dove c'erano pochi metri quadrati per muoversi e nessun dialogo, nemmeno col dottore»³². Altre volte poteva capitare che la degente psichiatrica fosse addirittura costretta a partorire legata. Anche di questo trattamento abbiamo menzione grazie a Merini, che riporta la vicenda di un'altra paziente conosciuta al Paolo Pini, la B., che partorisce legata per ben due volte «Non potendo minimamente gridare o piangere. Perché nei manicomi è severamente proibito far chiasso o esternare le proprie paure»³³.

Conclusione

Si è visto, dunque, come la gravidanza e la maternità entro l'istituzione psichiatrica potessero assumere nel loro trattamento terapeutico la forma di una vera e propria violenza commessa ai danni della donna. Un tipo di violenza che, come ricordato in precedenza, si sostanzia di una base culturale e di una base medica.

Il presente testo nasce dalla necessità di riscrivere la storia del corpo femminile, che è rimasta per troppo tempo confinata entro un sapere scientifico non neutro caratterizzato da

²⁶ A. De Lillo, *La pazza della porta accanto*, cit.

²⁷ A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 136.

²⁸ A. Merini, *La pazza della porta accanto*, cit., p. 61.

²⁹ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 16.

³⁰ *Ivi*, p. 52; A. Merini, *La polvere che fa volare*, cit., p. 137.

³¹ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 77.

³² *Ivi*, p. 53.

³³ *Ivi*, p. 77.

una serie scarna e monotona di coordinate, che vogliono la sessualità femminile condannata e rimossa, sia entro lo spazio domestico, che più specificamente all'interno dell'istituzione manicomiale. Interessante mi è parso il fatto che se a lungo il potere generativo è stato ritenuto attributo precipuo della soggettività femminile e considerato l'unico ambito in cui essa potesse realizzare la propria agentività, molto scarse sono le testimonianze letterarie che trattano il tema della gravidanza dentro l'istituzione manicomiale. Eppure esistevano reparti interamente femminili, dove una parte delle degenti doveva per forza di cose scontrarsi con l'esperienza della gravidanza e della maternità. La scarsità di notizie a riguardo ha indirizzato la ricerca a muoversi tra le tracce lasciate da Alda Merini dentro alle sue opere e alle sue parole. Questo fatto si è unito alla necessità di utilizzare la narrazione in prima persona di chi quell'esperienza l'ha vissuta sul proprio corpo al fine di distruggere lo stigma dietro al paziente psichiatrico proprio a partire da quel luogo dove questa malattia sembrava mostrarsi in tutta la sua oggettività e di restituire l'*agency* che alle pazienti psichiatriche era stata negata. Si è scelto, pertanto, di ripercorrere l'esperienza di una degente del reparto femminile dell'ospedale psichiatrico Paolo Pini di Milano, considerandola in quanto soggetto attivo, capace e volenterosa di scegliere le parole con cui raccontare il proprio vissuto. Questa scelta è stata accompagnata dalla volontà di evitare di ricadere nella narrazione meramente descrittiva di una paziente oggettivamente coinvolta, che si sarebbe configurata come una reiterazione dell'ideologia manicomiale. Ricostruire l'esperienza che della gravidanza e della maternità ha Alda Merini attraverso le sue parole si inserisce all'interno di un più ampio programma di storizzazione dei pazienti psichiatrici, inteso come sforzo collettivo che coinvolge direttamente i soggetti dell'istituzione e permette loro di essere parte attiva nella chiamata alla deistituzionalizzazione dei luoghi e dei vissuti manicomiali. È la lucida e consapevole autoanalisi della poetessa che ci ha condotti fino a questo punto, scrive infatti: «Chi meglio di me può dire che cosa ci sia stato all'interno di quell'ospedale?»³⁴. È dunque lei stessa a presentare la propria come una voce di denuncia di quanto accadeva all'interno delle mura ospedaliere. Ciò che resta a noi a completamento di questa operazione è analizzare e approfondire i processi che hanno portato alla creazione di un sistema profondamente iniquo e coercitivo, che finì per disciplinare l'esistenza di chi vi veniva intrappolato perché, come ricorda Annacarla Valeriano, gli ospedali psichiatrici sono stati una terra di nessuno, dove alla paziente «Si può fare qualsiasi cosa»³⁵, ma sarebbero potuti essere la terra di tutte³⁶. Siamo solo nate qualche anno più tardi.

Bibliografia

- Andò, V., *Terapie ginecologiche, saperi femminili e specificità di genere*, in «Aspetti della terapia nel Corpus Hippocraticum. Atti del IXe Colloque International Hippocratique», (Pisa 25-29 settembre 1996), a cura di I. Garofalo, A. Lami, D. Manetti, A. Roselli, Firenze 1999, pp. 255-270.
- Basaglia, F., Gianichedda M.G., *Il circuito del controllo: dal manicomio al decentramento psichiatrico*, *Atti e documenti del Réseau di alternativa alla psichiatria*, a cura di E. Battiston, M. Costantino, F. Faoro, C. Piccardo, M. Reali, Cooperativa Libreria – Centro culturale

³⁴ A. Merini, *L'altra verità*, cit., p. 119.

³⁵ *Ivi*, p. 77.

³⁶ A. Valeriano, *Avide dello scandalo*, in *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, a cura di L. Azara e L. Tedesco, Viella, Roma 2019, pp. 103-128, p. 128.

- “Via Gambini”, Trieste 1980.
- Collettivo delle operatrici dei servizi psichiatrici della provincia di Arezzo, Introduzione, in A. Conti, *Manicomio 1914. Gentilissimo sig. Dottore, questa è la mia vita*, Mazzotta, Milano 1978.
- Colucci, M., Di Vittorio, P., *Franco Basaglia. Pensieri, pratiche, politica*, Meltemi Editore, Milano 2024.
- Conti, A., *Manicomio 1914. Gentilissimo Sig. Dottore questa è la mia vita*, Gabriele Mazzotta Editore, Milano 1978.
- Chesler, P., *Women and Madness*, Doubleday & Company, Inc., s.l. 1972, trad. it. di P. Carreras, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino 1977.
- Del Giudice, G., *Le donne nel manicomio*, in *Fatevi regine*, a cura di A. Signorelli, Sensibili alle foglie, Roma 1996, pp. 80-88.
- De Lillo, A., *La pazza della porta accanto*, CG Entertainment, 2013.
- Fiume, G., *Madri. Storia di un ruolo sociale*, Marsilio, Venezia 1995.
- Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, 1961, trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1976.
- Foucault, M., *Histoire de la Sexualité. La Volonté de Savoir.*, vol. 1, Gallimard, Paris, 1976, trad. it. di P. Pasquino, G. Procacci, *La volontà di sapere, Storia della sessualità*, vol. 1, Feltrinelli, Milano 2001.
- Foucault, M., *Le pouvoir psychiatrique: Cours au collège de France (1973-1974)*, Gallimard, Paris 2003, trad. it. di M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2004.
- Merini, A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, Rizzoli, Milano 1997.
- Merini, A., *La poesia luogo del nulla*, Piero Manni, San Cesario di Lecce 1999.
- Merini, A., *La pazza della porta accanto*, Giunti, Firenze 2017.
- Molinari, A., *Autobiografie della vita e della mente. Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo Novecento*, in «Genesis», II (2003), n.1, 2003, pp. 151-176.
- Morandini, G., *...E allora mi hanno rinchiusa. Testimonianze dal manicomio femminile*, Bompiani, Milano 1977.
- Ongaro, F., *Un commento*, in P. Chesler, *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino, 1977, pp. XI-XXXII.
- Tabor, D., *L'autonomia negata*, in «Diacronie, Studi di storia contemporanea», XXI (2015), n.1.
- Valeriano, A., *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Donzelli, Roma 2017.
- Valeriano, A., *Avide dello scandalo*, in *La donna delinquente e la prostituta. L'eredità di Lombroso nella cultura e nella società italiane*, a cura di L. Azara, L. Tedesco, Viella, Roma 2019, pp. 103-128.

LEGGI

- Legge 14 febbraio 1904, n. 36 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”.
- Legge 13 marzo 1978, n.180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.
- Art. 144/1942 c.c. “Potestà maritale”.

La dismissione dell'ospedale psichiatrico di Arezzo (1971-1978)

Caterina Pesce

Introduzione

Tra i luoghi che, nella seconda metà del Novecento, furono attraversati da un importante processo di cambiamento del paradigma psichiatrico tradizionale, va sicuramente ricordato la città di Arezzo. Qui, a partire dagli anni Settanta, il processo di rovesciamento dell'istituzione manicomiale si caratterizzò sia per la precocità con cui prese avvio, sia per la peculiarità delle teorie e delle pratiche adottate¹. A guidare l'intero processo fu Agostino Pirella, tra gli esponenti più importanti della psichiatria anti-istituzionale italiana, che aveva preso parte all'esperienza di deistituzionalizzazione dell'ospedale psichiatrico di Gorizia guidata da Franco Basaglia². Dalla città isontina i diversi membri dell'equipe basagliana raggiunsero altre città in cui mettere in pratica la loro esperienza: Arezzo fu uno di quei luoghi che dimostrò che era possibile fare a meno degli ospedali psichiatrici.

Per sintetizzare in un breve contributo come si sviluppò quest'articolato processo, ho individuato tre processi da non considerare separatamente, ma stratificati l'uno sull'altro:

- l'umanizzazione dell'ospedale;
- la democratizzazione, ovvero la costruzione della comunità terapeutica;
- la radicalizzazione del processo: come superare la comunità terapeutica.

L'umanizzazione dell'ospedale

Per molti protagonisti delle vicende che hanno portato all'affermazione della legge 180 in primo luogo vi fu un rifiuto delle condizioni inumane presenti in ospedale psichiatrico. Nel 1970 fra questi si annoverarono i nuovi amministratori della provincia di Arezzo, l'ente che si occupava dell'ospedale, che si adoperarono per intervenire sul destino dei ricoverati. Così cercarono un'alleanza con Pirella, che giunse ad Arezzo nel 1971 con le idee chiare sul lavoro da svolgere. Due erano i principali provvedimenti da prendere: dare al personale la possibilità di adattarsi alla nuova linea, cominciando a scalfire la paura e l'idea che la regressione fosse un punto senza ritorno, e partire dal fondo, da quei pazienti considerati cronici e abbandonati all'interno dell'istituzione.

¹ Il caso di Arezzo è stato oggetto del mio lavoro di ricerca tra il 2017 e il 2020, mentre frequentavo il corso di dottorato in studi storici, geografici e antropologici, presso l'Università degli studi di Padova. La maggior parte del lavoro è confluita nel volume, *Pratiche di Liberazione. Il manicomio di Arezzo negli anni di Agostino Pirella (1971-1978)*, Pacini, Pisa 2023.

² Per un quadro complessivo relativo alla biografia di quest'importante psichiatra italiano cfr. M. Bucciantini, M. Colucci (a cura di), *Agostino Pirella. Il sapere di uno psichiatra*, in «aut-aut», 385 (2020).

I muri circondanti l'ospedale vennero abbattuti, i mezzi di contenzione destituiti e fu abolita la consuetudine per cui un ricoverato in crisi veniva trasferito presso altri reparti: ognuno avrebbe ricevuto l'assistenza necessaria nella propria sezione³.

Ciò significava far alzare persone lungamente allettate, ripulire e risanare gli ambienti, introdurre norme di igiene, dismettere la divisa e fornire abbigliamento personalizzato; permettere l'uso di coltelli e forchette. Andava inoltre manifestata la semplice volontà di stare insieme al paziente: sedersi insieme a lui in reparto o nel piazzale e aspettare che con la vicinanza si instaurasse un minimo di rapporto⁴. Si trattava in sostanza, di compiere quelle che la psichiatra Nicoletta Goldschmidt definisce "azioni parlanti e correttive"⁵: tutte soluzioni pratiche legate più al buon senso che alla scienza o a una teoria specifica.

Era inoltre necessario attendere che il personale maturasse la propria adesione alla trasformazione ospedaliera, impensabile senza il contributo infermieristico⁶. Sono infatti proprio le testimonianze degli infermieri a restituirci il significato dell'aver maturato l'avvicinamento alla nuova linea ospedaliera:

G: Io ho visto resuscitare delle persone che avevano distrutto dentro l'ospedale psichiatrico. [...] Io ero fra quelli che all'inizio davano di pazzi a questi medici: "Questi sono scappati da qualche manicomio". Perché mi facevano buttare giù i muri nel piazzale esterno dove i pazienti andavano il giorno io dicevo: "Questi son matti! Ora si apre le porte e questi scappano tutti [...] Però ho contribuito a buttar giù questi muri. Lo spettacolo più bello è stato quando si è aperto le porte [...] i malati arrivavano alla porta e non la varcavano! Tornavano dentro perché abituati a essere chiusi avevano paura dell'esterno!"⁷

La maggioranza degli infermieri intervistati, che aderirono alla linea di Pirella, provenivano da una cultura contadina, da umili origini e avevano visto nel lavoro in ospedale psichiatrico la possibilità di un posto fisso e di una certa stabilità. Furono loro co-protagonisti insieme ai ricoverati della trasformazione umanitaria dell'ospedale.

Ad essere umanizzati infatti non furono solo gli spazi fisici: al centro del nuovo approccio terapeutico fu inserito il rapporto personale con i malati. Già a partire dall'esperienza di Gorizia, all'avversione propriamente umana per l'istituzione, si accompagnava un'avversione filosofico-scientifica. Pirella e il resto dei "basagliani" accusavano coloro che si erano occupati di psichiatria e di psicopatologia del fatto che, concentrando l'attenzione esclusivamente sull'unità morbosa, sulla sua origine e sui sintomi, avevano perso di vista l'individuo: il soggetto concreto che vive, si relaziona e si ammala in un determinato contesto.

Questo significava mettere tra parentesi tutte le conoscenze relative alla patologia, ai vari modi di classificarla e imparare a stare con il paziente, o meglio a "essere con". Ciò comportava un profondo cambiamento dello sguardo psichiatrico: andava negata la diagnosi

³ Per un quadro complessivo di come prese avvio il lavoro in ospedale cfr. P. Tranchina, *Psicoanalista senza muri. Diario da una istituzione negata*, Centro di Documentazione di Pistoia, 1989 e «Fogli di Informazione» (1974), n. 14.

⁴ Cfr. P. Tranchina, *Psicanalista senza muri*, cit., p. 66.

⁵ Intervista a Nicoletta Goldschmidt raccolta il 26 gennaio 2018 a Milano presso la sua abitazione.

⁶ Per un quadro generale sul ruolo degli infermieri nel processo di deistituzionalizzazione cfr. V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009; R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979; C. Demichelis (a cura di), *Padiglione 25: autogestione in manicomio (1975-1976)*, Ediesse, Roma 2017.

⁷ Intervista a Guerrino Frescucci raccolta il 29 maggio 2017 ad Arezzo presso la sua abitazione.

precedente che definiva l'unità morbosa per mettere in evidenza la soggettività del paziente e le difficoltà esistenziali che ne accompagnavano la sofferenza⁸.

Le cartelle cliniche sono importanti fonti storiografiche⁹ che restituiscono questo cambio di prospettiva nello sguardo psichiatrico. Emblematica la storia di Ulisse ricoverato per la prima volta nel maggio del 1967 e associato definitivamente per psicosi epilettica. Un fascicolo molto trascurato negli anni della sua permanenza in ospedale: la prima anamnesi si limita a segnalare che gli attacchi epilettici erano cominciati all'indomani della seconda guerra mondiale, al ritorno da Russia e Jugoslavia. Questo era sufficiente a dimostrare la presenza di malattia e quindi a giustificare l'internamento. Il documento non riporta nessuna annotazione relativa a nuovi attacchi epilettici avvenuti durante il ricovero. Nel gennaio del 1972 è la penna dello psichiatra Gian Paolo Guelfi a ricostruire la complessità delle vicende che caratterizzarono la sua esistenza. Ulisse proveniva da una famiglia numerosa e di umili origini, in gioventù era stato bracciante e boscaiolo, ottenendo un lavoro presso le ferrovie per le traverse in legno. Era riuscito a farsi una famiglia, aveva già tre figli quando la guerra sopraggiunse. Proprio le vicende belliche furono da detonatore per questo precario equilibrio familiare: come scoprì Ulisse stesso tornando a casa per una licenza dopo anni di assenza e trovando la moglie incinta. L'uomo ebbe poco tempo per dolersi di ciò che stava succedendo, fu richiamato alle armi, questa volta nella campagna di Russia. Sopravvissuto alla guerra e alle varie peripezie del viaggio verso casa, una volta ad Arezzo scoprì che la moglie e i figli si erano trasferiti a Bologna. Tentò un riavvicinamento con la famiglia di origine, ma anche l'organizzazione di vita dei suoi fratelli non prevedeva uno spazio per lui. L'epilessia fornì l'alibi adeguato a regolare le incomprensioni familiari con il ricovero; l'ospedale psichiatrico divenne la sua residenza permanente.

La ricostruzione della storia di quest'uomo permetteva al medico di proporre un nuovo quadro clinico che negasse la presenza di vissuti psicotici, di deliri e del deterioramento della persona, spiegati alla luce della sua condizione esistenziale¹⁰. Il punto di osservazione era cambiato: non era più un'osservazione distaccata e volta alla descrizione del comportamento, la narrazione del dottor Guelfi necessitava della capacità di ascolto, di un coinvolgimento emotivo e della vicinanza fisica¹¹.

La democratizzazione: la costruzione della comunità terapeutica

Perché lo psichiatra divenisse veramente capace di ascolto, oltre al miglioramento delle condizioni di vita dei ricoverati, era necessario una loro ripresa di parola. L'umanizzazione fu accompagnata da un processo di democratizzazione della vita quotidiana, si avviava così

⁸ Una modalità d'approccio che il gruppo goriziano acquisì ispirandosi alla psichiatria fenomenologica, Cfr. S. Mistura, *Introduzione*, a E. Minkowski, *La schizofrenia*, Bertani, Verona 1980, pp. 9-43. Cfr. inoltre M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano 2001, p. 7; L. Comba, C. donne: *l'ultimo reparto chiuso*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968, pp. 229-273.

⁹ Cfr. V. Fiorino, *La cartella clinica: un'utile fonte storiografica?*, in F. Alberico, G. Franchini, M.E. Landini, E. Passalia, *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Scuola Tipografica Sorriso Francese-scano per DISMEC, Genova 2010, pp. 51-68.

¹⁰ Cfr. Archivio storico dell'ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo, d'ora in avanti Asona, b. 470, cartella clinica, diario clinico, 20.1.72.

¹¹ Relativamente al cambiamento dello sguardo psichiatrico cfr. A. Fanali, *La «Ricostruzione» degli spazi e del pensiero attraverso i percorsi dell'esperienza psichiatrica alternativa*, in V. Fiorino (a cura di), *Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia. 1953-1980*, Edizioni ETS, Pisa 1988, pp. 55-68.

il processo di costruzione della comunità terapeutica. Nella concezione dei leader di Gorizia, la comunità terapeutica trovava «la sua prima essenza nel dichiarato sfruttamento, ai fini terapeutici, di tutte le risorse dell'istituzione, concepita quest'ultima come un insieme organico non generalizzato di medici, pazienti e personale ausiliario»¹². La vita dell'ospedale venne scandita da una molteplicità di riunioni che facilitassero la discussione e il confronto tra tutti i membri dell'istituzione. In ogni reparto venne organizzato un incontro tra medici, infermieri e pazienti. Qui emergevano temi e problemi che venivano collegati alle esigenze specifiche di ogni singolo paziente. L'assemblea di reparto era il luogo dedicato alla discussione dei casi personali e all'individuazione dell'adeguato trattamento assistenziale e sanitario richiesto. A questo incontro seguiva una riunione degli operatori, volta a elaborare una prassi comune, il che poteva verificarsi soltanto dopo l'incontro con i ricoverati. Verificare ciò che accadeva era importante «per rovesciare i significati ovvi e consueti della diagnosi»¹³.

Ridare la parola ai ricoverati era fondamentale, perché per Pirella e il resto del gruppo goriziano, già agli inizi del loro precedente lavoro all'interno dell'istituzione ospedaliera, era emersa una realtà sconcertante: il ricoverato in ospedale psichiatrico era in primo luogo un escluso sociale, un uomo privato di ogni diritto, persino di disporre della propria persona¹⁴. Più che di "malattia", in manicomio si "moriva di classe". L'introduzione di processi di umanizzazione e democratizzazione aveva svelato la funzione squisitamente politica ricoperta dall'istituzione manicomiale, era quindi necessario che la presa di parola dei ricoverati rappresentasse anche il maturare di una consapevolezza sociale più ampia. Per Pirella un luogo emblematico in questo senso doveva essere assunto dall'assemblea generale dell'ospedale a cui ogni degente poteva partecipare spontaneamente per discutere tutto ciò che riguardava l'istituzione.

È l'assemblea generale a caratterizzare in senso veramente innovativo la comunità terapeutica. Anzitutto perché ad essa possono partecipare tutti gli appartenenti al campo istituzionale, qualunque sia il titolo di appartenenza (medici, infermieri, altri operatori, pazienti, familiari, visitatori, ecc.). Poi perché la partecipazione non è obbligatoria, ma spontanea. Basaglia ha chiarito molto bene il senso di questa caratteristica in un'intervista: Qui si tende a fare in modo che la vita della comunità, la vita quotidiana, non sia regolata da un'intelligenza medica, ma sia il risultato dell'attività spontanea di tutti coloro che partecipano, a qualsiasi titolo, alla giornata ospedaliera.¹⁵

L'incontro era gestito totalmente dai degenti, loro si occupavano della presidenza e della verbalizzazione, loro decidevano collettivamente quale organizzazione dare all'ospedale; insomma, il luogo in cui «loro dissero e decisero»¹⁶.

Nell'archivio storico dell'ospedale psichiatrico di Arezzo sono conservati verbali delle riunioni: queste fonti restituiscono l'andamento degli incontri. Inizialmente c'era proprio una certa difficoltà a prendere parola, ad esporsi, ma con l'andare del tempo, l'incontro plenario maturò, riuscendo ad affrontare insieme argomenti di tipo collettivo: il vitto della mensa,

¹² L. Schittar, *L'ideologia della comunità terapeutica*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, cit., p. 159.

¹³ A. Pirella, *Chi ha paura dell'assemblea generale? La verifica della psichiatria*, in L. Attenasio e G. Filippi, *Parola di matti e anche nostra*, Bertani, Verona 1989, p. 15.

¹⁴ Cfr. A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, Centro di Documentazione di Pistoia, 1999, p. 31.

¹⁵ A. Pirella, *Chi ha paura dell'assemblea generale*, cit., p. 14.

¹⁶ Definizione di Luciano Della Mea, Gigi Attenasio e Gisella Filippi, in *Parola di Matti*, cit., p. 30.

per cui viene nominato un comitato; la paga giornaliera che richiese diverse assemblee e un confronto serrato con l'amministrazione provinciale. La partecipazione era stimolata dal fatto che il proprio "prendere la parola" producesse dei risultati effettivi e influenzasse le decisioni. Il potere del medico, prima al vertice di tutta la compagine istituzionale, veniva ora condiviso con tutti i suoi membri, erano i ricoverati stessi a discutere di quali atteggiamenti tenere fuori e dentro l'OP. All'interno della comunità terapeutica permanevano regole e forme di controllo dei comportamenti, ma queste erano discusse collettivamente ed era la leadership nata dall'incontro plenario che stabiliva le condizioni della vita quotidiana e l'azione necessaria per il benessere collettivo. Emblematico l'estratto di questo verbale:

L'attuale presidente in carica tiene a precisare [...] di tenere sempre presenti due fattori, che modestamente ritengo essenziali, per il benessere degli stessi ospiti del nostro Neuro Ospedale: 1° Con la propria attività cercare di curare gli interessi dei degenti comprendendone le giuste richieste; 2° Non pretendere, dall'Amministrazione Provinciale delle eccessive richieste e pretendendone, l'immediato consenso; collaborare con il Sig. Direttore, con il Corpo Medico, il personale Infermieristico, Sigg. Volontari e con i degenti stessi per una sempre più elastica comprensione e non negare mai a chi presta la propria opera a beneficio dei degenti, la fiducia, affinché l'attuale Sistema Ospedaliero continui su quella strada iniziata da poco e che se pur con alcuni difetti, ha portato anche tanto vantaggio, benessere e soprattutto la cosa più cara che madre natura ha donato agli esseri umani: LA LIBERTÀ!!!¹⁷

L'assemblea generale si caratterizzava inoltre quale luogo che meglio rappresentava l'ospedale "aperto": i ricoverati cominciarono ad avere la possibilità di confrontarsi con la pubblica amministrazione, con i giornalisti che volevano scrivere sull'istituzione riformata, con gli operai che partecipavano per cercare un fronte comune di lotta; con giovani studenti e volontari portatori di una cultura sessantottina molto diversa da quella di provenienza della maggioranza dei degenti. Un'altra esperienza importante fu quella di Anna Maria Bruzzzone, insegnante torinese chiamata da Pirella ad Arezzo per raccogliere le storie di vita dei ricoverati. Un lavoro significativo dal quale venne pubblicato il libro *Ci chiamavano matti*¹⁸.

Tutto ciò rappresentò un elemento importante per la riabilitazione di persone a lungo escluse dal consorzio sociale, inserirsi in società faceva meno paura se preceduto da tutto questo. Fu durante le assemblee generali che avvenne la riscoperta delle soggettività di tutti e dove si imparò a confrontarsi con la diversità; restava tuttavia un importante interrogativo: era sufficiente tutto questo per tornare a vivere fuori?

Riprendendo, a titolo di esempio, la storia di Ulisse, dopo aver giovato della nuova impostazione ospedaliera subì un abbassamento del tono dell'umore. Il medico annotava nel fascicolo: «È avvilito perché vede molti degenti lasciare l'ospedale e questo circo-scrive e dà risalto alla sua "impotenza". [...] La sua richiesta di aiuto si è configurata come quella di colui che ha le basi per "liberarsi" da sé ma che deve in qualche modo chiedere a chi detiene il potere»¹⁹. Nonostante gli sforzi dell'équipe medica per approcciarsi in modo diverso ai degenti coinvolgendoli nelle decisioni relative all'organizzazione della comunità terapeutica,

¹⁷ Asona, b. 873, fasc. 3, verbale del 5.2.73.

¹⁸ Cfr. A.M. Bruzzzone, *Ci chiamavano matti. Voci da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1979 e A.M. Bruzzzone, *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro e S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021.

¹⁹ Asona, b. 470, cartella clinica, diario clinico, 20.1.72.

rimaneva il problema della subalternità del paziente. Ulisse doveva “chiedere” maggiore spazio per attuare il suo programma di reinserimento, la cui realizzazione necessitava della negoziazione non solo con l'autorità medica, ma anche con i familiari e il “mondo esterno”. Era quest'ultimo a conferire il mandato sociale agli psichiatri: rovesciare l'istituzione significava in parte rifiutarlo, ma non eluderlo completamente.

Radicalizzazione: come superare la comunità terapeutica

Agostino Pirella, insieme all'équipe operante a Gorizia, aveva già maturato la consapevolezza di come la questione del potere fosse particolarmente complessa. Il “malato di mente” non era solo il prodotto dell'organizzazione manicomiale, ma della realtà storica e sociale che aveva caratterizzato la società moderna. Il rapporto tra “verità scientifiche” e sistemi di potere andava problematizzato. Al lavoro pratico di rovesciamento del manicomio si aggiunse così la sospensione critica delle “verità” della malattia mentale²⁰. Dopo la negazione istituzionale emergeva quello che Agostino Pirella definiva “il problema psichiatrico”, fondato sulla riproposizione della distanza fra chi era delegato alla gestione della sofferenza psichica e chi ne era portatore²¹. Divario che rendeva problematica la definizione di ogni “potere terapeutico”. A farne le spese fu la comunità terapeutica stessa: questa era un'istituzione da negare tanto quanto le vecchie strutture ospedaliere, perché qui il problema della divergenza di potere, tra medico e malato non era risolto in termini nuovi: la tolleranza e la permissività avevano una forza persuasiva volta al controllo, più fine e meno brutale della violenza istituzionale. I malati istituzionalizzati nella CT erano comunque impossibilitati a ribellarsi al potere/sapere che gli aveva violentati; la loro protesta era neutralizzata da una gestione più tollerante, che adesso rischiava di produrre nuova conoscenza su di loro, ma non con loro²². L'aspetto più sorprendente, che le fonti storiografiche restituiscono, è come i ricoverati, pur da una posizione ancora subalterna, effettivamente maturarono delle forme di critica e contestazione verso l'istituzione riformata. Soprattutto verso gli aspetti più concreti, che avevano dato forza vitale all'incontro. La critica si rivolse soprattutto verso alcune forme solidali non accompagnate da un reale sforzo a reinserire in società. Tra la leadership dell'assemblea emerse chi dopo un po' manifestò una certa insofferenza per la presidenza. Alcuni degenti cominciarono ad interrogarsi sul valore che certe “posizioni” e situazioni comunitarie potevano avere per il mondo esterno: in primo luogo il ruolo di presidente dell'assemblea, per cui venne discussa la legittimità di un'eventuale remunerazione. È da sottolineare che i momenti di maggiore difficoltà, tensione e stanchezza verso le discussioni collettive si intensificavano proprio quando l'intera esperienza subiva delle evoluzioni, come se l'assemblea generale sottolineasse il fatto di essere ancora ricoverati. A generare la crisi assembleare e a far scoppiare la rabbia erano soprattutto le mancate dimissioni. Nonostante i miglioramenti e gli sforzi per rendersi autonomi, molti degenti risiedevano ancora in ospedale: o perché privi di una famiglia in cui reinserirsi o perché in precarie condizioni economiche. Man mano che l'ospedale si avvia verso la chiusura cominciava ad esserci una certa preoccupazione per le dimissioni, con una modalità ambigua: da una parte la rabbia per il loro ritardo; dall'altra il timore per la loro effettiva realizzazione, dove andare? E come vivere fuori? Fu proprio in questi momenti che Agostino Pirella mise in atto il radicale tentativo di strappare l'assemblea al suo

²⁰ Cfr. M. Colucci, P. Di Vittorio, *Franco Basaglia*, cit., pp. 86-92

²¹ Cfr. A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, cit., p. 31.

²² Cfr. L. Schittar, *L'ideologia della comunità terapeutica*, cit., pp. 153-177.

significato più squisitamente politico per recuperarla al terreno dello specifico psichiatrico, spronando tutti ad affrontare collettivamente le questioni più complesse.

Il presidente interviene chiedendo soprattutto al Professore, che chiarifichi cosa sia un vero Ospedale e ne auspica la creazione, dato che a suo parere i degenti non vivono una vera vita ospedaliera. [...] Il [maestro] rileva l'esigenza di trovare un lavoro e di essere aiutati in ciò fuori dell'ospedale dopo la raggiunta responsabilizzazione all'interno di esso. Il prof. Pirella chiede al dibattito la differenza che passa fra ospedale civile e psichiatrico (che deve o non deve dare lavoro, l'ospedale civile infatti non si pone questa esigenza).²³

Fare emergere queste problematiche era importante perché per Pirella il significato più elevato dell'assemblea generale era rappresentato dal fatto che «l'intelligenza medica non si esercitava più come organizzatrice repressiva, come ordinatrice secondo astratti e rigidi modelli normativi, ma si liberava essa stessa come atteggiamento di libera ricerca, come attività critica su sé stessa e sulla realtà»²⁴. L'assemblea generale rappresentava il luogo privilegiato in cui la produzione di conoscenza relativa alla follia doveva arricchirsi dei saperi assoggettati. I problemi dei ricoverati non dovevano essere risolti all'interno di un rapporto privilegiato tra medico e degente, ma in una situazione comunitaria aperta alla società civile. Solo in questo modo, infatti, la ricerca di senso della follia, poteva interrogare la società stessa e non solo gli addetti ai lavori. Tutte le conoscenze mediche potevano essere vagliate alla luce delle «verità» scaturite dalla presa di parola dei ricoverati. Andava in sostanza riconosciuta e riconsiderata la non autosufficienza della Scienza e l'influenza che vi esercitavano la soggettività del ricercatore, il sistema di divisione del lavoro, le funzioni sociali individuali²⁵.

Bibliografia

- Alberico, F., Franchini, G., Landini, M.E., Passalia, E., *Identità e rappresentazioni di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Scuola Tipografica Sorriso Francese per DISMEC, Genova 2010.
- Attenasio, L., Filippi, G., *Parola di matti e anche nostra*, Bertani, Verona 1989.
- Babini, V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.
- Basaglia, F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.
- Bucciantini, M., Colucci, M. (a cura di), *Agostino Pirella. Il sapere di uno psichiatra*, in «aut aut», (2020), n. 385.
- Bruzzzone, A.M., *Ci chiamavano matti. Voci da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1979.
- Bruzzzone, A.M., *Ci chiamavano matti. Voci dal manicomio (1968-1977)*, a cura di M. Setaro, S. Calamai, il Saggiatore, Milano 2021.
- Canosa, R., *Storia del manicomio in Italia dall'Unità ad oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- Colucci, M., Di Vittorio, P., *Franco Basaglia*, Mondadori, Milano 2001.
- Demichelis, C. (a cura di), *Padiglione 25: autogestione in manicomio (1975-1976)*, Ediesse,

²³ Asona, b. 873, fasc. 4, v. 3.5.74.

²⁴ A. Pirella, *Chi ha paura dell'assemblea generale?*, cit., p. 14.

²⁵ Cfr. A. Pirella, *Il problema psichiatrico*, cit., pp. 65-66.

Roma 2017.

Fiorino, V. (a cura di), *Rivoltare il mondo, abolire la miseria. Un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia. 1953-1980*, Edizioni ETS, Pisa 1988.

Minkowski, E., *La schizofrenia*, Bertani, Verona 1980.

Pirella, A., *Il problema psichiatrico*, Centro di Documentazione di Pistoia, 1999.

Tranchina, P., *Psicoanalista senza muri. Diario da una istituzione negata*, Centro di Documentazione di Pistoia, 1989.

III. MIMESI

Eterotopie, alterità, migrazioni: i contributi antropologici alla de-istituzionalizzazione in Italia

Ilaria Eloisa Lesmo, Marta Quagliuolo

Era il 1964 quando il testo *Verhexungswahn*, scritto da Michele Riso e Wolfgang Böker, due psichiatri attivi in Svizzera presso la clinica psichiatrica universitaria dell'ospedale di Berna, venne dato alle stampe. Il libro¹ – tradotto in italiano dopo quasi trent'anni con il titolo *Sortilegio e delirio: psicopatologia dell'emigrazione in prospettiva transculturale* e introdotto da un'importante prefazione di Vittorio Lanternari², esplorava i vissuti di sofferenza di alcuni uomini emigrati dal Sud Italia in Svizzera negli anni Cinquanta. Le narrazioni apparentemente deliranti di tali pazienti (dalle sensazioni di umilianti derisioni al patimento di “fatture d'amore” o “fatture a morte”), le sintomatologie descritte (gli arti che rimpiccioliscono o il sangue che “svanisce” da un corpo prostrato), le terapie scarsamente efficaci (neurolettici o sedute di elettroshock), avevano spinto Riso e Böker a riconsiderare le «categorie gnoseologiche e valutative occidentali in ambito psichiatrico e generalmente culturale alla luce dei confronti con “alterità” culturali quali i ceti emarginati del Sud d'Italia e le culture tradizionali del Terzo Mondo»³.

Nel fermento dei primi anni della de-istituzionalizzazione in Italia, dunque, orizzonti di senso che erano stati pensati nei decenni precedenti come radicalmente Altri da alcune discipline accademiche (gli stessi saperi della psiche, ma anche certe correnti di pensiero in sociologia, antropologia biologica o etnologia) – facevano irruzione entro le pratiche e i discorsi biomedici. Possiamo immaginare che sino ad allora il Mezzogiorno italiano, così come gli spazi delle colonie, fossero spesso apparsi come vere e proprie “eterotopie” rispetto agli inquadramenti dei saperi positivisti-razionalistici occidentali: «una sorta di controluoghi» ove «tutti gli altri luoghi reali che si trovano all'interno della cultura vengono al contempo rappresentati, contestati e sovvertiti»⁴. Il confronto con tali “luoghi fuori luogo” aveva consentito, salvo poche eccezioni, di consolidare una precisa rappresentazione dell'Occidente e del suo sapere, a fronte di mondi a esso irriducibili (mondi “primitivi” o “selvaggi”, “pre- o il-logici”, “superstiziosi” o “arcaici”). Si trattava, tutt'al più, di mondi da ri-convertire e re-inscrivere entro un divenire storico prestabilito che sarebbe culminato nel modello costituito dall'Occidente, dalle sue pratiche e dalle sue forme di conoscenza. Il contributo di Riso e Böker, tuttavia, rivelava prospettive inedite. Influenzati dai fermenti critico-epistemici dell'epoca – sia quelli prettamente anti-psichiatrici che iniziavano allora a circolare, sia quelli antropologici attenti a diversi orizzonti della crisi – i due medici iniziarono

¹ M. Riso, W. Böker, *Sortilegio e delirio*, Liguori Editore, Napoli 1992.

² V. Lanternari è stato etnologo e studioso di storia delle religioni a Roma La Sapienza.

³ V. Lanternari, *Da Ernesto De Martino a Michele Riso. Nota su Sortilegio e Delirio di Riso e Böker*, in M. Riso, W. Böker, *Sortilegio e delirio*, Liguori Editore, Napoli 1992, pp. 11-22, p. 14.

⁴ M. Foucault, *Eterotopia*, Mimesis, Milano-Udine 2010, p. 12.

no a immaginare le forme di alterità come fonte di nuove interrogazioni di un certo sistema di sapere/potere. Come osserva Beneduce, questo lavoro traduceva «l'interesse per i nuovi modelli della psichiatria comunitaria nell'interrogazione critica delle categorie diagnostiche e dei modelli interpretativi dei disturbi mentali»⁵, giungendo a ricondurre l'alterità a uno sguardo in grado di interpellare gli apparati teorico-concettuali della psichiatria e delle sue modalità di intervento, sino a metterli in discussione. Il contributo di Risso e Böker, costituiva comunque solo una tra le voci a testimonianza di un ripensamento critico del sapere psichiatrico che si arricchiva della compenetrazione di altri ambiti disciplinari, imponendo di interrogare e riscrivere categorie e modelli, strumenti di ricerca e pratiche di cura.

In questo contributo ci proponiamo di indagare alcune intersezioni tra saperi etno-antropologici e saperi della psiche che attraversarono le trasformazioni della psichiatria italiana di quegli anni puntellando il processo di de-istituzionalizzazione in corso.

Un filo storico: intrecci tra antropologia e psichiatria

Come e quando si è costruito in Italia il dialogo tra psichiatria, antropologia culturale e storia delle religioni? Per rintracciare questa rete di relazioni è opportuno provare a ricostruire un percorso che esplori le contaminazioni disciplinari che hanno accompagnato il processo di de-istituzionalizzazione.

Un anno simbolico e significativo è il 1961. Franco Basaglia entrava per la prima volta in un ospedale psichiatrico come direttore a Gorizia. Nello stesso anno venivano pubblicati tre testi che avrebbero influenzato a livello internazionale le lotte politiche e la costruzione del sapere pratico di «negazione radicale che comprende l'istituzione, la malattia come etichettamento, la psichiatria, la gerarchia, i ruoli, la società»⁶: *Storia della follia nell'età classica* di Foucault, il celebre testo di Goffman, *Asylum* e *I dannati della terra* scritto da Fanon.

Da una diversa prospettiva, l'interesse dell'antropologia per le forme della malattia mentale, oltre che per le connessioni tra sistemi di cura, appartenenza e ritualità religiosa, si era sviluppato già a partire dall'Ottocento per giungere sino alla prima metà del Novecento. La definizione di nuove discipline a cavallo tra psichiatria, psicoanalisi, antropologia e storia delle religioni assunse innumerevoli forme: tra le altre, psichiatria comparata, psichiatria primitiva, sociologia e psicoanalisi, psichiatria transculturale, etnopsichiatria, etnopsicologia⁷. In Italia, il dialogo tra saperi risultava promettente grazie a De Martino, di formazione storico delle religioni con una particolare sensibilità alle metodologie etnografiche e al sapere antropologico⁸. Tale dialogo fu tuttavia tardivo rispetto al contesto internazionale: lo dimostrano anche i trent'anni di attesa per vedere tradotto e pubblicato in italiano⁹ il testo di Risso e Böker¹⁰.

⁵ R. Beneduce, *Etnopsichiatria Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007, p. 233.

⁶ F. Ongaro Basaglia, *Nota introduttiva*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini+Castoldi, Milano 2024, pp. 11-20, p. 13.

⁷ Per un approfondimento si consiglia la lettura di Beneduce, *Etnopsichiatria*, cit.

⁸ Ernesto De Martino fu ordinario di Storia delle Religioni ed Etnologia presso l'Università di Cagliari dal 1958.

⁹ È opportuno segnalare che la traduzione italiana e quella inglese (del 1968) sono state le uniche a vedere le stampe.

¹⁰ Come nota anche S. Taliani, *Antropologie dell'infanzia e della famiglia immigrata*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», 39-40 (2015), pp. 17-70.

È necessario fare però un passo indietro e ricordare che già nel 1959 De Martino aveva costituito un'équipe interdisciplinare (di ricercatori) per studiare il fenomeno del tarantismo in Salento: vennero coinvolti, tra gli altri, Giovanni Jervis e Letizia Jervis-Comba, che sarebbero stati, pochi anni dopo, tra i protagonisti del processo di de-istituzionalizzazione. Jervis, nel suo contributo nell'appendice a *La terra del rimorso*, apriva il dialogo con l'antropologia culturale, non solo riflettendo sulle difficoltà di interpretare il sintomo nevrotico prendendo «in considerazione culture molto diverse da quelle della borghesia “mitteleuropea” e nordamericana»¹¹, ma, come deduce lo stesso autore, riconoscendo la necessità di allargare l'indagine a una ricerca anamnestică e di ambiente, «rinunciando almeno provvisoriamente a una rigida classificazione clinica e all'applicazione di formule interpretative ormai entrate nell'uso»¹².

Proprio nello sforzo di intensificare queste riflessioni all'interno di un dibattito di più ampio respiro, nel 1963 Jervis partecipò, a Roma, a uno storico convegno internazionale. Qui, accanto a Risso, Piro, Pirella e Basaglia, fu possibile intravedere la «solida tessitura teorica, scientifica e politica, necessaria per *vertebrare* le spinte telluriche al cambiamento»¹³. Il ricco dialogo tra questo gruppo di giovani psichiatri, che in vario modo avevano avuto contatti con discipline storico-antropologiche, dimostrava come, negli anni precedenti alla riforma, la psichiatria italiana riconosceva la necessità di un sapere psichiatrico aperto a dimensioni molteplici, contrastando la riduzione della malattia mentale a una questione puramente organica o psichica¹⁴.

Lo stesso Basaglia condusse una serie di viaggi e collaborazioni accademiche per approfondire le condizioni dei malati mentali in vari Paesi. Quando nel 1969 si recò negli Stati Uniti, analizzò i primi risultati della riforma Kennedy (1963), che apparentemente aveva riabilitato il malato mentale. Tuttavia – scrisse Basaglia – «la trasformazione non è avvenuta all'interno dell'istituzione, ma al di fuori: cioè è stata psichiatrizzata la collettività. [...] Questi malati, una volta fuori, sono controllati dalla società stessa che è psichiatrizzata»¹⁵. Sostenne inoltre che «l'esempio degli Stati Uniti – come specchio deformante della nostra società – può metterci in guardia contro ogni soluzione parziale e adialettica, che è soltanto la faccia rovesciata del medesimo sistema, confermando, su un piano reale, il rifiuto a riconoscere ogni azione antistituzionale come la proposta di un nuovo modello tecnico che contribuirebbe a coprire, sotto una nuova ideologia, le contraddizioni sociali»¹⁶. Gli USA rappresentavano «il futuro», un luogo Altro nel tempo, a cui Basaglia riteneva che l'Italia potesse tendere: il riconoscimento e il rispecchiamento divenivano però una minaccia, incarnando il rischio di costruire dei nuovi «malati emozionali»¹⁷, ovvero persone emarginate, intercettate dalla prevenzione psichiatrica e automaticamente etichettate come «malate».

L'anno successivo Basaglia si recò in America Latina e, in particolare, rimase colpito dalla gestione del «problema psichiatrico» a Cuba che «è inserito nella situazione più vasta della

¹¹ G. Jervis, *Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo*, in E. De Martino, *La terra del rimorso*, il Saggiatore, Milano 2015, pp. 303-319, p. 308.

¹² *Ivi*, p. 313.

¹³ M. Setaro, *Franco Basaglia: uno, nessuno e centomila*, in F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, Donzelli, Roma 2024, pp. 3-56, p. 30.

¹⁴ Beneduce, *Etnopsichiatria*, cit.

¹⁵ F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, Donzelli, Roma 2024, pp. 73-74.

¹⁶ F. Basaglia, *Scritti, 1953-1980*, il Saggiatore, Milano 2023, p. 593.

¹⁷ L'espressione «emotional patients» è stata proposta in F. Basaglia, F. Ongaro Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*, Einaudi, Torino 1971.

medicina. [...] E ciò è importante. [...] si parla di situazione totale dell'uomo, in un mondo socialista, in un mondo che crea delle contraddizioni le quali sono gestite da chi ha i mezzi di produzione, cioè da tutto il popolo»¹⁸. Cuba, come "Altro" (e altrove) politico, rappresentava così per Basaglia il luogo del possibile, là dove si sarebbe potuto realizzare un progetto di decostruzione e trasformazione dell'istituzione manicomiale.

Il confronto con l'Altro diveniva così strumento indispensabile per immaginare diversi sistemi di cura o ripensare a quelli già in uso. Non è quindi un caso se gli studi di Riso e Böker volgessero lo sguardo al Mezzogiorno. Nel secondo dopoguerra, dal momento che gli antropologi avevano adottato le teorie della modernizzazione ispirate alla tradizione socio-antropologica statunitense, vennero realizzati vari studi sui valori della società contadina: attraverso veri e propri programmi di scambio culturale, numerosi giovani studiosi internazionali arrivarono in Italia per svolgere le proprie ricerche. Durante gli anni Sessanta, la tradizione anglo-americana inaugurò l'antropologia del Mediterraneo¹⁹ e l'Italia diventò uno tra i campi di ricerca per questi studi. In particolare, il Sud Italia, rappresentato come contesto "insofferente alla modernità" diventò un luogo in cui sembravano riconoscibili e rintracciabili credenze e pratiche con tratti "primitivi", un luogo Altro.

Se da un lato Banfield²⁰ aveva proposto il concetto di "familismo amorale" e lo applicò, per estensione, a tutta Italia, dall'altro l'inferiorizzazione del Mezzogiorno era in gioco da sempre, all'interno della penisola, nella sua contrapposizione al Nord. Schneider²¹ ha parlato di discorso "neo-orientalista" interno all'Italia, dal momento che i "meridionali" sono stati rappresentati come culturalmente e razzialmente inferiori rispetto ai "settentrionali", e peraltro incapaci di cambiare da soli il proprio modo di essere, anche da studiosi, intellettuali e critici italiani. Conelli²² ha proposto di considerare Nord e Sud come luoghi attraversati da specifiche geografie di potere, inseriti in vere e proprie gerarchie territoriali, che potevano essere estese alla cartografia planetaria. La costruzione della contrapposizione Nord-Sud, assolutamente arbitraria e convenzionale, veniva pertanto associata al sorgere di derive razziste. L'egemonia del Settentrione e la sua crescita economico-industriale sarebbe stata dunque da correlare con l'impoverimento dell'economia agricola del Sud, a partire da un rapporto che l'autore definisce «simil-coloniale»²³.

In questo senso, il Meridione poteva configurarsi come luogo eterotopico, secondo la definizione che di «eterotopia» proponeva Foucault riferendosi a spazi «che sono assolutamente

¹⁸ F. Basaglia, *Fare l'impossibile*, cit., p. 76.

¹⁹ L'antropologia del Mediterraneo è una branca del sapere antropologico che si è occupata e si occupa di riflettere sugli intrecci tra somiglianze e differenze culturali che contraddistinguono l'area mediterranea, aprendo un vero e proprio dibattito intorno alla costruzione stessa della categoria interpretativa di "Mediterraneo".

²⁰ E.C. Banfield, *Le basi morali di una società arretrata*, il Mulino, Bologna 1976. Banfield, scienziato politico, arrivò in Italia nel 1954 per svolgere uno "studio di comunità", con l'obiettivo di riconoscere un modello capace di giustificare lo stadio di "sviluppo", o meglio di "sottosviluppo" di Montegrano e del Mezzogiorno in generale, attraverso uno sguardo approfondito su numerosi aspetti dell'organizzazione sociale.

²¹ J. Schneider, *Introduction: The Dynamics of Neo-orientalism in Italy (1948-1995)*, in J. Schneider (a cura di), *Italy's "Southern Question". Orientalism in One Country*, Berg, Oxford 1998, pp. 1-23. All'interno di un volume interdisciplinare da lei stessa curato, Schneider si propone di comprendere come e perché la retorica della contrapposizione tra Nord e Sud si sia sempre più alimentata in Italia, trasformandosi in una «everyday symbolic geography» (p. 1).

²² C. Conelli, *Il rovescio della nazione. La costruzione coloniale dell'idea di Mezzogiorno*, Tamu Edizioni, Napoli 2022. Conelli prova a cambiare prospettiva sull'origine del "problema" meridionale, spostando l'attenzione dalla storia del contesto locale a quella del colonialismo europeo.

²³ *Ivi*, p. 35.

altro da tutti i luoghi che li riflettono e di cui parlano»²⁴. Differenti dalle utopie in quanto concretamente esistenti, le eterotopie ribaltavano gli spazi culturali ordinari costituendone, di fatto, un riflesso: esse segnalavano un'assenza, generando l'immagine confortante della metafora dualista che contrappone progresso e arretratezza. Fu anche riflettendo (su) quell'alterità che una concezione critica dei modelli e delle pratiche culturali occidentali venne ridefinendosi.

Psichiatria e antropologia: sconfinando oltre le pareti

Avvicinarsi allo studio del Mezzogiorno – alle forme della crisi e alle possibilità di re-integrazione che qui si davano – richiedeva dunque nuove imprese di ri-apertura, come aveva già rilevato Ernesto De Martino tra la fine degli anni Cinquanta e l'inizio degli anni Sessanta. Riflettendo sulle forme del magismo in Sud Italia, egli aveva osservato quanto quei «relitti folkorici»²⁵ fossero rimasti, a livello storiografico, «terra di nessuno»²⁶ e richiedessero sforzi metodologici originali, in grado di riavvicinare luoghi da tempo configuratisi come pianeti differenti. «È difficile, e comporta tutta una serie di brucianti umiliazioni, riprendere il colloquio fra due umanità che lo hanno da tempo interrotto»²⁷ scriveva lo studioso, evidenziando che, nell'impresa conoscitiva con i suoi interlocutori, si erano ottenuti «i risultati migliori in quelle riunioni in cui, prima ancora di essere di fronte come ricercatori e oggetti di ricerca, ci siamo riconosciuti tutti come partecipi di una comune speranza di emancipazione reale»²⁸.

Le forme di oppressione politica e socio-economica iniziarono ad affiorare quali matrici di sofferenze di cui andavano recuperate le dimensioni poliedriche. Se all'epoca ciò sembrava restare impresa volta a esplorare le forme di alterità socio-culturale e a ricollocarle verso una «sola comune umana storia»²⁹, ben presto tale sguardo iniziò a ri-voltarsi verso i saperi istituzionali della cura. Tale ripiegamento si evincerà dalle stesse parole di chi, agli studi di De Martino sul Mezzogiorno, aveva preso parte direttamente prima di dirigersi verso altre mete: quelle, appunto, della de-istituzionalizzazione. Giovanni Jervis e Letizia Jervis-Comba ne furono espressione concreta. Membri dell'équipe di ricerca interdisciplinare posta in essere da De Martino per gli studi sul tarantismo, Jervis e Jervis-Comba si spesero in seguito per l'apertura del manicomio di Gorizia al fianco di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia. Nel già citato contributo di Giovanni Jervis, questi rilevava l'angustia di certi inquadramenti diagnostici, pur rimanendo ancora connesso a un determinato sguardo, quello della «modernità», che considerava rilevante l'«integrazione del Mezzogiorno in una società moderna»³⁰, ed evidenziava come la psichiatria dovesse mirare, tra le altre cose, a «riportare i soggetti con disturbi mentali a una piena capacità di rendimento e a una matura cooperazione sociale»³¹. Tuttavia, in seguito, la sua critica fu reindirizzata anche verso quella «modernità» e le sue categorie. Impregnato delle esperienze goriziane, Jervis denunciò la necessità di una ri-politicizzazione della cura che il sapere psichiatrico, le sue tassonomie e i suoi oggetti nosologici avevano strategicamente annullato:

²⁴ M. Foucault, *Eterotopia*, cit., p. 12.

²⁵ E. De Martino, *Sud e magia*, Einaudi, Torino 2024, p. 7.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ivi*, p. 197.

²⁸ *Ivi*, p. 196.

²⁹ *Ivi*, p. 197.

³⁰ Jervis, *Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo*, p. 313.

³¹ *Ivi*, p. 314.

invece di studiare come i problemi sociali e politici influiscano sulle dinamiche di gruppo e le determinino nella loro concretezza storica, si è preferito dilatare l'esame psicologico e psichiatrico fino alla sfera societaria, sottraendola alla critica politica.³²

Le riflessioni di Jervis, antropologicamente informate, sempre più si ripiegarono sulla psichiatria stessa – ormai «puro potere»³³ – e sulle sue istituzioni, che di quel potere erano diretta espressione: «[g]li Ospedali Psichiatrici possono insegnarci molte cose su di una società dove l'oppresso viene sempre più allontanato dalla percezione delle cause e dei meccanismi dell'oppressione»³⁴.

Jervis aveva dunque evidenziato l'importanza del contributo antropologico per l'elaborazione critica di un sapere psichiatrico obsoleto e asservito al potere: aveva cioè mostrato come un'analisi del contesto socio-culturale potesse aiutare a comprendere le forme di sofferenza sviluppatesi in luoghi di emarginazione, disuguaglianza e oppressione, così come a esaminare criticamente le pratiche di cura che si affermavano in tali luoghi confermando determinati rapporti di potere. Egli non fu il solo a muoversi in questa direzione. Pochi anni dopo Ferruccio Giacanelli molto ebbe a scrivere proprio in riferimento alla opportuna commistione tra questi due saperi, necessari a una revisione critica di concetti, strumenti e luoghi della psichiatria. Psichiatra, oltre che custode della memoria storica di questo sapere, Giacanelli considerò in diversi saggi quanto le interpolazioni tra tali conoscenze si rendessero indispensabili per la pressante necessità di ristrutturare il sapere sulla follia. Scriveva, nel 1967, di una:

insofferenza verso schemi dottrinali e nosografici tradizionali di cui si avverte l' inadeguatezza di fronte ai problemi posti dalla realtà vivente del malato mentale. [...] Proprio nell'istante in cui avverte questa insufficienza a cogliere ciò che è propriamente umano, la psicopatologia "entra in crisi", cerca una sua autonomia e tende, in prospettiva, a fondarsi come scienza antropologica.³⁵

Era dunque un "autentico incontro" tra psichiatria e antropologia culturale ciò che Giacanelli auspicava per il futuro. Nello stesso intervento, significativamente intitolato «La dimensione antropologico-culturale nella ricerca psicopatologica», aggiungeva:

la lezione dell'antropologia inizia ad operare in noi nel momento in cui ci facciamo consapevoli di appartenere a una struttura socio-culturale che condiziona la nostra concezione del disturbo mentale e quindi anche il nostro atteggiamento verso il soggetto malato: un atteggiamento ipostatizzante ed *etnocentrico* che lo costringe nella anonimità di un *ruolo* impostogli con una "diagnosi di malattia".³⁶

Si auspicava dunque un etnocentrismo critico che, figlio della lezione demartiniana, giungesse a incrinare le pareti adamantine delle categorie diagnostiche in uso e ne rivelasse la particolare funzione sociale – un uso politico – proprio a partire dall'incontro con altri orizzonti³⁷.

³² G. Jervis, *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali*, a cura di F. Basaglia, *L'istituzione negata*, Baldini+Castoldi, Milano 2014, pp. 349-379, p. 367.

³³ *Ivi*, p. 368.

³⁴ *Ivi*, p. 379.

³⁵ F. Giacanelli, *La dimensione antropologico-culturale nella ricerca psicopatologica*, in «Atti dell'Incontro, Annali di Neurologia e Psichiatria, (Perugia)», LXI (1967), n. 2., pp. 169-179, pp. 169-170.

³⁶ *Ivi*, p. 178.

³⁷ Vedi anche R. Beneduce, *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, in «aut aut», 357 (2013), pp. 187-211.

Come ricorderà Tullio Seppilli (tra i massimi esponenti dell'antropologia medica italiana)³⁸, Ferruccio Giacanelli aveva avuto un ruolo rilevante nei processi di de-istituzionalizzazione italiani sin dalla metà degli anni Sessanta, facendosi portatore in Umbria delle istanze anti-manicomiali poi espresse dalla legge 180/1978. In seguito, aveva proseguito la sua opera all'ospedale psichiatrico di Parma, a Colorno, ove assunse la direzione quando Basaglia lasciò lo stesso incarico alla volta di Trieste. Il necessario connubio tra psichiatria anti-istituzionale e antropologia culturale fu ripreso da Giacanelli in numerosi scritti. Lo sforzo verso questa duplice e interconnessa direzione – deistituzionalizzazione e contaminazione antropologica del sapere psichiatrico – si innestò sin nelle sue riflessioni più tecniche. Così, in uno scritto del 1966 a cui lavorò a quattro mani con Romolo Priori, esplorò una specifica categoria diagnostica – il “delirio di riferimento sensitivo” – rendendola occasione di un ripensamento degli steccati nosologici che rischiavano di imbrigliare il sapere psichiatrico in pratiche sterili.

È rimasto così un gruppo di quadri clinici dominati dal fenomeno delirio che non trovano una adeguata sistemazione nosografica. [...] Vi è in essi qualcosa di molto più vasto che non può essere colto in modo unilaterale appoggiandosi di volta in volta sul dato interno o su quello esterno. In essi la *persona* appare interessata non per categorie patologiche ma in una configurazione globale, nella quale confluiscono e la sua storicità [...] e la sua situazione presente, in definitiva riproponendo se stessa come indivisibile *esistenza*.³⁹

Mettere in discussione categorie e posture clinico-teoriche non implicava necessariamente rinunciare alle “tecniche” del sapere psichiatrico, quanto piuttosto la necessità continua e impellente di esaminarne il ruolo storico e politico entro il contesto di riferimento. Il “giro lungo dell'antropologia” permetteva allora di illustrare come tali tecniche emergessero da rapporti sociali e rappresentazioni culturali situate: fondate su norme e valori specifici, le tecniche psichiatriche contribuivano contemporaneamente a riconfermarne la validità. Esse dovevano pertanto essere interrogate nella loro funzione socio-politica: a partire da una simile disamina, la de-istituzionalizzazione della cura psichiatrica appariva infine necessaria anche per ridefinire il senso delle tecniche stesse. Scriveva Risso in merito:

[q]uesto non vuol dire che, per quanto riguarda le discipline che sottendono le tecniche, “una valga l'altra”; ma che l'intervento tecnico incide probabilmente molto meno di quanto si pensi sulla evoluzione del male; essendo quest'ultima influenzata, al contrario e molto di più dal rapporto che ha l'intervento tecnico, con il contesto dei valori e delle regole sociali in cui esso si situa [...]. Le tecniche, calate dall'alto nella realtà dei servizi, rischiano di indurre bisogni e di non rispondere alla domanda di cura [...]. In altri termini: la distorta risposta dei servizi traduce il disagio in malattia e coagula la condizione di sofferenza in uno stato definitivo che richiede non più cura ma assistenza, non più intervento preventivo ma gestione routinaria.⁴⁰

³⁸ T. Seppilli, *In memoria di Ferruccio Giacanelli*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», 35-36 (2013), pp. 569-573.

³⁹ R. Priori, F. Giacanelli, *Il delirio di riferimento sensitivo*, in “Giornale di psichiatria e neuropatologia”, XCIV (1966), pp. 451-469, pp. 466-467.

⁴⁰ M. Risso, *Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici*, in V. Ceretti e G.P. Lombardo (a cura di), *Psicologia e psichiatria. Quale cultura per i servizi psichiatrici*, Bulzoni, Roma 1981, pp. 19-23, pp. 20-21.

Conclusioni: uno specchio in frantumi

Penetrando le mura della clinica, le forme di alterità contribuirono dunque a indurne un'apertura verso altre epistemologie e nuove forme di relazione. Le molteplici espressioni di quegli intrecci riuscirono a infrangere lo specchio eterotopico di un'alterità che era apparsa in precedenza radicale: presente, ma relegata a un altro spazio e a un altro tempo; reale, ma proiettata in una dimensione differente, irrimediabilmente disgiunta dal sapere psichiatrico dell'epoca. Per opposizione, proprio questa differenza aveva negli anni contribuito a confermare l'efficacia della psichiatria "moderna" e delle sue tecniche diagnostico-terapeutiche. Re-inscrivere altri orizzonti di senso all'interno delle riflessioni sulla sofferenza mentale e la sua cura aveva invece permesso l'emergere di uno sguardo critico e l'ideazione di nuove pratiche sociali e forme culturali entro i discorsi sulla salute mentale. La contaminazione tra esperienze prima considerate radicalmente distanti, assunse così un ruolo cruciale nel processo di rottura dell'istituzione psichiatrica e manicomiale e nello sviluppo di una psichiatria critica mirante a contrastare il «progressivo restringimento del mondo»⁴¹ che un certo pensiero sulla follia non aveva affatto ostacolato, costringendo entro spazi troppo angusti – sia architettonici sia concettuali – vissuti ed esperienze.

Bibliografia

- Banfield, E.C., *Le basi morali di una società arretrata*, il Mulino, Bologna 1976.
- Basaglia, F., *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, a cura di M. Setaro, Donzelli, Roma 2024.
- Basaglia, F., *Scritti, 1953-1980*, il Saggiatore, Milano 2023.
- Beneduce, R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Carocci, Roma 2007.
- Beneduce, R., *Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica*, in «aut aut», 357 (2013), pp. 187-211.
- Conelli, C., *Il rovescio della nazione. La costruzione coloniale dell'idea di Mezzogiorno*, Tamu Edizioni, Napoli 2022.
- De Martino, E., *Sud e magia*, Einaudi, Torino 2024.
- Foucault, M., *Eterotopia*, Mimesis, Milano-Udine 2010.
- Frigessi Castelnuovo, D., Risso, M., *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino 1982.
- Giacanelli, F., *La dimensione antropologico-culturale nella ricerca psicopatologica*, in «Atti dell'Incontro, Annali di Neurologia e Psichiatria, (Perugia)», LXI (1967), n. 2, pp. 169-179.
- Jervis, G., *Considerazioni neuropsichiatriche sul tarantismo*, in E. De Martino, *La terra del rimorso*, il Saggiatore, Milano 2015, pp. 303-319.
- Jervis, G., *Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali* in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini+Castoldi, Milano 2014, pp. 351-381.
- Ongaro Basaglia, F., *Nota introduttiva*, in F. Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini+Castoldi, Milano 2024, pp. 11-20.
- Priori, R., Ferruccio, G., *Il delirio di riferimento sensitivo*, in «Giornale di psichiatria e neuropatologia», XCIV (1966), pp. 451-469.

⁴¹ D. Frigessi Castelnuovo e M. Risso, *A mezza parete. Emigrazione, nostalgia, malattia mentale*, Einaudi, Torino 1982, p. 31.

- Risso, M., *Cultura e professionalità degli operatori psichiatrici*, in V. Ceretti, G.P. Lombardo (a cura di), *Psicologia e psichiatria. Quale cultura per i servizi psichiatrici*, Bulzoni, Roma 1981.
- Risso, M., Böker, W., *Sortilegio e delirio*, Liguori Editore, Napoli 1992.
- Schneider, J., *Introduction: The Dynamics of Neo-orientalism in Italy (1948-1995)*, in J. Schneider (a cura di), *Italy's "Southern Question". Orientalism in One Country*, Berg, Oxford 1998, pp. 1-23.
- Seppilli, T., *In memoria di Ferruccio Giacanelli*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», 35-36 (2013), pp. 569-573.
- Setaro, M., *Franco Basaglia: uno, nessuno e centomila*, in F. Basaglia, *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e potere*, Donzelli, Roma 2024, pp. 3-56.
- Taliani, S., *Antropologie dell'infanzia e della famiglia immigrata*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia medica», 39-40 (2015), pp. 17-70.

Arte e cultura come inneschi di deistituzionalizzazione. Il superamento dell'ospedale psichiatrico di San Salvi a Firenze

Eliana Martinelli

Introduzione

L'ospedale psichiatrico di San Salvi a Firenze – diversamente da altri manicomi, in cui la progressiva apertura dell'istituzione totale è stata guidata da ben precise volontà politiche – ha conosciuto un processo di deistituzionalizzazione “dal basso”, promosso principalmente dalla cittadinanza attiva. Tuttavia, la spinta ad aprire il manicomio alla città ha trovato, all'interno dell'istituzione stessa, un interlocutore fondamentale, ovvero Carmelo Pellicanò, ultimo direttore del manicomio. Pellicanò aveva già coordinato il processo di deistituzionalizzazione del manicomio di Volterra (1975-1980), curando al suo interno esperienze di teatro e di incursioni artistiche. Analogamente, l'apertura di San Salvi viene guidata dalla volontà di accogliere un “principio di città” che accompagni la lunga fase del superamento. Con questo obiettivo nel 1998, anno della definitiva chiusura del manicomio, Pellicanò invita la compagnia teatrale Chille de la balanza a costituire un presidio culturale permanente in uno dei padiglioni dell'ex ospedale psichiatrico. Lo psichiatra ritiene, infatti, che il superamento del manicomio sia possibile solo attraverso «un incontro interdisciplinare degli “esperti” settoriali con la collettività», così da apportare un cambiamento culturale, che recuperi la follia «dentro di noi, in mezzo a noi e con noi»¹. E quale migliore pratica artistica, se non il teatro, per permettere l'incontro tra diverse condizioni dell'umanità?

L'eccezionalità del superamento dell'ospedale psichiatrico fiorentino risiede proprio nell'incredibile coacervo di vicende artistiche e culturali che lo hanno interessato e che sono state determinanti nel ristabilire una relazione con la città di Firenze, generando o prefigurando una contaminazione delle esperienze narrative tra dentro e fuori le mura manicomiali. Proveremo a raccontarle cronologicamente, sulla base di tre categorie afferenti al campo dell'arte. Nel paragrafo “Figure” si affrontano le esperienze artistiche che hanno permesso una prima apertura del luogo alla cittadinanza: il centro di attività espressive La Tinaia, frequentato da Francesco Romiti, e il murale realizzato sul padiglione 37. Nella sezione “Forme” si racconta il contributo teorico e progettuale dell'architetto Giovanni Michelucci, che propone una visione futura per l'area di San Salvi, inserendola nel dibattito nazionale. Infine, nel paragrafo “Parole” si analizza il contributo di Chille de la balanza nel restituire vita ad alcune voci del manicomio.

¹ C. Pellicanò, *Se parlo della città parlo anche dell'uomo*, in «La Nuova Città», IV serie, n. 3, (1984) pp. 113-114, p. 113.

Figure

I primi segnali di apertura del manicomio di San Salvi avvengono a partire dagli anni Sessanta, in continuità con le esperienze di rinnovamento che stavano venendo alla luce in ambito europeo. Nel 1964 lo psichiatra Franco Mori inaugura il Centro di attività espressive La Tinaia in una vecchia cascina inglobata nell'area dell'ospedale, con l'idea di avviare attraverso l'arte la riabilitazione del malato².

Con il contributo fondamentale degli operatori Massimo Mensi e Dana Simionescu, La Tinaia si trasforma negli anni Settanta in un vero e proprio atelier, aperto anche ad artisti esterni. Le attività artistiche qui condotte porteranno alla realizzazione di opere pittoriche e sculture in ceramica, in certi casi riconosciute di grande valore ed esposte in ambito internazionale. Scrive lo psichiatra Giuseppe Germano nel 1984:

La Tinaia non è un laboratorio protetto, non esiste gettone di presenza e la frequenza è spontanea. Non è neppure un esperimento di ergoterapia: a ognuno è garantita la massima libertà di espressione personale. La qualità del lavoro prodotto, ed esigenze di socializzazione, hanno stimolato la ricerca di uno sbocco esterno: sono state così realizzate, e si vanno programmando, alcune mostre-mercato, che hanno sollevato interesse e sollecitato occasioni di incontro tra i degenti-autori e i cittadini, le istituzioni. Un punto di vendita dei lavori è stato recentemente aperto, a poca distanza dalla cinta di San Salvi: il ricavato delle vendite viene suddiviso in parti uguali tra tutti i membri della Tinaia, che è attualmente frequentata in maniera costante da 25 persone, sotto la guida di tre operatori. Da alcuni mesi la Tinaia si è trasformata in cooperativa: ne fanno parte 14 persone, ma la prospettiva è quella di inserirvi gradualmente tutti i frequentatori del Centro.³

Tra le principali opere realizzate in seno alle attività de La Tinaia, è importante ricordare quelle di Francesco Romiti, artista non internato, ma assiduo frequentatore del Centro di attività espressive. Nato a Firenze nel 1933, è fin da giovane preda di crisi d'ira incontrollate, che lo porteranno ad avere problemi di inserimento lavorativo e sociale. Si dedica alla scrittura e all'arte, praticandola su qualsiasi supporto. Intorno al 1978, presso la Casa della Cultura di Novoli a Firenze si forma il primo gruppo di autoaiuto per persone con problemi psichiatrici e Romiti vi prende parte. Viene così a conoscenza de La Tinaia, dove incontra Anna, di cui si innamora e con la quale instaura una relazione lunga più di venticinque anni. Romiti vive la sua intera esistenza in condizioni di povertà; tuttavia, sceglie di non vendere nessuna sua opera, convinto che l'arte non sia valutabile con il denaro. A Dana Simionescu e ai Chille de la balanza sarà affidata l'opera completa dopo la sua morte, avvenuta nel 2013. L'artista ha lasciato moltissime opere – tutte senza titolo e delle quali risulta impossibile stabilire una precisa cronologia –, oltre a diversi scritti e pagine del suo diario.

Secondo Eva Di Stefano, l'arte di Romiti può essere considerata Outsider Art, più che Art Brut⁴: se l'Art Brut è bulimia creativa priva di intenzionalità, quella Outsider è il prodotto

² M. Pecorini, *"Assistenza psichiatrica e vita sociale": un'esperienza innovativa prima della legge 180*. Tesi di laurea in Scienze e tecniche psicologiche, relatrice: P. Guarnieri. Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Firenze, A.A. 2013/2014.

³ G. Germano, *Dal manicomio di San Salvi una sfida per Firenze*, in «La Nuova Città», IV serie, (1984), n. 3, pp. 104-112, p. 105.

⁴ E. Di Stefano, *Francesco Romiti. Arte di confine*, in S. Abbondanza, C. Giaquinta, P. Lauri (a cura di), *Umani. Francesco Romiti*, Mandragora, Firenze 2019, pp. 21-26.



Figura 1 – Il Centro di attività espressive La Tinaia. Foto di Renato Bartolozzi. Archivio Chille de la balanza.

dell'artista che vive ai margini o al di fuori del sistema sociale, incurante di norme e convenzioni artistiche riconosciute dalla cultura dominante⁵, senza però mettere in atto alcuno scollamento dalla realtà, anzi, cercando di rappresentarla. Nella sua arte sono presenti echi di Picasso, degli espressionisti e dei futuristi, ma si mantiene l'originalità assoluta del linguaggio romitano. Disegna e dipinge su qualsiasi supporto di ogni dimensione, preferibilmente pezzi di carta e di legno, o il retro di volantini e di manifesti pubblicitari. Il soggetto preferito è il volto: centinaia di facce senza nome, composte da tratti diversi, costituiscono «uno sterminato inventario fisiognomico»⁶, che assume ancor più senso se calato nel contesto umano del manicomio.

Scrivre Tomaso Montanari a proposito dell'«umana umanità» di Romiti:

L'equazione tra vita e opera è sempre pericolosa e spesso rischia di nascondere più di quanto non riveli: ma nel caso di Romiti questa assoluta coincidenza è fin troppo dolorosamente eloquente. Anzi, nella sua coazione a riempire di colori e figure ogni superficie possibile è evidente la tensione a ri-formare il mondo, quasi fosse possibile

⁵ V. Rousseau, *Outsider Art. La fortuna di un termine controverso*, in «Osservatorio Outsider Art», (2017), n. 14, pp. 66-73.

⁶ E. Di Stefano, *Francesco Romiti. Arte di confine*, cit., p. 21.



Figura 2 – Francesco Romiti, senza titolo, penna su retro di manifesto, 50 x 36 cm. Archivio Chille de la balanza.

farlo ri-colorandolo e ri-disegnandolo tutto. E in quest'ottica i volti, fermati in tutte le tecniche, fino a quelli, meravigliosi, definiti con sicura velocità attraverso la spatola, sembrano davvero il gesto di un *alter deus*, un artista divino – secondo la tradizione rinascimentale – impegnato a ri-creare l'umanità umana, capace finalmente di “capire”.⁷

A La Tinaia è associato anche il principale simbolo del processo di deistituzionalizzazione del manicomio di San Salvi, ovvero il murale ancora presente sul padiglione 37⁸, realizzato in occasione della prima festa popolare di apertura del manicomio alla città, organizzata da psichiatri e infermieri assieme a studenti e lavoratori. Testimonianza di questa realizzazione è un video girato in superotto dallo psichiatra Cesare Micheli, materiale audiovisivo che è entrato a far parte di diversi spettacoli di Chille de la balanza.

La festa di apertura si svolge dal 25 aprile al 1° maggio 1978, pochi giorni prima dell'approvazione della Legge 180. Per la prima volta, i cittadini hanno la possibilità di entrare a San Salvi. Nel corso della festa, i giovani della Brigata Rodolfo Boschi di Grassina, affiliati alla locale sezione del Partito comunista, realizzano, insieme ad alcuni esuli cileni⁹, il murale sulla facciata di un edificio rurale prossimo a La Tinaia, anch'esso preesistente alla costruzione del manicomio. I giovani scelgono di trascrivere sul muro la poesia *La città*, che Pablo Neruda aveva dedicato a Firenze quando, nel 1951, era venuto a ritirare la cittadinanza onoraria conferitagli dal Sindaco Mario Fabiani. Secondo le testimonianze orali raccolte da Chille de la balanza, la scelta della poesia era stata determinata dai versi in cui Neruda affermava che a Firenze “la maestà del popolo governava”, con l'obiettivo di collegare il riverbero ancora vivo della Resistenza di quegli anni al moto di cambiamento allora in atto.

Forme

Il dibattito sul destino urbano del manicomio si accende negli anni Ottanta, quando era in corso una revisione della Legge 180, in particolare sulle sue applicazioni a livello territoriale. Del futuro di San Salvi, come di altri manicomi italiani, si parla sulla rivista di architettura *La Nuova Città*, fondata e diretta dall'architetto Giovanni Michelucci, che rivolge ampie riflessioni alla questione del superamento della marginalità in ambito urbano, in particolare dei luoghi di detenzione e dei contesti di isolamento¹⁰. La IV serie, pubblicata tra il 1983 e il 1985, dedica dei numeri specifici proprio ai temi *Città e follia* (n. 3, aprile 1984), *Ordine e disordine* (n. 5, dicembre 1984), *La città introvabile* (n. 6/7, dicembre 1985), coinvolgendo molti degli esponenti di Psichiatria Democratica.

Il contributo teorico e progettuale di Michelucci su questi temi assume grande rilevanza nella cultura architettonica dell'epoca. In merito al superamento dell'ospedale psichiatrico, Michelucci ritiene che la malattia mentale sia diretta conseguenza delle condizioni ambientali, e dunque la città rappresenta il luogo in cui intervenire con il progetto di una struttura urbana che sappia rispondere, allo stesso tempo, ad esigenze sanitarie, culturali e produt-

⁷ T. Montanari, «Questo volevo che capiste». *Arte e vita in Francesco Romiti*, in S. Abbondanza, C. Giaquinta, P. Lauri (a cura di), *Umani. Francesco Romiti*, cit., pp. 11-16, p. 13.

⁸ Il murale versa oggi in condizioni di forte degrado. Molte sono state le iniziative – promosse in particolare da Chille de la balanza, dal Quartiere 2 di Firenze e dalla Società della Ragione – orientate al recupero di questa opera, il cui valore risiede non tanto nella qualità artistica, quanto nel simbolo che rappresenta. Nel 2021 il Comune di Firenze ha stanziato i primi finanziamenti per il restauro dell'edificio e del murale.

⁹ Sono gli anni immediatamente successivi al golpe di Pinochet.

¹⁰ Di questi temi si occupa ancora oggi la Fondazione Michelucci, che continua a editare la rivista.



Figura 3 – Fotografia della realizzazione del murale, 1978. Archivio Chille de la balanza.

tive; una “città scuola” dedicata non tanto alla cura del malato, quanto alla complessa rete di rapporti ambientali e interpersonali che determinano il disagio psichico. La relazione urbana e sociale tra dentro e fuori è la questione centrale: con la chiusura dei manicomi, da un lato il malato entra nella città, non trovando in essa una struttura spaziale e ambientale in grado di accoglierlo; dall’altro, la città entra nel manicomio, scoprendo uno spazio “potenziale” dal destino indefinito.

Il problema angoscioso che intravede Giovanni Michelucci agli inizi degli anni ’80 resta la questione sempre presente, malamente affrontata e spesso irrisolta del che fare dopo. Chiuso l’ospedale psichiatrico, quali saranno le pratiche, le tecniche, le organizzazioni della salute mentale? Quali saranno i luoghi della cura? E quali le possibilità di vita nella città delle persone che vivono l’esperienza del disturbo mentale?¹¹

¹¹ P. Dell’Acqua, S. D’Autilia, *Un’architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale*, in «FAMagazine», n. 41, (2017), pp. 30-45, pp. 39-40.

Michelucci vede nello scontro tra follia e società una critica alla città contemporanea, fatta di continue cesure e marginalità, che possono condurre a forme di psicosi collettive e individuali. I centri di salute mentale, su cui aveva fatto affidamento la legge 180, rispondono a una logica urbana “per funzioni”, e non a una libera successione di spazi.

Dal 1966, anno dell'alluvione, fino alla sua morte, avvenuta nel 1990, Michelucci avvia una serie di riflessioni sulla città di Firenze, ponendo l'attenzione sul superamento dei luoghi rappresentativi di marginalità e isolamento. Uno di questi è proprio l'ex manicomio di San Salvi. Studiando il quartiere di Santa Croce, Michelucci elabora alcune proposte progettuali, sotto forma di schizzi, che indicano San Salvi come polo conclusivo di un asse di recupero dell'area urbana orientale, oltre i confini imposti dai viali di circonvallazione. L'architetto ritiene che il futuro di Firenze risieda in un grande progetto di riqualificazione, che va dall'ex carcere delle Murate all'ex ospedale psichiatrico:

Limitandoci al carcere delle Murate e al manicomio di S. Salvi, questi due spazi vivono nei loro rispettivi quartieri come una tramontata ipotesi di ordine e di controllo sociale. Difficilmente potranno perdere il peso della loro precedente destinazione, a meno che il nuovo non abbia una forza vitale talmente dirompente da dissolverla progressivamente, trasformandola, da elemento di vincolo nel quartiere, a momento di crescita per tutta la città.¹²

Michelucci propone di insediare in questi quartieri strutture al servizio del mondo universitario, nell'idea che la cultura sia il motore per utilizzare in maniera unitaria le due aree. Parla, a questo proposito, di «centro mobile»¹³, capace di attivarsi diversamente in base a circostanze e interessi: anziché dividere il territorio in zone separate, il progetto dovrebbe prevedere un sistema “polifonico” di diverse attività culturali, ricreative e scientifiche.

Parole

Nel 1997 avviene l'incontro tra Chille de la balanza, storica compagnia teatrale napoletana che risiedeva in Toscana dal 1984, e San Salvi. Il primo spettacolo portato in scena nello stesso anno all'interno dell'ex manicomio è *Il viaggio – Artaud Van Gogh La follia*, tratto da *Van Gogh il suicidato della società* di Antonin Artaud (1947). Dall'anno successivo, Claudio Ascoli e Sissi Abbondanza, i due componenti storici della compagnia, troveranno definitivamente casa a San Salvi, invitati da Carmelo Pellicanò a costituire un presidio culturale permanente.

Tutti gli spettacoli prodotti dal 1998 in poi saranno concepiti a partire da e per San Salvi, andando a costruire un legame indissolubile tra teatro e luogo. Per questa ragione, l'antropologo Pietro Clemente considera i Chille de la balanza «portatori di una coscienza di luogo»¹⁴, essendo la loro attività artistica organica al luogo stesso. Di fatto, i Chille hanno rappresentato il nucleo principale della comunità di eredità che si è costituita negli anni a venire per salvaguardare il patrimonio materiale e immateriale sansalvino. Lo spettacolo più emblematico, in termini di rilettura della memoria del luogo, è *Passeggiando nella notte di San Salvi*, passeggia-

¹² G. Michelucci, *Il crollo di un antico limite. Un'immagine di Firenze tra il carcere delle Murate e il manicomio di San Salvi*, in «La Nuova Città», IV serie, (1984), n. 5, pp. 9-13, p. 10.

¹³ *Ivi*, p. 12.

¹⁴ P. Clemente, *Quelli della bilancia. Teatro e cittadinanza attiva*, in AA.VV., *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini Editore, Pisa 2018, pp. 129-149, p. 142.

ta-affabulazione di Claudio Ascoli che va in scena dal 1999¹⁵. Lo spettacolo si avvale dei molti materiali raccolti da Chille de la balanza nel corso della loro residenza, ovvero testi, foto, manifesti, opuscoli, registrazioni e sbobinature di alcune interviste a testimoni (medici, infermieri, malati, familiari) che hanno vissuto San Salvi e che hanno continuato a frequentare il luogo anche negli anni successivi alla dismissione del manicomio. Attraverso la partecipazione attiva allo spettacolo, lo spettatore (o spett-attore, come preferiscono denominarlo i Chille) è chiamato a interpretare gli accadimenti in maniera soggettiva, per ricostruire una memoria che, come sempre succede, non è mai del tutto fedele alla realtà dei fatti. Lo spettatore gioca, dunque, un ruolo agente nella ridefinizione della memoria e della sua trasmissione.

Questa modalità di creazione agisce come innesco di riappropriazione del luogo da parte dei cittadini¹⁶, intervenendo sulla capacità di immedesimazione dello spettatore basata sulla sincronicità tra racconto e azione del camminare. Ciò è incrementato dal fatto che la passeggiata avviene nelle ore notturne; dunque, in un momento della giornata in cui tutti gli spazi di San Salvi sono privati dell'uso quotidiano, con la conseguente possibilità di agire in maniera più evocativa sulla memoria. L'evento itinerante di Ascoli potrebbe, di conseguenza, essere considerato come vera e propria "passeggiata patrimoniale", in linea con i principi stabiliti dal Consiglio d'Europa in base alle Applicazioni della Convenzione di Faro del 27 ottobre 2005.

Le testimonianze dal manicomio di San Salvi sono entrate a far parte anche di altri spettacoli, tra cui: *Siete venuti a trovarmi?* di e con Matteo Pecorini (2016), monologo tratto da un dattiloscritto rinvenuto nella Biblioteca Chiarugi di San Salvi¹⁷; *Non si raccontano barzellette sui matti* di e con Sissi Abbondanza (2017), liberamente ispirato alla storia di Giusi Pastore, artista de La Tinaia.

Tra le storie entrate a far parte dello spettacolo *Passeggiando nella notte di San Salvi* ne ricordiamo, in particolare, due. La prima è quella di Giacomo Tarantini, nome di fantasia utilizzato dallo psichiatra Giuseppe Fioravante Giannoni per raccontare la persona che sta dietro ad alcune lettere scritte a San Salvi a partire dal 1969¹⁸. Nato nel 1931 a Montefiascone, Giacomo vive fin da giovanissimo una vicenda travagliata: già dagli anni Cinquanta entra ed esce dalle case di cura e dal manicomio, subendo ogni tipo di terapia, dall'elettroshock, al coma insulinico, fino alla cura del sonno. A venticinque anni entra definitivamente in ospedale psichiatrico, prima al Santa Maria della Pietà di Roma, poi a San Salvi. Le sue prime lettere sono indirizzate al direttore del manicomio di San Salvi, nel tentativo lucido di denunciare la condizione disumana in cui si trova, fortemente compromettente per il suo stato di salute. Al contrario, le lettere successive, scritte fino al 1978 (non a caso anno della Legge 180), dallo stile ampolloso e delirante, sono dirette al Ministro delle Finanze, al Procuratore Generale della Repubblica, all'Ente Comunale di Assistenza di Firenze, al Partito Comunista, fino al Governo e al Presidente della Repubblica, in un disperato vortice di tentativi di richiesta d'aiuto. Le lettere, ovviamente, non usciranno mai dalle mura manicomiali

¹⁵ Rieditata nel 2010 con il titolo *C'era una volta... il manicomio*, la passeggiata-affabulazione di Ascoli ha visto, negli anni, diverse versioni. Tra queste, la più interessante da ricordare è *Passeggiando a San Salvi con Francesco Romiti* (2019), esperienza itinerante incentrata sulla figura dell'artista.

¹⁶ C. Lanzara, *Teatro, comunque. L'universo creativo dei Chille de la balanza da Napoli al "mondo" di San Salvi*, Morgana Edizioni, Firenze 2007.

¹⁷ A. D'Arco, *In viaggio verso un'utopia possibile: il palcoscenico di San Salvi*, in AA.VV., *Pazzi di libertà*, cit., pp. 59-96.

¹⁸ G.F. Giannoni, *Nel dentro del dentro. Lettere dal manicomio e dalla follia*, Centro d'Informazione e Stampa Universitaria, Roma 2018.

e non riceveranno alcuna risposta. L'impressione che si ha, leggendo l'andamento di questa corrispondenza, è che l'internamento abbia effettivamente peggiorato le sue condizioni di salute mentale. Giannoni, uno dei protagonisti della psichiatria italiana, nel suo libro *Nel dentro del dentro*, ha voluto raccontare la propria esperienza del manicomio attraverso le parole di Giacomo e di altri uomini che non sono riusciti a farsi ascoltare¹⁹.

La seconda storia è tratta dal libro-diario di Costanza Caglià *L'amore con Erode*²⁰. Costanza ed Erode (al secolo Torello Vannucci) si erano conosciuti nel 1971 a San Salvi, più esattamente nel cinema-teatro, il più importante luogo di incontro tra donne e uomini internati nel manicomio, essendo l'unico edificio con funzione ricreativa. Costruito tra il 1937 e il 1940, la struttura architettonica funzionava, appunto, come cinema, ma anche come chiesa per le funzioni religiose.

Caglià aveva condotto studi classici, ma alle soglie dell'università era stata internata nel manicomio di Ancona, per poi essere trasferita a Trieste e infine a Firenze, dove era rimasta fino agli anni Settanta. Mentre Erode resterà a San Salvi fino alla sua morte, avvenuta nel 1988, Costanza uscirà per trasferirsi al Pensionario comunale di via del Porcellana. Lì, a 57 anni, scriverà il suo libro-diario, in cui emerge una profonda propensione alla scrittura e una consapevolezza letteraria fuori dal comune. Il suo testo può essere assimilabile a un ragionamento d'amore²¹, tuttavia non è inquadrabile in schemi e convenzioni letterarie. Il diario racconta la vita condivisa dai due amanti all'interno dell'ospedale psichiatrico, ma rappresenta anche il sogno di una vita possibile, affermata con passione ed entusiasmo, nonostante l'istituzione manicomiale, la malattia mentale e la povertà.

La storia di Costanza e Torello è rappresentata anche nel video *Fotografie d'amore con Erode* (7:25 minuti), che è stato realizzato da Luca Ferro nel 1987 riprendendo i due protagonisti reali²². Il diario, inoltre, è arrivato a teatro nell'autunno del 1995 in una riduzione di Silvia Guidi, e nel 2013 con l'omonimo spettacolo di Gianna Deidda (Compagnia Teatro Popolare d'Arte).

Conclusioni

A San Salvi, la rielaborazione della memoria manicomiale è avvenuta piuttosto lentamente, ed è stata lasciata al contributo delle pratiche artistiche e culturali qui descritte, che ne hanno tracciato, e a volte ridefinito, la storia. Queste forme di arte hanno funzionato da inneschi per il processo di superamento dell'istituzione totale, catalizzando l'attenzione della collettività. Tuttavia, la mancanza di una concreta risposta politica, che seguisse le istanze sociali derivate dalle azioni culturali, ha portato l'area ad essere oggetto di diverse proposte di riconversione, molto spesso attente alla sua rifunzionalizzazione, ma solo in parte riconoscibili per un orientamento culturale volto alla deistituzionalizzazione. Per portare di nuovo l'attenzione sulla necessità di tramandare attivamente la memoria manicomiale, recentemente si è dato vita a nuove esperienze artistiche sul solco delle precedenti, grazie al festival *Spacciamo culture interdette*, un vero e proprio progetto di rigenerazione del patrimonio materiale e immateriale realizzato da Chille de la balanza in partenariato

¹⁹ A. Iuso, *Tre storie in altre storie. Impossibili lettere dal manicomio*, in G.F. Giannoni, *Nel dentro del dentro*, cit., pp. 7-9.

²⁰ C. Caglià, *L'amore con Erode*, CRT, Pistoia 2001 [edizione originale: La Libreria delle Donne, Firenze 1983].

²¹ I. Baldi, *Vivere sulla carta*, in C. Caglià, *L'amore con Erode*, cit., pp. 11-13.

²² <https://www.youtube.com/watch?v=xkvQXRJZczY> [accesso: 13 novembre 2024].

con il Dipartimento di Architettura dell'Università degli Studi di Firenze e l'Accademia di Belle Arti di Firenze. L'iniziativa ha visto la partecipazione, in sei edizioni (2020-2025), di centinaia di studenti e artisti chiamati a progettare e auto-costruire installazioni diffuse o a mettere in scena corti teatrali, sempre a partire dalle storie del manicomio. Queste azioni hanno permesso di rielaborare la memoria collettiva sotto forma di presa di coscienza dello spazio, portando a una rigenerazione dell'area che può essere intesa più propriamente come ricostruzione dei luoghi della memoria, grazie all'implementazione di pratiche partecipative volte alla ricostituzione di una comunità legata all'area²³.

Bibliografia

- AA.VV., *Pazzi di libertà. Il teatro dei Chille a 40 anni dalla legge Basaglia*, Pacini Editore, Pisa 2018.
- Abbondanza, S., Giaquinta, C., Lauri, P. (a cura di), *Umani. Francesco Romiti*, Mandragora, Firenze 2019.
- Caglià, C., *L'amore con Erode*, La Libreria delle Donne, Firenze 1983.
- Caglià, C., *L'amore con Erode*, CRT, Pistoia 2001.
- Dell'Acqua, P., D'Autilia, S., *Un'architettura per liberare la follia. San Giovanni non è memoria monumentale*, in «FAMagazine», n. 41, (2017) pp. 30-45.
- Germano, G., *Dal manicomio di San Salvi una sfida per Firenze*, in «La Nuova Città», IV serie, (1984), n. 3, pp. 104-112.
- Giannoni, G.F., *Nel dentro del dentro. Lettere dal manicomio e dalla follia*, Centro d'Informazione e Stampa Universitaria, Roma 2018.
- Lanzara, C., *Teatro, comunque. L'universo creativo dei Chille de la balanza da Napoli al "mondo" di San Salvi*, Morgana Edizioni, Firenze 2007.
- Martinelli, E., *Stages of Memory. Strategie per la rigenerazione dell'ex manicomio di San Salvi a Firenze*, tabedizioni, Roma 2023.
- Michelucci, G., *Il crollo di un antico limite. Un'immagine di Firenze tra il carcere delle Murate e il manicomio di San Salvi*, in «La Nuova Città», IV serie, (1984), n. 5, pp. 9-13.
- Pecorini, M., *"Assistenza psichiatrica e vita sociale": un'esperienza innovativa prima della legge 180*. Tesi di laurea in Scienze e tecniche psicologiche, relatrice: Prof. P. Guarnieri. Scuola di Psicologia, Università degli Studi di Firenze, A.A. 2013/2014.
- Pellicanò, C., *Se parlo della città parlo anche dell'uomo*, in «La Nuova Città», IV serie, (1984), n. 3, pp. 113-114.
- Rousseau, V., *Outsider Art. La fortuna di un termine controverso*, in «Osservatorio Outsider Art», n. 14 (2017), pp. 66-73.

²³ E. Martinelli, *Stages of Memory. Strategie per la rigenerazione dell'ex manicomio di San Salvi a Firenze*, tabedizioni, Roma 2023.

Tra documento e finzione. Michelangelo Antonioni e il caso dell'Ospedale Psichiatrico Luigi Lolli di Imola

Giuseppe Mattia

Antonioni e la questione psichiatrica

Quella che ci si propone di raccontare è una storia di sopralluoghi, relazioni, narrazioni e invenzioni letterarie che ruotano attorno all'Ospedale Psichiatrico Luigi Lolli di Imola¹. Dopo i successi de *L'avventura* (1960), *La notte* (1961) e *L'eclisse* (1962), assieme ai suoi collaboratori Michelangelo Antonioni inizia a preparare *Il deserto rosso* (1964), Leone d'oro alla 25ª Mostra internazionale d'arte cinematografica di Venezia. Tra il 1962 e il 1963, il cineasta di Ferrara incarica lo scrittore e aiuto-regista Flavio Nicolini di condurre un'inchiesta preliminare sui pazienti femminili e i relativi medici curanti proprio all'interno della struttura manicomiale imolese, al fine di approfondire le conoscenze su disturbi psichici, fobie e depressione e raccogliere materiale utile per caratterizzare al meglio la protagonista del film. Imbastendo un dialogo tra le carte raccolte da Nicolini² e altri materiali di prima mano – conservati presso l'Archivio Michelangelo Antonioni di Ferrara –, si intende esaminare, in una prospettiva storico-filologica, le modalità con le quali il Lolli sia stato d'ispirazione per il regista e per il co-sceneggiatore Tonino Guerra nella scrittura de *Il deserto rosso*, in particolare per la raffigurazione di uno spaccato di vita di una trentenne psicotica.

In una plumbea Ravenna fortemente industrializzata, dopo aver smarrito il proprio equilibrio interiore Giuliana (Monica Vitti) ha tentato di togliersi la vita lanciandosi con la propria auto contro un camion, sopravvivendo e venendo in seguito ricoverata in una clinica psichiatrica. Questo antefatto viene saltuariamente accennato dai personaggi ma mai approfondito, facendolo passare come un "innocuo" incidente dovuto alla distrazione. Il film segue gli sforzi della donna nella gestione della propria malattia e nei rapporti con il milieu e con gli affetti che la circondano, tra tutti quelli con il marito Ugo (Carlo Chionetti), con il figlio undicenne Valerio (Valerio Bartoleschi) e con l'amico (e poi amante) Corrado (Richard Harris).

Il presente contributo vuole porsi sulla scia di un lavoro di ricerca condotto da Ruggero Eugeni e incentrato sul rapporto tra Antonioni e la cultura psichiatrica tra anni Cinquanta e Sessanta³: per lo studioso, il periodo in oggetto risulta essere molto influenzato da una serie di fe-

¹ Per una panoramica su questa e altre strutture ospedaliere nel territorio imolese si rimanda a N. Galassi, *Dieci secoli di storia ospitaliera a Imola*, 2 voll., Editrice Galeati Imola, Imola 1989.

² Archivio Michelangelo Antonioni di Ferrara (d'ora in avanti AMAF), 8C7, fasc. 56. Queste, condotte tra il 1962 e il 1963, sono suddivise in nove fascicoli (segnati A-I) non ordinate in ordine diacronico e idealmente suddivisibili in due campi d'azione: psichiatrico e lavorativo (per l'ambiente petrolchimico in cui si muove il personaggio di Corrado).

³ Per approfondire il rapporto tra psichiatria e società italiana si vedano almeno: M. David, *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Bollati Boringhieri, Torino 1990; P. Guarnieri, *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991.

nomeni, in particolare dalla «nascita di una psichiatria italiana incerta tra tradizione fisiologica e approccio fenomenologico» e da una certa «maturazione dei fermenti “anti istituzionali”»⁴, in un clima che vede inoltre una crescente attenzione «per la dimensione antropologica, ambientale e contestuale (e quindi sociale, storica e culturale) della malattia mentale»⁵.

Per quanto riguarda Antonioni, i principali nuclei tematici di suo interesse – legati al disagio mentale – vertono principalmente: sulle varie tipologie di nevrosi e psicosi; sulle esperienze percettive dei soggetti sottoposti a determinate cure; sui suicidi; sulla schizofrenia; sui pazienti che vivono profondi impedimenti relazionali, tali da compromettere anche il rapporto stesso con il circostante. Nella biblioteca personale dell'autore sono presenti, non a caso, numerosi testi scientifici di ambito psichiatrico: da *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*⁶ a *Il suicidio. Studio statistico e psicopatologico*⁷, fino alle edizioni italiane di *Psychologie du suicide*⁸, di *Psychologie der Weltanschauungen*⁹ e di *Journal d'une schizophrène*¹⁰, solo per citarne alcuni. Doveroso menzionare, sempre all'interno del fondo ferrarese, anche la collettanea *Le psicosi sperimentali* (Feltrinelli, Milano 1962), una raccolta di saggi dai quali Antonioni attinge per redigere una serie di appunti funzionale alla stesura de *Il deserto rosso*¹¹.

Il tema della sofferenza psichica rappresenta di fatto una sorta di leitmotiv nella sua filmografia: si pensi al tentativo di realizzare un documentario, già nel 1936¹², sui pazienti schizofrenici dell'Ospedale psichiatrico di Ferrara, struttura attiva dal 1858 al 1996¹³. Questa sensibilità verso tabù come la malattia mentale e il suicidio sarà successivamente riformulata, mutatis mutandis, anche in alcune successive pellicole: dal tentativo di Gianni di togliersi la vita dopo un tracollo finanziario ne *La signora senza camelie* (1953) alle testimonianze contenute ne l'episodio *Tentato suicidio* del film collettivo *L'amore in città* (1953); dai suicidi compiuti rispettivamente ne *Le amiche* (1955) da Rosetta e da Aldo ne *Il grido* (1957) alle psicopatologie di Anna ne *L'avventura* e della paziente ninfomane ne *La notte*.

Anche *Il deserto rosso* si articola di fatto sulle manifestazioni della nevrosi in un personaggio femminile, le quali assumono forme e contorni proprio in base all'epoca e all'ambiente in cui erompono, come confermato da Antonioni stesso: «L'ambiente in cui vive accelera la crisi di Giuliana, ma naturalmente perché una crisi sfoci ci deve essere un terreno favorevole. Non è facile determinare le cause e le origini della nevrosi. Essa si manifesta sotto molte forme, qualche volta i sintomi ricordano quelli della schizofrenia»¹⁴. Il fallito tentativo di introiettare certe regole sociali che la circondano, porta la protagonista a discostarsi dall'immagine che gli altri hanno proiettato su di lei, facendole perdere certezze e alimentando il suo disordine emotivo.

⁴ R. Eugeni, *La modernità a disagio. Michelangelo Antonioni e la cultura psichiatrica italiana tra gli anni Cinquanta e gli anni Sessanta del Novecento*, in A. Boschi, F. Di Chiara (a cura di), *Michelangelo Antonioni. Prospettive, culture, politiche, spazi*, Il Castoro, Milano 2015, p. 50.

⁵ *Ivi*, p. 54.

⁶ C. Tumiati, *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Treves, Milano 1931.

⁷ G. Cerquetelli, C. Catalano-Nobili, *Il suicidio. Studio statistico e psicopatologico*, Ospedale psichiatrico consortile, Nocera Inferiore 1940.

⁸ G. Deshaies, *Psicologia del suicidio*, Astrolabio, Roma 1951.

⁹ K. Jaspers, *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma 1950.

¹⁰ M. Sechehayé, *Diario di una schizofrenica*, Editrice universitaria, Firenze 1957. Per un elenco più corposo si rimanda alla sezione *Biblioteca* dell'archivio digitale: <https://www.archivioantonioni.it/digital-archive/>.

¹¹ AMAF, b. 8D/2, c. 178; b. 8D/3, c. 250.

¹² M. Antonioni, *Fare un film è per me vivere*, in «Cinema Nuovo», (1959), n. 139, p. 108.

¹³ Cfr. C. Ajroldi et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.

¹⁴ M. Antonioni, J.-L. Godard, *La nuit, l'éclipse, l'aurore. Entretien avec Michelangelo Antonioni par Jean-Luc Godard*, in «Cahiers du cinéma», (1964), n. 160, p. 10.

Tra le mura del Lolli

Nel 1775, a Imola, solo una sezione dell'Ospedale generalista di Santa Maria della Scaletta viene adibita alla cura dei malati psichiatrici, grazie all'intuizione dell'allora direttore amministrativo e sanitario Cassiano Tozzoli, il quale farà poi erigere il primo edificio della Romagna per gli alienati, attivo dal 1844¹⁵ (anche se già dal 1804 i pazienti venivano ospitati presso l'ospedale)¹⁶. Il complesso sorge, a detta di Nazario Galassi, «in conformità delle spinte ideali che si erano andate maturando nei circoli liberal-moderati, in un ambiente locale saturo di aneliti risorgimentali»¹⁷. Dal 1862, nell'Italia post-unitaria, ne diventa direttore il dott. Luigi Lolli, a cui venne in seguito intitolato l'impianto. Questi, insieme al noto architetto partenopeo Antonio Cipolla, ne rivoluziona la struttura, completandola nel 1880 con padiglioni appositi «destinati ai malati tranquilli, gli agitati, i cronici, gli epilettici, uomini e donne, poi seguirono gli altri per i dozzinanti, i convalescenti, i furiosi»¹⁸. Alla sua morte, nel 1896, il complesso manicomiale viene suddiviso in due sedi: quella centrale – nominata Santa Maria della Scaletta – e quella di completamento, conosciuta come Manicomio dell'Osservanza. Se la prima (sita in Viale Aurelio Saffi, 77) accoglie pazienti affetti da psicopatologie mentali curabili, la seconda (in via Venturini, 10) ospita invece i malati affetti da patologie mentali croniche, molti dei quali accusati dei più svariati crimini: «i pazzi morali, gli incorreggibili ed infrenabili, ed anche gl'imputati e condannati per delitti»¹⁹. L'anno successivo, nel 1897, la sede centrale viene acquisita dalla provincia di Bologna e il complesso viene denominato Manicomio provinciale di Bologna in Imola; ospita solo i pazienti provenienti dalla provincia bolognese. L'Osservanza accoglie invece i malati dalle province di Ravenna, Forlì, Roma, Treviso e Venezia, arrivando a includere anche persone provenienti da istituti carcerari e da centri psichiatrici militari²⁰. Secondo Galassi «I due grandi centri ospedalieri, il Lolli e l'Osservanza, contribuirono a ridurre l'identità imolese a un'unica immagine: la “città dei matti”»²¹. Come riportato nel censimento a cura del progetto della Direzione generale archivi denominato *Carte da legare*, al Lolli vengono ricoverati solo ammalati curabili provenienti dalla provincia di Bologna²². Federica Cavina scrive che, verso la fine degli anni Sessanta, il manicomio si affianca amministrativamente al Centro neuropsichiatrico della Villa dei fiori, primo reparto imolese per il ricovero psichiatrico volontario. Nel 1971 «La gestione degli istituti psichiatrici imolesi fu acquisita dall'Ente ospedaliero di Imola [...] e poi, nel 1981, dalla neonata Unità sanitaria locale (USL) n. 23 di Imola»²³. Il complesso manicomiale imolese di-

¹⁵ M.B. Bettazzi, *Manicomio Centrale di Imola*, in C. Ajroldi et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, cit., p. 233.

¹⁶ M. Banzola, *Il manicomio modello. Il caso imolese. Storia dell'ospedale psichiatrico (1804-1904)*, La Mandragora, Imola 2015, p. 17.

¹⁷ N. Galassi, *Gli ospedali psichiatrici nella vita imolese*, in R. Renzi (a cura di), *Imola come Imola*, Cappelli, Bologna 1968, pp. 155-172, p. 159.

¹⁸ *Ivi*, p. 163.

¹⁹ C. Migani, *La nascita e lo sviluppo dell'impresa manicomiale imolese dal 1862 al primo decennio del Novecento*, in E. Venturini et al., *La città proibita. Nascita e fine dell'ospedale psichiatrico di Imola (1844-1994)*, Venturini Grafiche Galeati, Imola 1994, pp. 16-20, p. 19.

²⁰ *Ivi*, p. 20.

²¹ Cfr. N. Galassi, *Gli ospedali psichiatrici nella vita imolese*, cit.

²² Cfr. *Carte da legare. Archivi della psichiatria in Italia*, in <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/emilia-romagna/ospedale-psichiatrico-luigi-lolli-di-imola/la-storia?navId=&cHash=28ca457fa7b7734a143a424c71dec888> (ultima consultazione 06 novembre 2024).

²³ F. Cavina, *Manicomio di S. Maria della Scaletta (Osservanza) di Imola*, in <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/410/> (ultima consultazione 24 ottobre 2024).

venta per anni il modello di riferimento per altre strutture italiane, per la sua forma architettonica a cittadella e per la pratica diffusa dell'ergoterapia (attività lavorative a fini terapeutici).

Ed è proprio fra queste mura che Flavio Nicolini inizia a raccogliere materiali preliminari per *Il deserto rosso*²⁴. Diversi i tentativi di rintracciare presso gli archivi ospedalieri tracce del suo passaggio ma soprattutto delle persone che hanno ispirato la caratterizzazione di Giuliana; tentativi che purtroppo, allo stato attuale dell'indagine, rimangono e rischiano di rimanere vani data l'assenza di nomi propri sulle carte e l'impossibilità di accedere alla documentazione, in quanto tali dati sono tuttora considerati sensibili e dunque tutelati dalla *privacy*.

Il 9 gennaio del 1963 il collaboratore scrive una lettera ad Antonioni – la cui datazione aiuta a inquadrare il periodo in cui attua il proprio lavoro d'inchiesta –, nella quale lo informa di avergli inviato solo una parte delle interviste effettuate al Lolli, avendone in programma altre tre e aggiungendo di avere in agenda un ulteriore incontro con una donna depressa²⁵. Così lo stesso Nicolini si esprime sul lavoro svolto a distanza di più di trent'anni:

Gli preparai inchieste intorno a donne con problemi psicologici. Ho cominciato a girare per cliniche e manicomi. Parlavo con donne uscite da crisi profonde. [...] Per Michelangelo, a Imola, ho incontrato alcune ragazze che mi suggerirono comportamenti ed episodi utili alla realizzazione del personaggio di Monica Vitti nel film. Fra le altre cose, in quell'ospedale ho assistito a un elettroshock...²⁶

Prima di ottenere il permesso di intervistare una paziente bolognese della struttura imolese, Nicolini incontra uno specialista: «Dovrebbe darmi informazioni su donne depresse, tracciarmi profili di ragazze da lui curate. [...] È un medico legale, fa perizie psichiatriche per il tribunale»²⁷. Ottenuto il *placet*, si reca nello studio di un neurologo del Lolli che presenza durante lo scambio con la degente.

L'intervista che mi procura con la ragazza bolognese si svolge nel suo studio all'ospedale di Imola. La ragazza sta seduta sul letto, si agita, parla, si esibisce. Lui è in una poltrona, non interviene quasi mai. Cura le pazienti mediante ipnosi. Ordina loro la calma, il riposo, per tante ore: il paziente ubbidisce. Qualche volta si guariscono.²⁸

Nel soggetto dattiloscritto de *Il deserto rosso*, datato 1962-1963, c'è un dialogo con Corrado in cui la protagonista fa emergere alcuni dettagli circa il suo soggiorno presso una clinica imprecisata nonché sulla somministrazione del curaro a fini anestetici.

– Ho conosciuto un dottore – riprende Giuliana.
– Dove?
– Là.

²⁴ Inoltre, il romagnolo redige un resoconto del periodo delle riprese del film, pubblicato da Cappelli nella relativa sceneggiatura desunta: F. Nicolini, *Diario*, in M. Antonioni, *Il deserto rosso*, a cura di C. Di Carlo, Cappelli, Bologna 1964, pp. 37-84.

²⁵ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, B. Un'interessante ricognizione generale sulla natura delle testimonianze di pazienti psichiatriche si trova in R. Panattoni (a cura di), *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano 2011.

²⁶ F. Nicolini, *Dalla didattica alla TV*, in G.M. Gori, *Cinetivù. Santarcangelo-Roma '35-'99*, Raffaelli, Rimini 1999, p. 45.

²⁷ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, A.

²⁸ *Ibidem*.

– Vuoi dire in clinica?
 – Sì. Diceva che il nevrotico vuole avere tutto.
 – È il tuo caso?
 – No. Non credo.
 Tace riflettendo, poi riprende.
 – Forse è vero: volevo avere tutto...
 – Tutto che cosa? – insiste Corrado.
 – Quel dottore mi diceva: dovrebbe imparare ad amare. Amare una persona, chi vuol lei: suo marito o il bambino o un cane, ma non marito bambino cane alberi fiume...
 Un'altra pausa e poi:
 – Mi hanno fatto dormire con delle punture... il curaro, sai?
 – Insomma, cosa ti sentivi?
 Giuliana esita, ma non sa come dire.
 – Lo so che voi non capite mai... Quando sono uscita non sapevo più niente. Solo il bambino ho riconosciuto. Ero a un punto che dicevo: ma io chi sono? Ho dovuto farmelo spiegare.²⁹

A testimonianza dei proficui sopralluoghi al Lolli, si legga il seguente estratto, all'interno del quale Nicolini descrive con accurata precisione alcuni tipici sintomi degli psicotici depressi – modelli ideali per il personaggio di Giuliana – che ben si accordano con il brano di cui sopra.

La perdita di immaginazione si accompagna a malinconia, svogliatezza, sentimento del vuoto (perdita dei sentimenti, degli affetti, degli interessi). Gli ammalati si lamentano di sensazioni di buio nella loro mente, dell'impossibilità di rivedere i volti noti, gli oggetti nuovi, i luoghi sconosciuti. Sentono i loro ricordi, le loro stesse azioni, i loro pensieri lucidi e logici, ma freddi, impersonali, automatici. Hanno l'impressione che le cose e le persone siano nuove, strane, indifferenti, "non appartenenti a loro", vivono la loro stessa persona "senza passato, senza presente, senza futuro", come diversa ("ricordo tutto di me, ma è come se parlassi ad un'altra persona perché non mi rivedo"), estranea ("mi guardo nello specchio e mi chiedo se sono io"), nuova ("non sono più io, solo il fisico è quello di prima").³⁰

Dall'inchiesta ai materiali preparatori

Nella sceneggiatura e nel film, le criticità comportamentali di Giuliana erompono sin dalle prime pagine, in concomitanza con un irrefrenabile appetito.

Di colpo Giuliana avverte il desiderio di mangiare, una fame nervosa che le attanaglia lo stomaco. È come in preda ad una eccitazione a fior di pelle che rompe l'apparente quiete con cui fino a questo punto si è mossa. Le sembra di non poter aspettare un secondo di più. Giuliana sa che in questi momenti deve mangiare. Si guarda attorno angosciosamente.³¹

²⁹ AMAF, 8A-17, fasc. 35, p. 6.

³⁰ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, A.

³¹ AMAF, 8A/17, fasc. 36, p. 8.

Nel diario, Nicolini descrive proprio questa scena con acute osservazioni:

Monica, in verde, mangia il panino a morsi rabbiosi, respirando con forza e fatica. E ciò che ne deriva è un placarsi, accertabile in ogni suo gesto, un rendersi docile, quasi disarmata come un animale tutto concentrato nella lotta per l'esistenza che ha guadagnato un giorno della vita e un pasto: è il senso commovente di questo personaggio, il lato domestico della sua malattia, l'essere infantile e tenero che sboccia nell'incrinatura della psiche sconvolta.³²

L'origine di questo passaggio si ritrova nel dettagliato resoconto di Nicolini sulla succitata paziente bolognese del Lolli: «Cominciò col sentire una gran fame. Si manifestava con un senso di vuoto e smarrimento. Una angoscia che la spingeva a riempirsi di qualcosa. Aveva la sensazione di trovarsi in una stanza buia. Appena cominciava a mangiare, e ciò doveva fare spesso, si sentiva felice»³³.

Nel fascicolo D sono presenti altre relazioni sui degenti del manicomio di Imola. La prima è su una maestra di ventotto anni: «Una donna estremamente sensibile, sente forte i legami, avverte ogni rottura come definitiva, straziante»³⁴. Innamorata di un uomo che si fa beffe di lei facendosi vedere in giro con altre ragazze, un giorno «si avventa contro la ragazza che gode in quel momento la simpatia del suo ex fidanzato. Ne esce una lite violenta»³⁵. Nel soggetto de *Il deserto rosso* si ritrova una situazione analoga, con improvvisi scatti virulenti da parte della protagonista.

– E la gente come la vedi? – domanda. – Anche quella diversa? Per esempio quest'uomo che viene avanti.

Giuliana guarda l'uomo, uno ben vestito dall'aria altezzosa.

– Spesso mi viene voglia di aggredire qualcuno.³⁶

Altra tangenza tra inchieste e sceneggiatura si ritrova nel rapporto intimo tra Giuliana e il marito Ugo. Una paziente intervistata da Nicolini è un'impiegata trentaduenne con evidenti problematiche affettive e, in particolar modo, legate alla sfera erotica.

Si sposa. Delusione cocente: nel rapporto sessuale non prova alcun piacere. Gradualmente precipita nel terrore di dispiacere al marito. Finge perciò l'orgasmo, ma questa menzogna le sembra enorme. Non nascono bambini. Si sente colpevole. I rapporti col marito diventano sempre più difficili. Lei è innamorata, ma il terrore di dover fallire in ogni amplesso la spinge ad evitare e allontanare fervidamente ogni rapporto col marito. Nasce un giuoco di rapporti controllati, gesti e parole sterilizzate, da parte di lei, che teme le affettuosità, come la strada che conduce al rapporto erotico a lei interdetto.³⁷

In sceneggiatura è presente proprio un momento dove Giuliana, in stato d'alterazione, viene teneramente abbracciata dal marito, una presa che progressivamente si fa erotica fino

³² F. Nicolini, *Diario*, in M. Antonioni, *Il deserto rosso*, cit., p. 71.

³³ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, A.

³⁴ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, D.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ AMAF, 8A-17, fasc 35, p. 36.

³⁷ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, D.

a dissolversi nel momento in cui il disagio della donna prorompe.

Nei momenti in cui apre gli occhi è come se vedesse qualcosa di strano e di violento. Comincia anche a tremare. Ugo se ne accorge e a poco a poco, senza che la donna si renda conto del perché, rallenta il suo abbraccio, lo ritrasforma in affettuoso. E poi lo scioglie. Giuliana scivola via senza guardarlo, come se si vergognasse.³⁸

Una delle principali peculiarità del film, com'è noto, riguarda l'utilizzo sperimentale del colore, sfruttando le potenzialità del sistema Eastmancolor e agendo sull'aspetto cromatico della scenografia sia artificiale sia naturale. Tale scelta porta a rendere visibili allo spettatore le crisi nevrotiche della "fulva" Giuliana: l'intensità recitativa di Vitti, dalla spiccata sensibilità introspettiva e dal deciso rifiuto di uno stile enfaticizzato e caricaturale, ci consente infatti di osservare il mondo dal suo punto di vista. Qui il colore, tutt'altro che assoluto e univoco, diventa ponte tra l'oggetto osservato e lo stato psicologico della donna, in una suggestione reciproca. Si pensi alla scena in cui si trova nella camera di albergo in compagnia di Corrado:

Sta guardando il soffitto, dove le venature dell'intonaco diventano una foglia enorme. La sua crisi aumenta visibilmente. Guarda il muro: sul bianco appare a poco a poco una macchia viola che continua a ingrandirsi. Giuliana guarda i vetri appannati sui quali i colori riflessi dall'esterno vanno e vengono con un ritmo scandito e ossessivo. Torna a guardare il muro e dice: «Viene sempre più giù...». Indica la parete. Corrado guarda ma per lui non c'è nulla di anormale.³⁹

Come riportato da Carlo Di Carlo, lo stesso psicoterapeuta svizzero Max Luscher, con il suo celebre test psicologico, mirava ad analizzare lo stato d'animo del soggetto in base al suo rapporto con i colori, proprio per determinare «le nostre aspirazioni generalmente inconscie, il modo di comportarsi, e ad esempio, le nostre relazioni di amicizia, di amore, nonché determinate predisposizioni morbose»⁴⁰. Anche osservando i provini di Vitti per *Il deserto rosso* saltano subito all'occhio le numerose opzioni cromatiche ricercate: dal colore dei capelli (biondi o rossi) a quello delle diverse mise (dal grigio al verde, dal giallo all'azzurro), ognuno associato a un potenziale stato d'animo della donna⁴¹.

Ad arricchire questa seppur parziale panoramica di trasmissioni di dati la questione delle fobie che attanagliano le pazienti del Lolli e, di conseguenza, Giuliana. In sceneggiatura quest'ultima confessa a Corrado: «Lei non può immaginare le paure che ho io»⁴². Negli appunti preparatori di Antonioni si legge inoltre: «Giuliana ha paura. Di tutto. Dei giornali. Della gente. Del telefono. Dello sciopero. Dei ricordi: guarda F.⁴³ con diffidenza in principio. E di sé stessa, della sua possibilità di andare via via nella pazzia. Paura delle notizie. [...] Paura delle macchine. E a un certo punto, del bambino»⁴⁴.

Nicolini descrive varie fobie rilevate tra le pazienti, da quelle per gli oggetti acuminati a quelle per gli spazi aperti o angusti. A proposito dell'agorafobia riporta: «Una donna non esce mai di casa se non è accompagnata, e quando è fuori il muro accanto al quale si tiene è

³⁸ AMAF, 8A/17, fasc. 36, p. 38.

³⁹ *Ivi*, p. 178.

⁴⁰ C. Di Carlo, *Il colore dei sentimenti*, in M. Antonioni, *Il deserto rosso*, cit., p. 33.

⁴¹ Cineteca di Bologna, (1964, W.B. 03.08. c. ANT).

⁴² C. Di Carlo, *Il colore dei sentimenti*, in M. Antonioni, *Il deserto rosso*, cit., p. 51.

⁴³ Franco, il nome inizialmente scelto per il personaggio di Corrado.

⁴⁴ AMAF, b. 8C/4, fasc. 32B.

la sua ancora di salvezza»⁴⁵. In sceneggiatura ritroviamo una situazione analoga subito dopo il dialogo in strada, fuori dal negozio della donna, tra quest'ultima e Corrado: «Indica indietro, ma Giuliana non risponde nemmeno. Sta allontanandosi rasente il muro, un po' troppo rasente»⁴⁶. Oppure ancora nel soggetto:

In strada ha un momento di esitazione, come se non sapesse più il motivo che l'ha spinta lì. La sua faccia lascia trapelare un tumulto doloroso. Giuliana guarda da un lato, poi dall'altro, senza vedere. Come cercando dentro di sé. Qualche istante così, e poi corre via tremando e incespicando lungo il marciapiedi, rasente il muro.⁴⁷

A questi timori incontrollabili si aggiunge l'ipocondria. Così Nicolini su un'altra donna depressa, una trentenne originaria di Rimini:

Fa lunghi sogni: terribili: uno è quello in cui si trova in camera sua e tutto ad un tratto entra gente dalla finestra. Sa che si tratta di ladri. Ma invece di frugare nei mobili, come sarebbe ragionevole, essi le circondano il letto e cominciano a seviziarla, la tagliano a pezzi. Ha raccontato questo sogno ad un dottore. Si spiega col terrore di subire una operazione. E infatti lei teme di ammalarsi di cancro. Anzi è sicura che si ammalerà di cancro e che anche se l'opereranno non potranno salvarla.⁴⁸

In sceneggiatura tale incontrollabile timore si ritrova ad esempio nella scena in cui la protagonista vede arrivare, presso il porto ravennate, una nave con issata una bandiera gialla, a segnalare una malattia contagiosa a bordo: «È Giuliana che rompe il silenzio dicendo che bisogna andare via, subito, via via via... È come presa da un tremito, cerca il soprabito affannosamente»⁴⁹.

Altro malessere ricorrente nelle pazienti è quello provocato dai bambini, spesso dai figli stessi. Nel fascicolo D Nicolini riporta infatti:

La donna depressa può anche scontrarsi con la crudeltà inconsapevole di un figlio. Un meccanismo scatta inducendola a contrarre in sé stessa ogni possibile reazione. Teme di poter dirigere la propria reazione contro il bambino (gettarlo dalla finestra, per esempio, fargli comunque qualcosa che la ripaghi della cocente offesa, del dolore che le reca l'atteggiamento del figlio).

L'idiosincrasia verso il mondo dell'infanzia affiora anche negli appunti per la sceneggiatura in merito al rapporto tra Giuliana e il figlio Valerio.

– Ma c'è tuo figlio. Ti è lontano anche lui?
– È diverso. Mi spaventa. I bambini vogliono tutto, sono di un egoismo totale. Però sono così fragili... Quando sono piccoli succhiano sempre. Si muovono sempre, con la bocca come i bruchi e mangiano, mangiano, ti mangiano tutta. È terribile.⁵⁰

⁴⁵ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, A.

⁴⁶ AMAF, 8A/17, fasc. 36, p. 48.

⁴⁷ AMAF, 8A-17, fasc 35, p. 30.

⁴⁸ AMAF, b. 8C/7, fasc. 56, D.

⁴⁹ AMAF, 8A-17, fasc 35, p. 15

⁵⁰ AMAF, b. 8C/5, fasc. 41D.

Il deserto rosso, nel proiettare la nevrosi su un preciso contesto industriale e capitalistico, riesce a gestire brillantemente il sottile margine tra “normalità” e turbamento psichico senza ridurre a mera schizofrenica la più che credibile figura di Giuliana, eludendo così il rischio di relegarla troppo a cliché di genere. Per ottenere tale risultato, l'intensa interpretazione di Monica Vitti gioca proprio sull'imprevedibilità e sulla mutabilità della protagonista depressa, la quale alterna desideri e apatia, slanci di pura vitalità a oscure inquietudini e profondi silenzi. Con le seguenti parole l'attrice romana svela il proprio punto di vista sul lavoro condotto:

La malattia è pericolosa se si vede troppo, e può risultare inesistente se si vede troppo poco. Il problema era cogliere questo margine ambiguo fra malattia e normalità, senza creare una schizofrenica. Ognuno di noi ha una base interna di nevrosi e sembrerebbe legittimo approfittare di questa carica personale per entrare in un personaggio sul tipo di Giuliana, ma allora si rischia di sovrapporre i propri temi a quelli di una persona molto diversa, falsandone le caratteristiche...⁵¹

Nel finale, la protagonista accoglie il compromesso di vivere in un delicato equilibrio tra rassegnazione e turbamenti, iniziando ad accettare sé stessa e il seppur sordido circostante.

Quella di Nicolini al Lolli si rivelerà sì un'inchiesta preparatoria ma anche un vero e proprio apprendistato che lo porterà a ritornare sull'argomento – sulla scia dell'esperienza basagliana a Gorizia raccolta ne *L'istituzione negata* (1968)⁵² – scrivendo copioni per sceneggiati televisivi come *Dedicato a un medico* (Gianni Serra, 1974) – sul delicato problema della liberalizzazione psichiatrica dal punto di vista di un paziente – e *Il giovane dottor Freud* (Alessandro Cane, 1982).

Il lavoro di Antonioni e dei suoi collaboratori – tra paesaggio desertificato, disagio psichico e colore – ha visto dunque una vera e propria rielaborazione dei dati raccolti inserendoli e adattandoli per un contesto di finzione, all'interno del quale emergono aspetti, sfumature e attestazioni di un ospedale di riferimento per tutta l'Italia come è stato il Lolli. Oggi, il senso di porre a confronto un titolo così iconico come *Il deserto rosso* e siffatti materiali archivistici è anche quello di gettare nuova luce sul lavoro di Antonioni, sulla cura – sua e dei suoi collaboratori – nel disegnare personaggi quanto più possibile realistici. Infine, di proporre una rilettura del film in chiave contemporanea, in un periodo storico in cui – finalmente – si è forse più disposti a intraprendere un percorso di sensibilizzazione e di consapevolezza sulla salute mentale.

Bibliografia

- Ajroldi, C., et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.
- Antonioni, M., *Fare un film è per me vivere*, in «Cinema Nuovo», (1959), n. 139, pp. 108-109.
- Antonioni, M., Godard, J.-L., *La nuit, l'éclipse, l'aurore. Entretien avec Michelangelo Antonioni par Jean-Luc Godard*, in «Cahiers du cinéma», (1964), n. 160, pp. 255-256, 260-263.
- Banzola, M., *Il manicomio modello. Il caso imolese. Storia dell'ospedale psichiatrico (1804-1904)*, La Mandragora, Imola 2015.

⁵¹ F. Faldini, G. Fofi (a cura di), *L'avventurosa storia del cinema italiano raccontata dai suoi protagonisti. 1960-1969*, Feltrinelli, Milano 1981, p. 271.

⁵² F. Basaglia, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.

- Basaglia, F., *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.
- Carte da legare. Archivi della psichiatria in Italia, in <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/emilia-romagna/ospedale-psichiatrico-luigi-lolli-di-imola/la-storia?navId=&cHash=28ca457fa7b7734a143a424c71dec888> (ultima consultazione 06 novembre 2024).
- Cavina, F., *Manicomio di S. Maria della Scaletta (Osservanza) di Imola*, in <https://www.aspi.unimib.it/collections/entity/detail/410/> (ultima consultazione 24 ottobre 2024).
- Cerquetelli, G., Catalano-Nobili, C., *Il suicidio. Studio statistico e psicopatologico*, Ospedale psichiatrico consortile, Nocera Inferiore 1940.
- David, M., *La psicoanalisi nella cultura italiana*, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- Deshaies, G., *Psicologia del suicidio*, Astrolabio, Roma 1951.
- Eugenì, R., *La modernità a disagio. Michelangelo Antonioni e la cultura psichiatrica italiana tra gli anni Cinquanta e gli anni Sessanta del Novecento*, in A. Boschi, Alberto, Di Chiara, Francesco (a cura di), *Michelangelo Antonioni. Prospettive, culture, politiche, spazi*, Il Castoro, Milano 2015, pp. 49-68.
- Faldini, F., Fofi, G. (a cura di), *L'avventurosa storia del cinema italiano raccontata dai suoi protagonisti. 1960-1969*, Feltrinelli, Milano 1981.
- Galassi, N., *Dieci secoli di storia ospedaliera a Imola*, 2 voll., Editrice Galeati Imola, Imola 1989.
- Gori, G.M., *Cinetivù. Santarcangelo-Roma '35-'99*, Raffaelli, Rimini 1999.
- Guarnieri, P., *La storia della psichiatria. Un secolo di studi in Italia*, Olschki, Firenze 1991.
- Jaspers, K., *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma 1950.
- Nicolini, F., *Diario*, in M. Antonioni, *Il deserto rosso*, a cura di C. Di Carlo, Cappelli, Bologna 1964, pp. 37-84.
- Panattoni, R. (a cura di), *Parole e immagini dal manicomio. Studi e materiali dalle cartelle cliniche tra Otto e Novecento*, Bruno Mondadori, Milano 2011.
- Renzi, R. (a cura di), *Imola come Imola*, Cappelli, Bologna 1968.
- Sechehayé, M., *Diario di una schizofrenica*, Editrice universitaria, Firenze 1957.
- Tumiati, C., *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, F.lli Treves, Milano 1931.
- Venturini, E., et al., *La città proibita. Nascita e fine dell'ospedale psichiatrico di Imola (1844-1994)*, Venturini Grafiche Galeati, Imola 1994.

Follia seriale.

La rappresentazione delle patologie psichiatriche in *Mental* e *Tutto chiede salvezza*

Myriam Mereu

Inizio del trattamento: introduzione

Complessità narrativa, età dell'oro della televisione¹, *long tv*²: sono diverse le etichette sorte nell'ambito dei *Television Studies* in riferimento alla proliferazione delle serie televisive, in concomitanza con l'aumento dei canali e delle piattaforme di streaming per la fruizione dei contenuti. La «complessità narrativa» di cui parla Jason Mittell è una categoria discorsiva che include diversi parametri di classificazione, comprensione e valutazione delle serie tv; è un «nuovo modello di racconto»³ che ridefinisce le regole della narrazione seriale, tenendo conto di alcuni elementi costitutivi: la continuità della trama, la temporalità, la caratterizzazione dei personaggi, la creazione di un universo narrativo coerente. Volendo estendere il concetto di complessità ai contenuti e agli argomenti trattati nelle serie tv di ultima generazione e nei *teen dramas*, il panorama si presenta piuttosto variegato; non solo sono aumentate sensibilmente la quantità e la qualità dei prodotti pensati per un pubblico adolescente, ma una più accurata e verosimile rappresentazione delle problematiche legate all'adolescenza ha reso più appetibile la fruizione dei contenuti. Pioniera in questo senso è stata la britannica *Skins* (2007-2013), incentrata su tre gruppi di adolescenti di Bristol alle prese con problemi di varia natura: l'abuso di droghe, i disordini alimentari e le crisi d'identità, fino alla malattia mentale. In ambito statunitense, sono stati soprattutto *Euphoria* (HBO, 2019-)⁴ e *13 Reasons Why* (Netflix, 2017-2020) a fornirci un quadro ancora più complesso dell'universo degli adolescenti di oggi: dipendenza affettiva e tossicodipendenza nella prima; violenza sessuale, suicidio e abuso di droghe nella seconda. Quest'ultima, uscita in Italia col titolo *Tredici*, è una serie «vischiosa, urticante, scomoda: ti porta in un mondo banale, visto mille volte»⁵, ma soprattutto costringe il pubblico a confrontarsi con tematiche scabrose; questo spiega probabilmente il *disclaimer* iniziale in cui gli attori e le attrici si rivolgono al pubblico di adolescenti per dare loro consigli e offrire aiuto in caso di necessità. Ma i *teen dramas* possono addentrarsi in terreni anche più accidentati ed esplorare temi controversi come il femminicidio, senza perdere di vista la complessità psicologica del personaggio, il linguaggio e gli stilemi propri del genere; ne è un valido esempio la miniserie britannica *Adolescence* (Netflix, 2025), in cui il protagonista, il tredicenne Jamie Miller, è accusato di aver ucciso una coetanea.

¹ G. Rossini, *Le serie TV*, il Mulino, Bologna 2016.

² D. Cardini, *Long tv. Le serie televisive viste da vicino*, Unicopli, Milano 2017.

³ J. Mittell, *Complex TV. Teoria e tecnica dello storytelling delle serie tv*, minimum fax, Roma 2017, p. 45.

⁴ In Italia, la serie è distribuita da Sky; le prime due stagioni sono disponibili sulla piattaforma NOW.

⁵ D. Cardini, *Long tv*, cit., p. 121.

Il contesto italiano si presenta altrettanto sfaccettato sul versante delle produzioni e delle tematiche affrontate, spesso supportate da solidi *team* autoriali che si avvalgono della collaborazione di esperti. In Italia, la rivitalizzazione del *teen drama* è stata favorita dalle piattaforme di streaming: *Baby* (2018-2020), *Summertime* (2020-2022), *Zero* (2021), ma soprattutto *SKAM Italia* (2018-2024), dimostrano la capacità di Netflix di intercettare i gusti del pubblico adolescente attraverso formati che stimolano la riflessione su tematiche spesso neglette o trattate in modo stereotipato in altri contesti⁶, e in questo modo si garantisce la fidelizzazione di un pubblico transgenerazionale⁷. E proprio *SKAM Italia* si è imposto come un modello per i *teen dramas* della sua generazione, per la spontaneità del linguaggio, il realismo delle situazioni, le modalità di fruizione multicanale, e non ultimo per le tematiche trattate, dal bullismo al *revenge porn*, passando per l'anoressia, le crisi d'identità e la salute mentale – Niccolò, uno dei personaggi della seconda stagione, soffre di disturbo borderline di personalità.

A partire da questo quadro variegato, cui si aggiunge un ulteriore elemento di interesse, ossia la crescente presenza del *medical drama* nelle reti generaliste e sulle piattaforme di streaming⁸, abbiamo deciso di focalizzare la nostra attenzione su due titoli della serialità italiana contemporanea: il primo titolo è *Mental*, serie prodotta da Rai Fiction in collaborazione con Stand by me e diretta da Michele Vannucci; il secondo è *Tutto chiede salvezza*, serie creata da Francesco Bruni di cui sono disponibili due stagioni su Netflix. I motivi della nostra scelta sono molteplici e intercettano diversi livelli di lettura delle serie. Prima di tutto, le tematiche affrontate e i soggetti rappresentati, tutti adolescenti o giovani adulti; la malattia mentale è il filo rosso che unisce le due produzioni, pur nella diversità delle vicende narrate e della rappresentazione delle strutture di cura in cui sono ambientate le storie, un'altra delle caratteristiche delle serie tv italiane che trattano il tema della malattia mentale, come opportunamente notato da Chiara Checcaglini⁹.

La prima, *Mental*, è l'adattamento italiano di un format finlandese, *Sekasin*, prodotto dalla YLE, la radiotelevisione di Stato finlandese, e realizzato in collaborazione con adolescenti realmente affetti da disturbi psichiatrici; la serie è giunta alla terza stagione, per un totale di 33 episodi, mentre la versione italiana ha prodotto un'unica stagione, disponibile dal 18 dicembre 2020 su RaiPlay. La seconda, *Tutto chiede salvezza*, si è rivelata un vero e proprio caso televisivo: fin dal rilascio della prima stagione su Netflix, avvenuto nell'ottobre del 2022, la critica ha espresso giudizi molto positivi, riconoscendo alla serie di Bruni

⁶ Cardini menziona le polemiche scatenate dalla rappresentazione «superficiale [...] dal punto di vista medico» di un disturbo dello spettro autistico all'interno della serie Rai *Tutto può succedere* (cfr. *ivi*, p. 106).

⁷ L. Barra, *Dark Narratives or Sunny Stories? Appropriating Global Teen Drama in Italian Netflix Originals*, in A.D. Lotz, R. Lobato (eds.), *Streaming Video. Storytelling Across Borders*, New York University Press, New York 2023, pp. 248-263, p. 253.

⁸ Il successo del *medical drama* in Italia è motivato da diversi fattori: la sua capacità di attrazione dei pubblici più diversi; la possibilità di espandere le linee narrative e intrecciare tematiche che spaziano dal sociale al personale, amplificate dall'ambientazione ospedaliera, una sorta di «microcosm that echoes and represents the macrocosm of life itself, a contained world where life's complexities are played out in compressed form» (G. Pescatore, *Why Medical Drama? An Interdisciplinary Study of Narrative Layers and Societal Impact*, in S. Antonioni, M. Rocchi (eds.), *Investigating Medical Drama Tv Series. Approaches and Perspectives*, Media Mutations Publishing, Bologna 2023, pp. 7-17, pp. 7-8). Si veda anche G. Pescatore, M. Rocchi, *Narration in Medical Dramas. Interpretative Hypotheses and Research Perspectives*, in «La valle dell'eden», n. 34, (2020), pp. 107-115.

⁹ C. Checcaglini, *When Medical Drama Meets Teen Drama. Youth and Mental Health in Italian TV Series*, in S. Antonioni, M. Rocchi (a cura di), *Investigating Medical Drama Tv Series. Approaches and Perspectives*, Media Mutations Publishing, Bologna 2023, pp. 149-164, p. 150.

diversi meriti che vanno dall'aver superato il tabù televisivo delle malattie mentali¹⁰ all'aver eliminato i luoghi comuni sulla patologia psichiatrica¹¹. A ottobre 2024 è uscita la seconda stagione di *Tutto chiede salvezza*, e le recensioni online sono addirittura più entusiaste: «la seconda stagione è ancora più bella della prima. E ne abbiamo bisogno», scrive Lorenza Negri su «Wired»¹²; Francesca Pellegrino la considera «un secondo efficace capitolo»¹³, facendo riferimento all'origine letteraria della serie, tratta dal romanzo autobiografico di Daniele Mencarelli (Premio Strega Giovani 2020).

Perché la serialità contemporanea, in particolare il *teen drama*, si interroga sulla malattia mentale? Quest'ultima è forse uno specchio – o una metafora – della società odierna? Perché «abbiamo un'urgenza estrema»¹⁴ di una serie come *Tutto chiede salvezza*? E perché *Mental* è «un vero servizio pubblico»¹⁵? Cercheremo di rispondere a queste domande attraverso l'analisi del racconto della malattia mentale e della rappresentazione delle strutture psichiatriche che ci offrono i due casi di studio. Considerati i contesti di fruizione – le piattaforme RaiPlay e Netflix – ci concentreremo anche sulla ricezione critica delle serie.

Da vicino nessuno è normale: Mental

Nessuno vuole essere normale / cioè / alla fine preferiamo fare tutti schifo pur di provare al mondo che non siamo noiosi / no? Che siamo speciali / interessanti / sensibili / profondi / io sto bene / sto bene / è stata solo una brutta giornata / perché la verità è che siamo adolescenti con l'ascella sudata / il pianto facile e le unghie per pranzo / tipo me / me e i miei sogni stupidi tipo cantare / tipo che adesso vado a Londra e allora divento chissà chi / con i miei banali attacchi di panico senza alcun motivo / o quasi.

Inizia così, con la *voice over* di Nico, il primo episodio di *Mental*, serie prodotta da Simona Ercolani per Stand by Me, scritta da Laura Grimaldi e Pietro Seghetti e diretta da Michele Vannucci. La serie, che potremmo definire una *teen dramedy*¹⁶, racconta le storie di quattro adolescenti ricoverati in una clinica psichiatrica. Insieme a Nico, protagonista e voce narrante, conosciamo Emma, Michele e Daniel, ognuno affetto da un disturbo particolare: a Nico viene diagnosticata una forma di schizofrenia associata a gravi crisi d'ansia e allucinazioni; Emma è anoressica e autolesionista, e soffre di nomofobia, la sindrome da disconnessione¹⁷; Michele è affetto da disturbo borderline e ha problemi di tossicodipendenza; infine c'è Da-

¹⁰ A. Grasso, *Tutto chiede salvezza: la recensione di Aldo Grasso della serie tv su Netflix*, in «Io Donna», 27 novembre 2022.

¹¹ F. Fulfaro, *Tutto chiede salvezza*, di Francesco Bruni, in «Sentieri Selvaggi», 19 ottobre 2022.

¹² L. Negri, *Tutto chiede salvezza, la seconda stagione è ancora più bella della prima. E ne abbiamo bisogno*, in «Wired», 26 settembre 2024.

¹³ F. Pellegrino, *La linea di confine*, in «Fata Morgana web», 14 ottobre 2024.

¹⁴ A. Gabriele, *Tutto Chiede Salvezza 2 – Una serie di cui abbiamo un'urgenza estrema: la recensione della seconda stagione*, in «Hall of Series», 28 settembre 2024.

¹⁵ M. Manca, *Mental: la serie di RaiPlay sui disturbi mentali degli adolescenti è vero servizio pubblico*, in «Vanity Fair», 18 dicembre 2020.

¹⁶ Il termine *dramedy*, fusione di *drama* e *comedy*, è applicato ai film e alle serie che uniscono elementi del drama e della commedia.

¹⁷ Sulla nomofobia in età adolescenziale sono stati condotti diversi studi: si veda in particolare I. Ramos-Soler et al., *Nomophobia in teenagers: Digital lifestyle, social networking and smartphone abuse*, in «Communication & Society», n. 34, (2021), pp. 17-32.

niel, bipolare e convinto di essere trattenuto nella clinica senza nessun motivo. Un elemento degno di nota, che conferisce realismo e credibilità alle storie, è la consulenza scientifica della dottoressa Paola De Rose dell'Unità di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma. «Tratto da storie vere» recita il *disclaimer* posto in esergo; *Mental* è un format che arriva dalla Finlandia, paese che presenta un alto tasso di problemi di salute mentale tra i giovanissimi, con un notevole aumento durante la pandemia¹⁸. Il racconto della malattia è saldamente intrecciato al racconto dell'adolescenza, fase della vita che si caratterizza per i cambi improvvisi, i conflitti e l'insorgere di problematiche di varia natura, soprattutto legate alla sfera emotiva e affettiva. «L'adolescenza – scrive Laura Pigozzi – è l'età del ripiegamento e dell'isolamento, ma anche quella dell'improvvisa apertura, del coraggio, dello sbocciare del desiderio e dell'esplosione pulsionale»¹⁹, ed è attraverso i motivi dell'isolamento, dell'improvvisa apertura e del coraggio, ma anche del desiderio e dell'amicizia, che si snodano i percorsi di crescita e maturazione dei quattro ragazzi protagonisti della serie. La rappresentazione dell'adolescenza sul grande e sul piccolo schermo ha registrato una significativa evoluzione rispetto al passato, sviluppando un'articolata gamma di modalità discorsive sulla figura del *teenager*; il *teen drama* diventa così il terreno narrativo ideale per intercettare le angosce, le inquietudini e le patologie psichiatriche, soprattutto in seguito alla pandemia²⁰. In *Mental*, non è solo la sfera psicologica e psichiatrica dei ragazzi e delle ragazze a essere sotto osservazione: anche la dimensione del corpo si offre alla narrazione del disagio e della malattia, come nel personaggio di Emma, il cui corpo ferito, mortificato e vulnerabile è soggetto a frequenti visite e controlli di peso, fagocitato nella rete dei social per diventare oggetto di scherno e derisione fino a sfociare in un caso di *revenge porn*. La centralità del corpo nella maggior parte dei *teen drama* è spia della sensibilità degli adolescenti rispetto alla percezione di sé e della propria sfera relazionale: l'idea del corpo come «rifugio sicuro» e «metafora del linguaggio»²¹ pone l'accento sulla difficoltà di verbalizzare disturbi e paure che dall'interno si proiettano sulla dimensione corporea.

I disturbi psichici dei ragazzi non sono trattati in maniera astratta e didascalica, ma tengono conto dei singoli casi e delle problematiche di ciascuno. Nico è schizofrenica e soffre di allucinazioni; è perseguitata e bullizzata da una compagna di scuola, Valentina, che la chiama «il pesce» per via del suo carattere introverso e taciturno. Nico è anche il personaggio-guida della serie: fin dal suo ingresso nella clinica, la sua voce e il suo sguardo ci aiutano a capire come si sente e in che modo percepisce la realtà intorno a sé. Tramite i numerosi *flashback*, che fanno luce su alcuni episodi di violenza subiti dalla ragazza, il pubblico impara a familiarizzare con la sua patologia e ne comprende i meccanismi. Sia l'espedito della *voice over*, sia le analesi ci permettono di sintonizzarci con il personaggio di Nico mettendo in atto una modalità di coinvolgimento emotivo che Murray Smith chiama *allineamento*²²: noi seguiamo la vicenda di Nico tramite l'affiancamento e ne sentiamo gli stati d'animo, le paure e i pensieri tramite l'accesso. La prima di queste due modalità di allineamento, l'affiancamento, riguarda anche gli altri tre personaggi della serie, con un focus su Emma e Michele. Proprio i perso-

¹⁸ Cfr. O. Kiviruusu *et al.*, *Mental health after the COVID-19 pandemic among Finnish youth: A repeated, cross-sectional, population-based study*, in «The Lancet Psychiatry», 11 (2024), n. 6, pp. 451-460.

¹⁹ L. Pigozzi, *Adolescenza zero*, nottetempo, Milano 2019 (ed. Kindle).

²⁰ Gli esperti parlano di «una vera emergenza» che colpisce oltre 2 milioni di minorenni; cfr. S. Zoli, *Peggiora la salute mentale di bambini e adolescenti*, in «Fondazione Veronesi magazine», 10 ottobre 2023.

²¹ S. Ditaranto, *Corpi da liberare, salvare e far librare*, in «Link. Idee per la tv», 26 febbraio 2024.

²² M. Smith, *Engaging Characters. Fiction, Emotion, and the Cinema*, (2nd edition), Oxford University Press, Oxford 2022.

naggi, con il loro vissuto di traumi e delusioni, conferiscono un alto gradiente di complessità e realismo alla serie; il pubblico si affeziona ai personaggi di *Mental* perché, per esplicita volontà del regista, si voleva fare di loro delle persone e non delle patologie da manuale. Al regista, infatti, interessava trattare il disturbo mentale discostandosi dalla narrazione stereotipata della clinica psichiatrica come istituzione totale, ghettizzante e opprimente: «Non c'è mai stata la voglia di imitare una patologia né di giudicare un personaggio partendo da una malattia; c'è stato sempre uno sguardo dal basso, per evitare di imitare la pazzia»²³.

La rappresentazione delle malattie mentali nella serie può inoltre assolvere una funzione educativa e agire da «spazio per la trasmissione, la formazione e la prevenzione di clichés e stigmatizzazione, se applicata correttamente»²⁴. La serie mira, dunque, a «sensibilizzare i più giovani cercando di abbattere lo stigma del disturbo mentale tra gli adolescenti, spesso minimizzato e ridotto a una semplice fase transitoria legata all'età»²⁵. Le famiglie sono assenti o incluse nel racconto solo in alcuni momenti di ricordo e incontro con il personale medico – specialmente nel caso di Emma –, ma in generale i ragazzi e le ragazze sono lasciati soli alle prese con le loro angosce e con le regole della clinica, più volte infrante: non sono ammessi cellulari personali, ma Emma ne nasconde uno nella testiera del letto; i pazienti devono attenersi rigidamente alle terapie, e puntualmente Nico sputa le pastiglie che le vengono date; l'unico canale con il mondo esterno è un telefono fisso che viene presidiato da Mirko, uno degli infermieri della clinica. Nel corso degli otto episodi della serie, i cui titoli rimandano a film e canzoni, entriamo in contatto con un microcosmo di esperienze, situazioni e sintomatologie che ci consentono di familiarizzare con le patologie e la terminologia medica: *Clonazepam; bolo farmacologico; una specie di cortocircuito del cervello; crisi allucinatorie; latente depressione*. Inoltre, tramite la riproduzione delle schermate di cellulari e computer, conosciamo le ricerche che i ragazzi effettuano su Google, come quando Michele cerca i modi per risultare negativo al test antidroga, leggiamo i messaggi che si scambiano sui social (Instagram *in primis*) e visualizziamo le loro ossessioni sotto forma di quiz a risposta multipla.

Data la missione educativa di *Mental*, la sua uscita è stata sostenuta da una campagna social promozionale attraverso gli hashtag #davicinonessunoènormale – da una frase di Franco Basaglia –, #fuoridime – titolo della canzone di Coez, inserita nella colonna sonora della serie –, #èoknonessereok e #mental.

Fuori e dentro di sé: Tutto chiede salvezza

Daniele ha vent'anni e una domenica mattina, dopo una serata in discoteca a base di alcol e droghe, si risveglia nella stanza di un ospedale psichiatrico; è stato sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio (TSO) dopo aver aggredito fisicamente e verbalmente i suoi genitori. Sono i primissimi minuti del primo episodio di *Tutto chiede salvezza*, la serie tv Netflix tratta dal romanzo autobiografico di Daniele Mencarelli, che Stefano Redaelli ascrive alla modalità autobiografica di racconto *dalla malattia psichiatrica*²⁶. Tre sono gli elementi costi-

²³ E. Sciamanna, *Mental*, Michele Vannucci: «Prima che patologie siamo persone», in «Movieplayer.it», 18 dicembre 2020.

²⁴ M. Lopera-Mármol, I. Pintor Iranzo, *The representation of neurological and mental disorders in TV series: Complexity, transmission, and educational models*, in «Sociétés», 2 (2022), n. 156, pp. 95-106, p. 97, traduzione nostra.

²⁵ M. Manca, *Mental*, cit.

²⁶ S. Redaelli, *Psicopatografie. Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*, Peter Lang, Bruxelles 2023, p. 21.

tutivi della serie: lo spazio chiuso dell'ospedale (universo narrativo), l'incontro con gli altri degenti (personaggi) e il percorso di maturazione che si trova ad affrontare Daniele durante la settimana del TSO (eventi e tempo). L'unione di questi elementi, centrali nella serialità complessa, contribuisce a dare solidità e visibilità al tema delle patologie psichiatriche e del loro trattamento, come è stato rilevato anche dalla critica: «*Tutto chiede salvezza* ha avuto il pregio di fare del benessere psicologico e dei disturbi mentali temi necessari di cui parlare, presentandoli alla vastissima streaming community di Netflix e portandoli dentro le case degli spettatori»²⁷. E ancora:

Bruni ha capito che nel dramma umano di *Tutto chiede salvezza* non c'è solo una parabola di formazione incredibile per la capacità di rendere collettiva una storia così personale nel suo essere borderline, ma anche un microcosmo spesso raccontato restando sulla superficie, ora patetica (come si affronta il disagio mentale con compassione ma senza compatimento?) ora funzionale ad altri generi (medici e infermieri, qui visti attraverso la lente del degente e non viceversa).²⁸

Ma vediamo in che modo il regista e gli sceneggiatori hanno lavorato per mettere in scena il disagio mentale di Daniele e i disturbi dei suoi compagni di stanza, e quali strategie discorsive sono state messe in atto per rappresentare le dinamiche relazionali tra i pazienti e gli psichiatri dell'ospedale Villa San Francesco. Fin dal primo episodio, il pubblico fa la conoscenza dei due psichiatri del reparto: il dottor Mancino appare da subito più cinico e distaccato; è lui che comunica a Daniele la decisione e la durata del TSO, gli spiega il significato di SPDC, "Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura", e le regole del reparto, mentre la dottoressa Cimaroli – che nel romanzo è un uomo – incarna il modello della psichiatra disposta all'ascolto, empatica e comprensiva. Durante la seduta, Cimaroli rassicura Daniele e pratica con lui il dialogo terapeutico che lo aiuta a fare luce su quanto successo prima del suo ricovero; lo sprona inoltre a coltivare la scrittura poetica come forma di cura e percorso di autoconsapevolezza. La «psichiatria punitiva e persecutoria»²⁹ che troviamo in alcuni titoli del passato, come ad esempio *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (Miloš Forman, 1975) non appartiene agli schemi narrativi e rappresentativi delle produzioni cinematografiche e televisive contemporanee. La figura dello psichiatra, incontrata anche in *Mental*, fa da ponte tra la malattia e il bisogno del pubblico di analizzarla e comprenderla; riprendendo la tripartizione proposta da Redaelli³⁰, è possibile rintracciare nelle due serie le tre storie della patografia: la prima è la storia affidata al personale medico che riconduce i tratti della malattia alla cornice del *disease*; sono infatti Mancino e Cimaroli a dare un nome al disturbo di Daniele, e il loro racconto serve sia a colmare i vuoti di memoria del ragazzo, sia a fornire al pubblico le informazioni sui sintomi delle patologie e sulle terapie da seguire. Il racconto della *sickness* spetta invece al personale sanitario e alla famiglia di Daniele, che non sopporta l'idea che il ragazzo sia ricoverato in una clinica psichiatrica. *Matto e pazzo* sono termini ricorrenti in *Mental* e in *Tutto chiede salvezza*, pronunciati sia dai pazienti, sia dalle persone che gravitano intorno alle cliniche, infermieri e familiari; i personaggi delle

²⁷ Redazione (a cura di), *Tutto chiede salvezza*: la serie TV Netflix vista con le terapeute Unobravo, in «Unobravo.com», 9 novembre 2022.

²⁸ L. Ciofani, *Tutto chiede salvezza*, in «Cinematografo», 17 novembre 2022.

²⁹ L. Pavan, *La psichiatria attraverso il cinema*, in M. De Mari, E. Marchiori, L. Pavan (a cura di), *La mente altrove. Cinema e sofferenza mentale*, Franco Angeli, Milano 2006, p. 20.

³⁰ S. Redaelli, *Psicopatografie*, cit., p. 26.

due serie sono considerati *sick* dalla società cosiddetta normale, e quindi potenzialmente pericolosi, violenti o addirittura contagiosi – «nessun altro vuole essere contagiato», dice Nico nel settimo episodio di *Mental*. Infine, c'è la storia personale (*illness*), resa attraverso il punto di vista e la voce di Daniele: la *voice over* è un dispositivo (auto)narrativo che nel caso della psicopatografia seriale ci permette di immergerci nel malessere più profondo del paziente e intercettarne il desiderio di fuga – «io non c'entro niente con sto posto / qua ce stanno i matti veri / io qua non ce rimango», urla Daniele durante l'incontro con Mancino.

Daniele, invece, è obbligato a rimanere nella clinica, ed è Gianluca, ragazzo omosessuale affetto da disturbo bipolare, a fare gli onori di casa: gli presenta Mario, maestro in pensione ossessionato da incubi notturni; Madonnina, piromane, chiamato così per via della sua devozione alla Madonna; Alessandro, costretto a letto in uno stato vegetativo; e infine Giorgio, tormentato dal ricordo della madre. Al di là della porta, ci sta il reparto femminile, «i cattivi», come lo chiama l'infermiere Pino, sicuramente il personaggio che conferisce una nota più leggera e scherzosa alla serie, in virtù del suo *sense of humour* cinico e grottesco: «una mela al giorno leva lo psichiatra di giorno», dice a proposito di Mario che si ciba solo di mele cotte; «è ar quarto TSO / ar quinto je regalano un viaggio alle Seychelles», chiosa parlando di Giorgio. La presenza del reparto femminile introduce il personaggio di Nina, assente nel romanzo di Mencarelli, e la relativa linea narrativa che si interseca alla vicenda di Daniele e che sarà ulteriormente sviluppata nella seconda stagione. Quest'ultima, rispetto alla prima, si caratterizza per un maggior approfondimento delle dinamiche familiari e un costante attraversamento di quella «linea di confine»³¹ tra l'esterno e l'interno della struttura di cura, tra l'aspirazione a una vita normale e la forma di depressione maggiore che viene diagnosticata a Daniele alla fine del TSO.

Ci sono altri motivi che, accennati nella prima stagione, sono articolati in maniera più compiuta nella seconda: la fragilità di Nina camuffata da una corazza di insensibilità ed egocentrismo; il ruolo della famiglia di Daniele nell'accudimento della piccola Maria, la bambina nata dalla relazione con Nina; l'identità di genere e il desiderio di annullamento che coabitano nel personaggio di Matilde (interpretato da Drusilla Foer), facendo di lei un individuo profondamente sofferente e rancoroso. Assistiamo, inoltre, a una progressiva messa a fuoco delle vite degli altri pazienti: da Armando, ricoverato perché non ha un posto dove stare, a Rashid, lo straniero diviso tra due Paesi (Italia e Algeria) e tre lingue (italiano, francese e arabo), che rifiuta l'aiuto e il dialogo con Daniele imponendo un rapporto basato sulle minacce e il ricatto. La permanenza all'interno dell'ospedale innesca nei pazienti un processo di presa di coscienza della propria condizione patologica e li spinge a intraprendere un cammino di redenzione che giunge a compimento solo all'esterno della struttura di cura. Sebbene non manchino incongruenze associate alle patologie di alcuni pazienti, della serie si apprezza lo sforzo di aver restituito profondità psicologica ai personaggi per mezzo di *backstories* convincenti. Siamo disposti a sospendere l'incredulità quando Daniele sale sul tetto o Madonnina dà fuoco al ripostiglio, in quanto sono comportamenti in linea con i disturbi di ciascuno; Bruni ha sacrificato la credibilità e la verosimiglianza clinica in nome della messa in scena, ma così facendo è stato in grado di normalizzare la malattia mentale attraverso il formato seriale che si sta dimostrando una delle principali fonti di informazione riguardo i disturbi mentali e neurologici³².

³¹ F. Pellegrino, *La linea di confine*, cit.

³² M. Lopera-Mármol, I. Pintor Iranzo, *The representation...*, cit., p. 98.

Quasi fuori. Conclusioni

Alla luce dell'analisi condotta finora, possiamo fare alcune considerazioni sulla complessità dell'odierno scenario televisivo, caratterizzato dall'alta disponibilità di contenuti seriali sulle piattaforme di streaming, dalla capillarità dei temi trattati e dall'ibridazione dei generi (*teen drama*, *medical drama*, *dramedy*, ecc.); le serie tv rivolte al pubblico adolescente assolvono una duplice funzione: da una parte, rappresentano un'opportunità di svago e insieme di identificazione nei personaggi e nelle storie raccontate; dall'altra, hanno il compito di educare il pubblico fornendo una rappresentazione verosimile, accurata ed empatica³³ delle problematiche spesso attribuite all'adolescenza, compresa la malattia mentale. *Mental* e *Tutto chiede salvezza* si uniscono alla nutrita schiera di *medical (teen) drama* che rifuggono dalla narrazione stereotipata e appena abbozzata delle psicopatologie, veicolando al contempo una nuova consapevolezza della e sulla figura del paziente psichiatrico. Entrambe le serie sono ambientate in luoghi chiusi e controllati, e l'attenzione è focalizzata sulle dinamiche che si instaurano tra i pazienti e il personale medico all'interno delle strutture di cura. Il *leit-motiv* della fuga, latente in *Tutto chiede salvezza* e messo in atto dai quattro adolescenti alla fine di *Mental*, è metafora del bisogno di evasione dei personaggi dal proprio malessere e dal confinamento dei propri corpi. Come scrive Redaelli a proposito di *Tutto chiede salvezza*,

[L]o spazio costretto dell'ospedale psichiatrico, l'obbligo al ricovero, la convivenza forzata con altri cinque pazienti, portano il protagonista a compiere un movimento dall'interno verso l'esterno non dello spazio fisico (da cui vorrebbe fuggire), ma di quello interiore, che potremmo definire un'azione di *desecretazione* della malattia o, meglio, della sua "sindrome di salvezza".³⁴

Diversi sono i meriti che possiamo riconoscere alle due serie: in primo luogo, la "normalizzazione" della malattia mentale attraverso il racconto seriale contribuisce a eliminare o perlomeno a ridurre lo stigma associato ai disturbi; in secondo luogo, il fatto che la tematica psichiatrica incontri le problematiche adolescenziali fa sì che i più giovani comprendano l'importanza delle malattie mentali e la necessità di condividere eventuali disagi o difficoltà con persone competenti; infine, il successo di *Tutto chiede salvezza* è stato certamente favorito dal contesto di distribuzione e fruizione (Netflix) e dalla presenza di Federico Cesari, volto già noto al pubblico di un altro popolare *teen drama*, *SKAM Italia*. Un'indagine condotta sull'audience *teen* di *Tutto chiede salvezza* ha messo in luce che la serie è «percepita come una vera e propria contronarrazione, che si concentra sul percorso di cura e crescita di un ragazzo affetto da un disturbo [...], senza criminalizzazioni e spettacolarizzazioni»³⁵. In conclusione, i due casi di studio hanno riportato l'attenzione sulla malattia mentale con un linguaggio diretto ed efficace, e hanno stimolato la riflessione «sul ruolo delle industrie dell'intrattenimento rispetto alla sensibilizzazione e alla promozione di una cultura della cura psichiatrica e, in senso più ampio, sociale»³⁶.

³³ C. Checcaglini, *When Medical Drama Meets Teen Drama*, cit., p. 160.

³⁴ S. Redaelli, *Psicopatografie*, cit., p. 66.

³⁵ R. Andò, L. Campagna, F. Gorziglia, *Tutto chiede salvezza e cura. Comprendere la salute mentale attraverso una serie TV*, in «Mediascapes Journal», n. 24, (2024), pp. 175-188, p. 182.

³⁶ *Ivi*, p. 185.

Bibliografia

- Andò, R., Campagna, L., Gorziglia, F., *Tutto chiede salvezza e cura. Comprendere la salute mentale attraverso una serie TV*, in «Mediascapes Journal», 24, (2024), pp. 175-188.
- Barra, L., *Dark Narratives or Sunny Stories? Appropriating Global Teen Drama in Italian Netflix Originals*, in A.D. Lotz, R. Lobato (eds.), *Streaming Video. Storytelling Across Borders*, New York University Press, New York 2023, pp. 248-263.
- Cardini, D., *Long tv. Le serie televisive viste da vicino*, Edizioni Unicopli, Milano 2017.
- Checcaglini, C., *When Medical Drama Meets Teen Drama. Youth and Mental Health in Italian TV Series*, in S. Antonioni, M. Rocchi (eds.), *Investigating Medical Drama Tv Series. Approaches and Perspectives*, Media Mutations Publishing, Bologna 2023, pp. 149-164.
- Ciofani, L., *Tutto chiede salvezza*, in «Cinematografo», 17 novembre 2022.
- Ditaranto, S., *Corpi da liberare, salvare e far librare*, in «Link. Idee per la tv», 26 febbraio 2024.
- Fulfaro, F., *Tutto chiede salvezza*, di Francesco Bruni, in «Sentieri Selvaggi», 19 ottobre 2022.
- Gabriele, A., *Tutto Chiede Salvezza 2 – Una serie di cui abbiamo un’urgenza estrema: la recensione della seconda stagione*, in «Hall of Series», 28 settembre 2024.
- Grasso, A., *Tutto chiede salvezza: la recensione di Aldo Grasso della serie tv su Netflix*, in «Io Donna», 27 novembre 2022.
- Kivuruusu, O., et al., *Mental health after the COVID-19 pandemic among Finnish youth: A repeated, cross-sectional, population-based study*, in «The Lancet Psychiatry», 11, 6 (2024), pp. 451-460.
- Lopera Mármol, M., Pintor Iranzo, I., *The representation of neurological and mental disorders in TV series: Complexity, transmission, and educational models*, in «Sociétés», 2, 156 (2022), pp. 95-106.
- Manca, M., *Mental: la serie di RaiPlay sui disturbi mentali degli adolescenti è vero servizio pubblico*, in «Vanity Fair», 18 dicembre 2020.
- Mittell, J., *Complex TV. Teoria e tecnica dello storytelling delle serie tv*, minimum fax, Roma 2017.
- Negri, L., *Tutto chiede salvezza, la seconda stagione è ancora più bella della prima. E ne abbiamo bisogno*, in «Wired», 26 settembre 2024.
- Pavan, L., *La psichiatria attraverso il cinema*, in M. De Mari, E. Marchiori, L. Pavan (a cura di), *La mente altrove. Cinema e sofferenza mentale*, Franco Angeli, Milano 2006.
- Pescatore, G., *Why Medical Drama? An Interdisciplinary Study of Narrative Layers and Societal Impact*, in S. Antonioni, M. Rocchi (eds.), *Investigating Medical Drama Tv Series. Approaches and Perspectives*, Media Mutations Publishing, Bologna 2023, pp. 7-17.
- Pellegrino, F., *La linea di confine*, in «Fata Morgana web», 14 ottobre 2024.
- Pescatore, G., Rocchi, M., *Narration in Medical Dramas. Interpretative Hypotheses and Research Perspectives*, in «La valle dell’eden», n. 34, (2020), pp. 107-115.
- Pigozzi, L., *Adolescenza zero*, notteteipo, Milano 2019.
- Ramos-Soler, I., et al., *Nomophobia in teenagers: Digital lifestyle, social networking and smartphone abuse*, in «Communication & Society», n. 34, (2021), pp. 17-32.
- Redaelli, S., *Psicopatografie. Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*, Peter Lang, Bruxelles 2023.
- Redazione (a cura di), *Tutto chiede salvezza: la serie TV Netflix vista con le terapeute Unobravo*, in «Unobravo.com», 9 novembre 2022.
- Rossini, G., *Le serie TV*, il Mulino, Bologna 2016.

Sciamanna, E., *Mental*, Michele Vannucci: “Prima che patologie siamo persone”, in «Movieplayer.it», 18 dicembre 2020.

Smith, M., *Engaging Characters. Fiction, Emotion, and the Cinema*, Oxford University Press, Oxford 2022.

Zoli, S., *Peggiora la salute mentale di bambini e adolescenti*, in «Fondazione Veronesi magazine», 10 ottobre 2023.

Alda Merini e *La Terra Santa* del manicomio: geografia dell'inaccessibilità e traslazione poetica

Mara Sabia

«Meditazioni liriche sulla sconvolgente esperienza manicomiale»¹: così Maria Corti definì le poesie che Alda Merini scrisse una volta lasciate definitivamente le mura dell'ospedale psichiatrico Paolo Pini dove era stata internata, per periodi alterni, dal 1965 al 1978.

Tornata, in condizioni di estrema solitudine e indigenza, nella sua casa sui Navigli, Merini rielabora in numerose poesie l'esperienza dell'internamento. Tra questi testi Maria Corti selezionerà i componimenti che andranno a costituire la raccolta *La Terra Santa*², vera rivoluzione nella produzione poetica meriniana, in cui l'orfismo degli esordi è superato da una traslazione poetica del vissuto in manicomio, attraverso un sistema metaforico altamente significativo.

Nell'introduzione alla raccolta meriniana *Fiore di poesia*³ la filologa così spiega le motivazioni della sua stringente selezione:

ci si chiederà: perché i quaranta testi e non il possibile centinaio di liriche presenti nei dattiloscritti? Va precisato che per anni Alda Merini si era abituata, su consiglio dei medici, a scrivere di getto, spesso a scopo liberatorio; nacquero così, a fianco ai testi poetici di grande valore, altri di carattere comunicativo. Di qui l'utilità di un lavoro di selezione che isoli le perle e i brillanti e dia loro la possibilità di splendere. Comunque, il materiale lasciato inedito è a disposizione degli studiosi nel Fondo Manoscritti di Autori Moderni e Contemporanei dell'Università di Pavia.⁴

Durante lo scavo d'archivio effettuato presso il Fondo Alda Merini conservato al Centro Manoscritti dell'Università di Pavia ho tentato di individuare i testi che costituivano il dattiloscritto originario de *La Terra Santa*. Le mie ricerche sono partite da un'unità archivistica descritta come «raccolta di poesie di Alda Merini intitolata La terra promessa»⁵; nella nota della descrizione al fascicolo si legge: «il libro è stato pubblicato nel 1984 da Scheiwiller con il titolo “La terra Santa”»⁶. La cartella, però non contiene, come si potrebbe immaginare, le

¹ M. Corti, *Introduzione*, in A. Merini, *Fiore di poesia (1951-1997)*, a cura di M. Corti, Einaudi, Torino 1998, p. XI.

² A. Merini, *La Terra Santa*, nota introduttiva di M. Corti, All'insegna del pesce d'oro, Milano 1984; collana «acquario», n. 128, stampata in 1000 copie numerate. Si precisa che il colophon del volume riporta la dicitura: «finito di stampare il 20 febbraio 1983», ma copertina e frontespizio riportano la data del 1984.

³ A. Merini, *Fiore di poesia*, cit.

⁴ M. Corti, *Introduzione*, cit., p. XII.

⁵ Cfr. unità archivistica con collocazione MER-03-009 conservata presso il Fondo Alda Merini, Centro Manoscritti dell'Università di Pavia.

⁶ Cfr. descrizione delle unità archivistiche componenti il Fondo Merini disponibile al link https://lombardiarchivi.servizirl.it/groups/UniPV_CentroManoscritti/fonds/117483/units/1407365 verificato in data 06/04/2025.

carte preparatorie dell'opera, bensì solo quattordici fogli dattiloscritti, datati 1984, comprendenti dodici carte con varie versioni della lirica *La Terra Santa* pubblicata in volume, una poesia anch'essa di tematica manicomiale intitolata «*I guerrieri di Gerico*» e un ulteriore componimento intitolato «*Terra Santa (parte seconda)*». L'ultima carta conservata, scritta a mano dall'autrice, riporta la dicitura «Titolo del libro La terra promessa» seguito dalla sigla «A. M.».

Ho perciò tentato di rintracciare le poesie de *La Terra Santa*, tra quelle conservate nel fondo pavese attraverso il confronto degli *incipit* e gli *explicit* delle poesie pubblicate in volume, sperando così di poter individuare una cartella contenente i componimenti esclusi dalla raccolta definitiva, ma su quaranta poesie pubblicate in raccolta, i dattiloscritti di sole tredici poesie risultano conservate e non raggruppate, bensì sono catalogate in varie cartelle, insieme a un numero considerevole di altre poesie redatte in un arco di tempo molto ampio.

Oltre a *La Terra Santa*, Corti curò altre due importanti raccolte meriniane, assemblando poesie conservate nel Fondo Merini. In particolare nella raccolta *Vuoto d'amore*⁷ del 1991 furono inserite diverse poesie, coeve a quelle de *La Terra Santa*, nella sezione *Il volume del canto*, come precisa la stessa curatrice nella prefazione⁸. Pertanto l'ipotesi più probabile è che molte poesie contenute nel corposo dattiloscritto preparatorio della silloge del 1984, non entrate poi in volume, siano state successivamente riprese e pubblicate in altre raccolte anche in anni successivi, perdendo l'organizzazione originaria in un unico dattiloscritto. Ergo il dattiloscritto originario, come speravo di trovarlo, di fatto non esiste, ma è diventato il serbatoio per altre raccolte pubblicate in seguito, mentre una parte minore è rimasta, molto probabilmente, inedita e ricollocata in diverse cartelle dell'archivio pavese.

La peculiarità della raccolta curata da Corti è la sua coerenza, tanto evidente da renderla vicina a un poema, sostiene Remo Pagnanelli che sottolinea: «l'impalcatura compattante narrativa e ritmica de *La Terra Santa* depone per un progetto logico e strutturato sul genere coesivo del poema, rotto (fa notare la Corti) dall'iterazione di temi e dal prevalere delle metafore (ma non mancano più semplici allegorie e chiare analogie)»⁹.

Il manicomio rappresentato ne *La Terra Santa* è luogo di una sinistra investitura che concede agli internati l'accesso a una conoscenza altra, impossibile a quanti non varcano le mura manicomiali.

Nei versi di Merini le alte mura, più volte evocate, sono l'emblema della separazione dei ricoverati dal resto del mondo, ma è il territorio doloroso e straniante del manicomio che contribuisce alla formazione del particolare lirismo caratterizzante la produzione post manicomiale della poetessa, per la quale l'esperienza dell'internamento diventa un valore aggiunto nell'esistenza, fornendole una prospettiva tragica eppure nuova, inedita e densa di significato. Il manicomio per Merini è «una grande cassa di risonanza»¹⁰ del vissuto, così come «anche la malattia è matrice di vita»¹¹.

Maria Corti nell'introduzione alla raccolta *Vuoto d'amore* spiega come i testi chiave per commentare le poesie de *La Terra Santa* siano contenuti nelle prose meriniane *L'altra verità. Diario di una diversa* e *Delirio Amoroso*¹², infatti il significato della metafora¹³ che dà titolo

⁷ A. Merini, *Vuoto d'amore*, a cura di M. Corti, Einaudi, Torino 1991.

⁸ Cfr. M. Corti, *Introduzione*, cit., p. VIII.

⁹ R. Pagnanelli, *Studi critici. Poesia e poeti italiani del secondo Novecento*, a cura di D. Marcheschi, Mursia, Milano 1991, pp. 163-164.

¹⁰ Cfr. A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 92.

¹¹ Cfr. *ivi*, p. 115, vv. 14.

¹² Cfr. M. Corti, *Introduzione*, cit., p. VIII.

¹³ Fin dal titolo dell'opera è dichiarato il complesso sistema metaforico che la caratterizza. *La Terra Santa* pro-

alla silloge lo troviamo chiarito nelle pagine della prima delle due opere:

e, purtroppo, quella, io l'ho chiamata Terra Santa proprio perché non vi si commetteva peccato alcuno, proprio perché era il paradiso promesso dove la mente malata non accusava alcun colpo, dove non soffriva più, o dove il martirio diventava tanto alto da rasentare l'estasi. Sì, la Terra Santa. [...] Dio!, quanto spasimare sotto gli effetti dei serenase, dei largactil, farmaci potentissimi, che ti invischiano il corpo e l'anima. E le strozzature dello spirito erano orrende, e la carneficina del tuo cuore era esecranda. Ma fu ugualmente la Terra Santa perché ci portò la visione di un io disincarnato, un io che lasciò laggiù le sue ossa, in quella palude secca e selvaggia che si chiama manicomio.¹⁴

Per descrivere la «Terra Santa» manicomiale, Merini mutua alcune categorie del sacro rappresentando di fatto la caduta del senso salvifico della religione, poiché il manicomio stesso «è tempio di una aberrante religione»¹⁵ in quanto «lì dentro ci si scordava della religione e di tutto ciò che concerne l'idea del Signore»¹⁶. Ecco allora la necessità di creare una nuova e ideale biblica patria che possa ospitare profeti, santi, mistici e addirittura il Messia.

Il campo semantico manicomiale si specchia e sovrappone a quello veterotestamentario, comprendendo anche la folla dei suoi abitanti: «così il popolo dei folli di Affori, con le mani aggrappate alle sbarre, si configura specularmente al popolo “prediletto da Dio”. Donde appunto la sovrapposizione Terra promessa-Manicomio»¹⁷.

Nei versi de *La Terra Santa* Merini dà vita alla rappresentazione di uno spazio completamente simbolico e spirituale in cui si realizza la fuga dalla realtà oscena dell'ospedale psichiatrico a favore della conquista di uno spazio mentale a partire dal quale realizzerà tutto l'impianto narrativo dell'opera. Tale fuga avviene grazie a un processo di «traslazione» o «trasmigrazione» verso una dimensione altra, che così viene descritta: «eppure mentre mi trasmigro/ nasce profonda la luce/ e nella solitudine arborea/ volgo una triade di Dei»¹⁸ e ancora: «laggiù, nel manicomio/ facile era traslare/ toccare il paradiso»¹⁹. Significativo, mette in luce Elena Paroli, è che «il contatto con paradiso avvenga all'interno di una condizione di alienazione e sofferenza come quella del manicomio»²⁰.

Più che una grande metafora del manicomio, *La Terra Santa* è un sistema di metafore iterate che la poetessa utilizza per dare voce alla complessità della propria esperienza at-

tabilmente costituisce l'esempio più alto della predilezione per la metafora, caratteristica costitutiva della poesia meriniana che nasce dalla necessità di trovare parole adeguate a descrivere un'esperienza, quella dell'internamento e della malattia mentale, altrimenti impossibile da esprimere. Nelle poesie de *La Terra Santa* la metafora non è semplice figura retorica, ma assolve all'originaria funzione di mediazione tra il mondo reale e quello visionario. Cfr. G. Stanghellini, *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 89: «La metafora può nascere dal dissolversi della percezione del mondo che si verifica allorché le categorie del linguaggio quotidiano sono inadeguate a corrispondere al contenuto dell'esperienza percettiva; e può originare, a sua volta, una lettura rivelatrice e visionaria di un oggetto del mondo che essa suscita unitamente all'epochè delle parole abituali».

¹⁴ A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, introduzione di G. Manganelli (III ed.), Libri Scheiwiller, Milano 1993, p. 89.

¹⁵ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 112.

¹⁶ *Ivi*, p. 89.

¹⁷ Cfr. M. Corti, *Follia e poesia*, in «Il Cavallo di Troia», 4, (1982-1983), pp. 79-80.

¹⁸ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 95, vv. 8-11.

¹⁹ *Ivi*, p. 111, vv. 13-15.

²⁰ E. Paroli, «Allineando tutte le sue ombre». *Il misticismo come forma dell'incompletezza identitaria nella poesia di Alda Merini*, in F. Pisanelli (a cura di), «Le più belle poesie si scrivono sopra le pietre». *Contributi critici sull'opera di Alda Merini*, Aracne, Roma 2021, pp. 79-90, p. 87.

traverso la «specularità-sovrapposizione»²¹ tra manicomio e Terra Santa, fornendo così un accesso alla comprensione dell'alterità. Come afferma Franca Pellegrini: «Merini dapprima delimita con la forza di un linguaggio vibrante lo spazio fisico del manicomio e poi fornisce una sorta di chiave di ingresso nella prigione della mente all'interno delle sue folli mura»²². Così l'esperienza dell'internamento permette di svelare una realtà altra, lontanissima dalla vita che esiste all'esterno del manicomio, territorio in cui vigono leggi sconosciute al mondo dei sani, tanto che la poetessa lo paragona al «monte Sinai»²³, luogo in cui l'internato/profeta riceve le tavole di una legge che resta ignota a chi non è pervaso dalla follia²⁴.

I compagni d'internamento sono raffigurati come figure mistiche: profeti, martiri, angeli²⁵, santi: un «branco d'asceti»²⁶ in attesa di un'impossibile redenzione. Presentano caratteristiche che li avvicinano più al divino che all'umano. Tra la folla dei malati di mente può scorgersi addirittura il Messia, la poetessa stessa può identificarsi in Cristo²⁷ o in un profeta pervaso dalla «divina follia»²⁸. Sebbene reclusa in manicomio Alda Merini non rinuncia al suo ruolo di poeta, anzi attribuisce a se stessa un valore aggiunto che la rende detentrica di una sapienza inaccessibile agli altri esseri umani e come tale degna di essere ascoltata. Sembra valere anche per Merini l'ossimorica l'affermazione di Foucault: «il folle nella sua innocente grullaggine, possiede questo sapere così inaccessibile e così temibile»²⁹.

Nella lirica *Le più belle poesie* assistiamo a un sopravvento sulla sofferenza in cui la poetessa assume una posizione dominante anche rispetto al manicomio, alla follia stessa, a Dio, all'umanità a cui lei, l'emarginata, la diversa, detta versi:

le più belle poesie/ si scrivono sopra le pietre/ coi ginocchi piagati/ e le menti aguzzate
dal mistero. / Le più belle poesie si scrivono/ davanti a un altare vuoto, / accerchiati da
agenti/ della divina follia. / Così, pazzo criminale qual sei/ tu detti i versi all'umanità, /
i versi della riscossa/ e le bibliche profezie.³⁰

L'espressione «divina follia» (v. 8) qui utilizzata è di chiara derivazione platonica, esplicitata in particolare nei dialoghi *Ione* e *Fedro* e in parte nel *Timeo*³¹, in cui si afferma che il poeta componga per divina ispirazione³² ovvero la «divina mania», «l'invasamento che proviene dalle muse»³³.

²¹ R. Pagnanelli, *Studi critici*, cit., p. 164.

²² Cfr. F. Pellegrini, *La tempesta originale. La vita di Alda Merini in poesia*, Franco Cesati, Firenze 2008, p. 127.

²³ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 92, v. 4.

²⁴ «Il manicomio è il monte Sinai, / maledetto, su cui tu ricevi/ le tavole di una legge/ agli uomini sconosciuta». Cfr. *ivi*, vv. 4-7.

²⁵ Cfr. *ivi*, p. 103, v. 27.

²⁶ *Ivi*, p. 116, v. 13.

²⁷ Cfr. *ivi*, p. 116, v. 28.

²⁸ *Ivi*, p. 104, v. 8.

²⁹ M. Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, [1961], trad. it. di F. Ferrucci, *Storia della follia*, a cura prefazione e appendici tradotte da E. Renzi e V. Vezzoli, Rizzoli, Milano 1980, p. 26.

³⁰ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 104, vv. 1-12.

³¹ Cfr. Platone, *Timeo*, 71 E.

³² *Ione* 534 A-B, in Platone, *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2000, p. 1027: «I poeti ci dicono che attingono i loro canti da fonti che versano miele e da giardini e da boschetti che sono sacri alle Muse, e che a noi li portano come fanno le api, anch'essi volando come le api. E dicono il vero! Infatti, cosa lieve, alata e sacra è il poeta, ed è incapace di poetare, se prima non sia ispirato dal dio e non sia fuori di senno, e se la mente non sia interamente rapita. Finché rimane in possesso delle sue facoltà, nessun uomo sa poetare o vaticinare».

³³ Platone, *Fedro*, 245 A, *ivi*, p. 554.

Spiega l'ellenista Giulio Guidorizzi:

Platone accetta nel Fedro l'idea che esistano forme di mania che si affacciano su altri versanti dell'esperienza e aprono all'uomo prospettive da cui una mente sempre padrona di sé resta esclusa. Queste forme di follia non sono il prodotto di una degradazione dell'anima prigioniera della sua stoltezza, ma al contrario un surplus di conoscenza e di energia psichica capace di dischiudere straordinari orizzonti nella vita spirituale.³⁴

Nel Fedro, Platone fa riferimento a due diverse accezioni di follia (*mania* dal radicale *man* del verbo *máínestai*, «essere furioso»): la prima dovuta all'umana debolezza, la seconda di origine divina che consiste in un entusiasmo o furore ispirato. Tra i vari tipi di delirio di origine divina è classificata la «mania poetica»³⁵, una forma di invasamento ispirata dalle Muse che prende il poeta all'atto della creazione³⁶. In questa prospettiva teorica la poesia è possibile solo «per forza divina e non per scienza»³⁷ e gli stessi poeti sono chiamati «interpreti degli dei»³⁸. Non c'è, infatti, poesia senza follia, perché questa è l'esito di un sapere e di un pensare straordinario che si colloca, come la follia, fuori dal mondo.

Merini scorge nei malati di mente l'esempio massimo di coloro che si liberano dai vincoli del proprio corpo, come ad esempio i martiri³⁹; tale concezione mutua molto dalla vasta tradizione letteraria che scorge una predisposizione all'alterazione psichica soprattutto tra le categorie dei pensatori⁴⁰. Anche Foucault afferma che i temi della follia sono «tutti temi cari ai mistici: follia la rinuncia al mondo, follia l'abbandono totale all'oscura volontà di dio, follia questa ricerca di cui non si conosce il termine»⁴¹. Così il malato psichiatrico, specialmente se relegato in manicomio, diventa l'escluso per eccellenza, esonerato dalle distrazioni terrene, motivo per cui si proietta fuori dal mondo.

Come avviene per gli iniziati, al momento dell'ingresso nella Terra Santa del manicomio, il paziente viene sottoposto a un particolare rito: per Merini è il battesimo nell'acqua «infettata» di un Giordano avvelenato⁴². È un sacramento rovesciato a causa del quale il malato non acquisisce un nome, bensì perde la sua identità e il suo *status* di essere umano. Tale rito si rinnova ogni giorno durante la pulizia collettiva, una delle azioni che contribuiscono alla spersonalizzazione dei degenti, tipica dei luoghi di contenzione compresi i lager

³⁴ G. Guidorizzi, *Ai confini dell'anima. I greci e la follia*, Raffaello Cortina, Milano 2023, p. 76.

³⁵ I tipi di delirio di origine divina elencati nel Fedro sono quattro: la mania *mistica* o dionisiaca, la mania *profetica*, che dà il dono della divinazione, la mania *amorosa* dovuta ad Afrodite, e la mania *poetica*; cfr. Platone, *Tutti gli scritti*, cit., p. 553.

³⁶ Platone, *Ione*, 533E-534 E, *ivi*, p. 1027.

³⁷ *Ivi*, 534 C, p. 1027.

³⁸ *Ivi*, 534 E, p. 1027.

³⁹ «Così capita a colui che, a un tratto, ha il capovolgimento delle sue facoltà, così capita ai martiri che attraverso la chiusura del proprio corpo, vedono finalmente sprigionarsi l'anima, in un aspetto più libero». Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 68.

⁴⁰ Cfr. in merito R. Klibansky, E. Panofsky, F. Saxl, *Saturn and Melancholy: studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art*, [1964], trad. it. di R. Federici, *Saturno e la melanconia. Studi su storia della filosofia naturale, medicina, religione, arte*, Einaudi, Torino 1983; E. Borgna, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992; B.M. Frabotta (a cura di), *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dall'interiorità*, Donzelli, Roma 2001; G. Minois, *Histoire du mal de vivre: de la mélancolie à la dépression* [2003], trad. it. M. Carbone, *Storia del mal di vivere: dalla malinconia alla depressione*, Dedalo, Bari 2005.

⁴¹ M. Foucault, *Storia della follia*, cit., pp. 37-38.

⁴² «E una pozza di acqua infettata/ ci ha battezzati tutti». Cfr. A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 116, vv. 5-6.

nazisti⁴³. La funzione è ben descritta da Erving Goffman in *Asylums*:

L'internato si trova dunque a perdere alcuni ruoli a causa della barriera che lo separa dal mondo esterno. Il processo di ammissione porta generalmente altri tipi di perdite e di mortificazioni [...] le procedure di ammissione potrebbero meglio essere definite come un'azione di "smussamento" o una "programmazione" dato che in seguito ad un tale procedimento, il nuovo arrivato si lascia plasmare e codificare in un oggetto che può essere dato in pasto al meccanismo amministrativo dell'istituzione, per essere lavorato e smussato dalle azioni di routine.⁴⁴

Il rito della pulizia collettiva viene evocato da Merini nella lirica *La Terra Santa*:

Fummo lavati e sepolti/ odoravamo d'incenso./ E dopo, quando amavamo/ ci facevano gli elettrochoc/ perché, dicevano, un pazzo/ non può amare nessuno. / Ma un giorno da dentro l'avello/ anch'io mi sono ridestata/ e anch'io come Gesù/ ho avuto la mia resurrezione/ ma non sono salita ai cieli/ sono discesa all'inferno.⁴⁵

I ricoverati vengono lavati e infine «sepolti», rendendoli parte della folla indistinta dei morti al mondo. Merini rafforza qui il concetto della inumazione usando la parola dantesca «avello»⁴⁶. Come i defunti anche i folli odorano di incenso, come i morti non possono esprimere sentimenti che vengono impediti addirittura attraverso la pratica dell'elettroshock. Entrare in manicomio per Merini significa accedere al «limbo di una sopravvivenza negata»⁴⁷, e soprattutto nell'assenza d'amore, infatti scrive: «intanto accarezzo i miei piedi pallidi/ con le dita vogliose di amore»⁴⁸, e ancora nella poesia *Rivolta*⁴⁹: «io esperta sognatrice/ che adesso mi rifugio in un letto/ ammantata di lutto/ per non sentire più la carne»⁵⁰.

Gli abitanti del manicomio, nella loro eterna catabasi, sono rappresentati da Merini anche come i dannati nell'inferno dantesco, indistinti nella loro nudità. Se esiste, infatti, ne *La Terra Santa* una cifra per rappresentare la vulnerabilità degli internati, è l'alta ricorrenza dell'aggettivo «nudo» che, come nota Franca Pellegrini, viene utilizzato anche con collocazioni improprie, per determinare l'estrema miseria della condizione manicomiale. Nella Terra Santa meriniana non esistono solo «piedi nudi»⁵¹, «corpi nudi»⁵², «pelle nuda»⁵³,

⁴³ Si confronti la seguente descrizione tratta dal capitolo intitolato *Iniziazione* del celebre libro di Primo Levi *Se questo è un uomo* sull'esperienza dell'autore ad Auschwitz: «il lavatoio è un locale poco invitante. È male illuminato, pieno di correnti d'aria, e il pavimento di mattoni è coperto da uno strato di fanghiglia; l'acqua non è potabile, ha un odore disgustoso e spesso manca per molte ore». P. Levi, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 2005, p. 34.

⁴⁴ Cfr. E. Goffman, *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* [1961], trad. it. di F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, prefazione di A. Del Lago, postfazione di F. e F. Basaglia, Einaudi, Torino 2020, p. 46.

⁴⁵ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 116, vv. 20-31.

⁴⁶ «Ci raccostammo dietro ad un coperchio/ d'un grande avello, ov'io vidi una scritta». Cfr. D. Alighieri, *Inferno*, Canto XI, vv. 6-7, a cura di U. Bosco, G. Reggio, Le Monnier, Firenze 2000, p. 166.

⁴⁷ A. Merini, *Vuoto d'amore*, cit., p. 104, vv. 20-22.

⁴⁸ *Ivi*, p. 115, vv. 1-5, 13-18.

⁴⁹ *Ivi*, p. 118.

⁵⁰ *Ibidem*, vv. 15-18.

⁵¹ *Ivi*, p. 115, v. 9.

⁵² Cfr. *ivi*, p. 119, v. 11.

⁵³ Cfr. *ivi*, p. 129, vv. 1, 3.

ma anche le rondini, a cui spesso la poetessa accosta per metafora i ricoverati, sono nude⁵⁴, anche un raggio può essere nudo⁵⁵, e addirittura gli oggetti si presentano nella loro povertà: in manicomio anche una tasca può essere nuda⁵⁶.

Dal punto di vista delle categorie spaziali l'ospedale psichiatrico è eloquentemente posto da Merini sempre al di sotto del mondo dei sani, in una posizione d'inferiorità. Il malato mentale è relegato nelle viscere della terra, nell'abisso, accomunato ai dannati dell'inferno, agli animali che vivono nel sottosuolo, ai morti sepolti. Il manicomio è voragine, inferno, lago, pozzo profondo. È un luogo infero e illogico in cui si muore: «laggiù dove morivano i dannati/ nell'inferno decadente e folle/ del manicomio infinito/ dove le membra intorpidite/ si avvolgevano nei lini/ come in un sudario semita, / laggiù dove le ombre del trapasso/ ti lambivano i piedi nudi»⁵⁷. La poetessa si descrive «distesa per terra»⁵⁸, «caduta in basso»⁵⁹, «caduta in profondo tranello, come dentro ad un pozzo acquitrinoso», «in un precipizio segreto»⁶⁰.

Luogo di celle, chiavistelli, porte, sbarre, ringhiere, lo spazio manicomiale meriniano è ricco di barriere, confini, chiusure, è una prigione in cui chi viene internato sperimenta tutti i limiti del corpo, ma scopre che lo spirito può innalzarsi fino al divino, così assume molteplici, e spesso conflittuali, valenze simboliche: è un *locus horridus*, ma è anche uno spazio privilegiato in cui basta poco, forse solo un «canto d'usignolo»⁶¹, per poter riemergere. È in questi dettagli la peculiarità di Merini che conserva anche nell'internamento la capacità di non soccombere all'orrore e, in quanto poeta, di trovare sempre una porta per il paradiso⁶², poiché, scrive: «in manicomio è ben difficile uccidere lo spirito»⁶³.

Bibliografia

- Alighieri, D., *Inferno*, a cura di Umberto Bosco, Giovanni Reggio, Le Monnier, Firenze 2000.
- Borgna, E., *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 1992.
- Corti, M., *Follia e poesia*, in «Il Cavallo di Troia», 4, (1982-1983), pp. 79-80.
- Corti, M., *Introduzione*, in A. Merini *Vuoto d'amore*, a cura di M. Corti, Einaudi, Torino 1991, pp. V-X.
- Corti, M., *Introduzione*, in A. Merini, *Fiore di poesia (1951-1997)*, a cura di M. Corti, Einaudi, Torino 1998, pp. X-XVIII.
- Foucault, M., *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, [1961], trad. it. *Storia della follia*, trad. it. di F. Ferrucci, prefazione e appendici tradotte da E. Renzi e V. Vezzoli, Rizzoli, Milano 1980.

⁵⁴ «Assiepati dietro le sbarre/ come rondini nude». Cfr. *ivi*, p. 97, vv. 14.

⁵⁵ Cfr. *ivi*, p. 96, vv. 6-9: «Affori, posto nuovo/ che quando si conviene/ ti manda il suo raggio nudo/ dentro la cella muta».

⁵⁶ Cfr. *ivi*, p. 109, v. 3.

⁵⁷ *Ivi*, p. 111, vv. 1-8.

⁵⁸ *Ivi*, p. 100, v. 10.

⁵⁹ *Ivi*, p. 125, v. 8.

⁶⁰ *Ivi*, p. 101, vv. 1, 2, 8.

⁶¹ Cfr. *ivi*, p. 91, v. 5.

⁶² Cfr. *ivi*, p. 111, vv. 12-15: «e odoravi di feci/ laggiù nel manicomio/ facile era traslare/ toccare il paradiso».

⁶³ Cfr. A. Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*, cit., p. 100.

- Frabotta, B.M. (a cura di), *Arcipelago malinconia. Scenari e parole dall'interiorità*, Donzelli, Roma 2001.
- Goffman, E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* [1961], trad. it. di F. Ongaro Basaglia *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, prefazione di A. Del Lago, postfazione di F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 2020.
- Guidorizzi, G., *Ai confini dell'anima. I greci e la follia*, Raffaello Cortina, Milano 2023.
- Klibansky, R., Panofsky, E., Saxl, F., *Saturn and Melancholy: studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art*, [1964], trad. it. di R. Federici, *Saturno e la melanconia. Studi su storia della filosofia naturale, medicina, religione, arte*, Einaudi, Torino 1983.
- Levi, P., *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino 2005.
- Merini, A., *L'altra verità. Diario di una diversa*, introduzione di G. Manganelli (III ed.), Libri Scheiwiller, Milano 1993.
- Merini, A., *La Terra Santa*, nota introduttiva di M. Corti, All'insegna del pesce d'oro, Milano 1984.
- Merini, A., *Vuoto d'amore*, a cura di M. Corti, Einaudi, Torino 1991.
- Minois, G., *Histoire du mal de vivre: de la mélancolie à la dépression* [2003], trad. it. di M. Carbone, *Storia del mal di vivere: dalla malinconia alla depressione*, Dedalo, Bari 2005.
- Pagnanelli, R., *Studi critici. Poesia e poeti italiani del secondo Novecento*, a cura di D. Marcheschi, Mursia, Milano 1991.
- Paroli, E., «Allineando tutte le sue ombre». *Il misticismo come forma dell'incompletezza identitaria nella poesia di Alda Merini*, in F. Pisanelli (a cura di) «Le più belle poesie si scrivono sopra le pietre». *Contributi critici sull'opera di Alda Merini*, Aracne, Roma 2021.
- Pellegrini, F., *La tempesta originale. La vita di Alda Merini in poesia*, Franco Cesati, Firenze 2008.
- Platone, *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2000.
- Stanghellini, G., *Antropologia della vulnerabilità*, Feltrinelli, Milano 1997.

Lo sguardo del medico sull'istituzione: tre testi per la rappresentazione dell'ospedale psichiatrico in Italia (1931-2021).

Alessandra Tonella

Nelle lezioni tenute al Collège de France nell'anno 1973-1974 sul tema del potere psichiatrico, Foucault si sofferma più volte nell'esporre come l'ospedale ne costituisca l'oggettivazione materiale. A rendere possibile l'imposizione della disciplina da parte dell'istituzione su coloro che vi sono internati è la percezione di una sorveglianza continua, che trova la propria realizzazione nella struttura architettonica del *panopticon*, generando una costante pressione su coloro che vi sono sottoposti¹. Il potere psichiatrico, anonimo e disincarnato, agisce così sulla sfera privata degli internati, controllando questi ultimi non come gruppo ma come individui, evitando che essi si costituiscano così come collettività². Sebbene non tutte le prigioni, i manicomi o i brefotrofi possiedano tale struttura così come pensata da Bentham, invariabilmente essi ne riproducono l'ideale: celle che permettono l'intera visione dei propri spazi dall'esterno, reparti vigilati, lunghi corridoi all'interno dei quali lo staff si muove. Tutto in questi luoghi è pensato per permettere un controllo chiaramente percettibile e pervasivo, capace di generare in coloro che vi sono sottoposti un senso di disappropriazione del sé³.

Non sono però soltanto il corpo e la realtà attuale dell'internato ad essere sottoposti ad un controllo biopolitico; anche la sua biografia diviene campo di appropriazione del potere disciplinare. Lo sguardo dell'istituzione si estende infatti fino ad un passato che si è costretti a confessare, senza che sia in ogni modo possibile sottrarsi a ciò⁴. Ogni tentativo di resistenza – attraverso l'omissione, come attraverso la manipolazione – è sistematicamente impedito: report di polizia, moduli informativi redatti nei certificati medici, dossier di altre istituzioni ecc. impediscono ogni deviazione da una realtà già codificata da altri, sottolineando la funzione non genuinamente conoscitiva di colloqui e interrogatori, i quali si mostrano in questo

¹ M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Gallimard, Paris 2003 (trad. it. M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015, p. 81).

² *Ivi*, p. 80.

³ E. Goffman, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York 1961 (trad. it. F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968, p. 48). Uno sguardo unidirezionale, o prevalentemente tale, implica lo stabilirsi di un io (che percepisce) e di un altro (che viene percepito) necessariamente gerarchizzati, dove il primo stabilisce un rapporto di potere e prevaricazione sul secondo, fino alla scopofilia. Se come fa notare anche Chow (R. Chow, *Woman and Chinese Modernity The Politics of Reading between West and East*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1991, p. 5) vi è una connessione tra sguardo colonialista e sessualizzazione dell'altro, ciò è vero anche per quanto riguarda lo sguardo medico sulla follia. Tale interconnessione denuncia, a mio parere, come tali categorie (colonizzatore/colonizzato, maschile/femminile, normalità/follia) non siano che i prodotti dello squilibrio di potere tra dominatore e dominato, che permette al primo di categorizzare (denominare) il secondo.

⁴ E. Goffman, *Asylums*, cit., pp. 53-54.

modo nella loro natura di strumenti del potere, utili a esplicitarne l'estensione tentacolare⁵. È proprio a questi documenti, e non alle parole dell'internato, che lo psichiatra si affida, rendendo evidente come egli sia in grado di conoscere del nuovo arrivato più di quanto egli non avrebbe forse mai rivelato⁶.

L'inesorabilità necessaria dello sguardo medico si decuplica poi in quella che Foucault indica come «pratica della clinica»⁷; la platea di uditori contribuisce infatti alla validazione della parola dell'autorità, accolta come verità oggettiva, ma ne moltiplicano gli occhi, aumentando esponenzialmente la violazione del mondo privato a cui il paziente è sottoposto⁸. Lo sguardo del medico, la sua parola, il suo controllo sul mondo dell'internato, divengono dunque così importanti da permettere a Foucault di affermare l'identità fra manicomio e corpo dello psichiatra:

espanso, dilatato alle dimensioni di un'istituzione, esteso a tal punto che il suo potere si eserciterà come se ogni parte del manicomio fosse una parte del suo proprio corpo, governato dai suoi propri nervi.⁹

A partire dai primi anni Sessanta, con il nascere di istanze riformistiche votate all'affermazione di un nuovo modo di intendere la malattia mentale, si afferma la necessità di raccontare il manicomio a partire da una visione diversa e antitetica rispetto a quella prodotta dall'istituzione descritta da Foucault. Emergono così non soltanto inchieste relative alle infelici condizioni di vita a cui erano costretti i degenti¹⁰, ma anche numerose narrazioni in prima persona, le quali prendono spesso la forma del *memoir* o dell'*autofiction*¹¹. Sono in queste i pazienti stessi a prendere la parola, riappropriandosi della propria voce e, conseguenzialmente, delle proprie esistenze. La narrazione della malattia mentale e dell'esperienza psichiatrica non limita però la propria portata alla dimensione individuale; attraverso la propria personale esperienza i pazienti raccontano infatti una storia che è anche – necessariamente – storia collettiva. Sono infatti queste narrazioni, con la loro visibilità, a raccogliere su di sé la sfida di fornire al pubblico di lettori uno sguardo capace di un'azione decolonizzante, demitizzante e desecretante sui temi legati alla salute mentale, come sottolineato da Redaelli nel saggio *Psicopatografie: Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*¹². Crollate le mura manicomiali, che per anni avevano confinato sintomi e manifestazioni della sofferenza psichica nei loro stretti spazi, queste narrazioni sono state quindi fondamentali alla decostruzione di un modello fino ad allora prevalente¹³.

⁵ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 166.

⁶ *Ivi*, pp. 164-165.

⁷ *Ivi*, p. 171.

⁸ E. Goffman, *Asylums*, cit., pp. 53-54.

⁹ M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit., p. 171.

¹⁰ Si veda, a titolo di esempio, l'inchiesta relativa a Villa Azzurra, manicomio infantile di Grugliasco, condotta da «L'Espresso» e pubblicata nel Luglio 1970 a firma di Gabriele Invernizzi. Grande impatto avranno anche i drammatici scatti raccolti da Mauro Vallinotto, pubblicati a corredo della stessa.

¹¹ Secondo Redaelli (S. Redaelli, *Psicopatografie: Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*, Peter Lang, Bruxelles 2023) la diffusione del racconto patografico in prima persona nascerebbe sì dal tentativo di dar voce a quanto fino ad allora messo a tacere dalla paura e dallo stigma (*ivi*, p. 10), ma anche dallo sviluppo di una cultura narcisistica, la quale mette al proprio centro il punto di vista e le emozioni del singolo individuo (*ivi*, pp. 15-16).

¹² *Ivi*, p. 32.

¹³ *Ivi*, p. 24.

Nonostante l'importanza di queste scritture, le quali si sono imposte all'attenzione di pubblico e critica, per chi nel quotidiano si trovi ad interfacciarsi con la cura dei disturbi mentali la mediazione dello sguardo medico rimane una componente essenziale, che ancora domina lo spazio e le modalità di trattamento, stabilendo le norme e i confini tra salute e malattia.

Sebbene meno numerosi, i racconti patografici condotti a partire dal punto di vista del curante, e non del curato, attraggono allo stesso modo moltissimi lettori. Come afferma Anne H. Hawkins nel suo *Reconstructing Illness*:

In some sense, the pathography is our modern adventure story. Life becomes filled with risk and danger as the ill person is transported out of the familiar everyday world into the realm of a body that no longer functions and an institution as bizarre as only a hospital can be.¹⁴

La medesima formula potrebbe essere applicata – sostituendo *mind* a *body* e *asylum* ad *hospital* – al racconto della malattia psichiatrica, senza comprometterne la validità. Ancor più dei comuni reparti, infatti, sono forse quelli psichiatrici a costituire ancor oggi un universo inaccessibile alla maggior parte dei lettori, mantenendo nella mente di molti di essi una propria identità eterotopica. Se il racconto della malattia può dunque richiamare su di sé l'attenzione in quanto capace di rinnovare il timore della morte, il racconto della patologia psichiatrica è ancora realmente capace di proiettare il lettore all'interno di un mondo percepito come incomprensibile e sconosciuto.

Scritta da Corrado Tumiati nel 1931 e prima in ordine temporale, la raccolta di racconti *I tetti rossi* – resa una sorta di breve romanzo dalla continuità temporale e spaziale in cui questi si collocano – porta il significativo sottotitolo di *Ricordi di manicomio*. Ad una prima sezione omonima segue poi *Viaggio di istruzione* – sottotitolo *Vetrine di un mondo nuovo* – che agli ambienti manicomiali contrappone l'esperienza statunitense dell'autore, in viaggio per un convegno medico.

Il primo racconto, *Il parco*, è soltanto uno dei molti titoli a fare riferimento ad uno spazio fisico. Ne seguono infatti altri – *Reparto «Agitati»*, *Dormitorio*, *Refettorio «Malpropri»* – sottolineando il ruolo dell'architettura manicomiale nella definizione dell'ospedale psichiatrico come luogo di cura e reclusione, capace di definire le esistenze quotidiane dei suoi abitanti. Le strutture architettoniche sono d'altra parte il primo – e spesso unico – punto di contatto con l'esterno: cancelli, parchi e mura, ma anche lo stesso orientamento ed ubicazione degli edifici, individuano infatti un particolare modo di relazionarsi e rappresentarsi al mondo¹⁵. Nella prima parte la raccolta pone dunque l'accento proprio sulla dimensione spaziale e collettiva della vita manicomiale, presentando talvolta brillanti quanto impietosi ritratti di coloro che vi lavorano – ancor più che dei ricoverati – e raccogliendo «[t]utte le passioni umane e tutti i pensieri» che in questi edifici si formano o trovano sfogo¹⁶. Non ai degenti, ma proprio a chi vi opera, fanno infatti esplicito riferimento titoli come *Monache*, *Collegghi*, *Il signor amministratore*, *Ritratto d'infermiere*, *Cappellani*.

A dispetto degli anni in cui si trova ad operare, Tumiati si distingue in effetti per una scrittura caratterizzata dall'assenza di toni morbosi, anche quando impegnata nelle più cru-

¹⁴ A.H. Hawkins, *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*, Purdue University Press, West Lafayette 1999, p. 1.

¹⁵ G. Doti, *Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie*, in *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, a cura di C. Ajroldi et al., Electa, Milano 2013, pp. 29-30.

¹⁶ C. Tumiati, *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Treves, Milano 1931, p. 4.

de e drammatiche descrizioni dei sintomi fisici della malattia. Persino racconti come *L'uomo sismico*, che ritrae un paziente affetto da epilessia, o *Il padre e Alcool*, dove ad essere descritti sono i terribili sintomi del *delirium tremens*, sono infatti caratterizzati da un duro realismo che, nella sua asciutta efficacia, non indugia mai nel grottesco. Non è in ogni caso assente lo sguardo ferinizzante e disumanizzante sull'altro, il quale si concretizza in riferimento ad alcuni ricoverati – si veda il racconto *Pazzo Morale* – ma soprattutto, nella seconda sezione, in riferimento ad una donna di colore, definita «[o]rango mascherato da una volontà pretenziosa e crudele»¹⁷. Tali affermazioni – sempre da collocarsi nel contesto storico della loro scrittura, per quanto sconcertanti nella loro violenza – sono però almeno in parte controbilanciate da uno sguardo che appare sempre intento alla ricerca di un orizzonte salvifico, come testimoniano i due toccanti racconti *Libertà* e *Un risanato*, il cui focus si pone interamente sulla possibilità della guarigione, ma anche *La madre*, dove all'irreversibilità del decadimento psichico si contrappone la vicinanza umana, capace di riscattare, almeno per qualche istante, un frammento di normalità e calore alla malattia.

Già editi nel 1928 a puntate, sulla rivista «Pegaso», diretta da Ojetti e Pancrazi, i racconti vengono successivamente raccolti da Treves in volume¹⁸. Nonostante il riconoscimento ufficiale, sancito dalla vincita del premio Viareggio, la modernità della narrazione di Tumiatì rimase per anni senza adeguata risposta, anche a causa dell'avvento del fascismo prima, e della seconda guerra mondiale poi.

Maggiore interessamento e dibattito susciterà, nel 1953, *Le libere donne di Magliano*: l'opera, anch'essa presentata come raccolta di memorie di un medico di manicomio, sottolinea la sua natura né tecnica né specialistica, dichiarando la volontà di fare della propria materia «un tranquillo, ordinato, universale parlare»¹⁹, mostrando ai lettori come «[a]nche i matti sono creature degne d'amore»²⁰.

Il testo si struttura dunque come una raccolta di ritratti di femminilità ferita, tra i quali il narratore procede rapido, per soffermarsi sugli sguardi più stravolti o i corpi più statuari. Sebbene un medesimo volto riemerge talvolta in momenti successivi, nessuno tra i personaggi esaurisce qui pienamente la propria storia. Essi sono invece colti nell'immobilità del gesto – per quanto convulso o agitato –, sintomo del delirio o dell'ossessione che li muove, mentre poco spazio è concesso allo scavo emotivo o al percorso seguito dal paziente²¹. La storia di traumi e violenze che ha condotto queste donne al ricovero, anche quando brevemente riportata, è tutt'al più considerata come fattore scatenante di una follia da sempre inscritta nel destino di chi la vive e spesso conseguenza di una tara genetica, di cui l'intera famiglia porta i segni²². Nel manicomio, definito da Tobino «un castello che contiene 1039

¹⁷ *Ivi*, p. 166.

¹⁸ Cfr. V.P. Babini, *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia; una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009, p. 148.

¹⁹ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2023, p. 75.

²⁰ Come si cura di ribadire più volte la prefazione alla ristampa del 1963, *Dieci anni dopo* (*ivi*, pp. 139, 141) e come già recitava la fascetta della prima edizione (P. Italia, *Notizie sui testi*, in Mario Tobino, *Opere scelte*, Mondadori, Milano 2007, p. 1782).

²¹ Le dimissioni, come si riscontra dalle cartelle cliniche conservate, non erano infrequenti, sebbene spesso si presentassero recidive, anche a distanza di anni (cfr. ASLu, *Ex ospedale Psichiatrico di Magliano*, cartelle cliniche, b. 513, fasc. 113, reg. 14108; ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Magliano*, cartelle cliniche, b. 519, fasc. 93, reg. 14287).

²² È in questo senso emblematica la tobiniiana descrizione dei parenti dei ricoverati, giunti in visita al manicomio (M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit. p. 84). Altrettanto significativi i cenni ai precedenti famigliari della Belaglia (*ivi*, p. 20), della Cora (*ivi*, p. 41) e della Gabi (*ivi*, pp. 60-61), sparsi nel corso della narrazione.

matti, circa duecento infermieri e, a quest'ora un medico e 19 suore»²³ «tutto si svolge tra i muri»²⁴, mentre i legami con l'esterno vanno necessariamente sfumando²⁵. Limite invalicabile dell'eterotopia, anche qui i muri istituzionali svolgono un ruolo fondamentale: essi non sono soltanto quelli che circondano l'ospedale, strategicamente collocato su di una collina fuori città – a proteggere quest'ultima dai «malati» che vi sono reclusi –, ma anche quelli che attraversano l'intera struttura, delimitando celle di isolamento e i diversi reparti, sancendo una netta gerarchia tra i diversi gradi di follia e le restrizioni imposte ai degenti²⁶.

La contenzione dei corpi – anche a scopo punitivo²⁷ – è d'altra parte pratica quotidiana, capace però di far deflagrare il delirio nella propria dimensione sovraumana e dionisiaca²⁸. A questa immagine dell'esperienza psicotica si associa, allo stesso tempo, una degradazione verso la condizione animale, la cui impressione è acuita dalla condizione di nudità e sporcizia alla quale le malate sono costrette, descritta da Tobino come uno stato di paradossale libertà²⁹. Accomunando chi ne è colpito ad una «bestia umana»³⁰, la malattia mentale diviene così elemento di stigma e motivo di reclusione, negandosi aprioristicamente ad ogni possibilità di dialogo e comunicazione.

Le mura che confinano il manicomio non sono dunque soltanto fisiche, ma anche cognitive. Non è d'altra parte un caso la bassissima incidenza del discorso diretto nel testo: le poche parole pronunciate dalle degenti sono infatti il più delle volte la trascrizione di brevi frasi, rappresentative del loro delirio, che mai ricevono una risposta. Uniche, ma significative eccezioni, escluse le parole scambiate tra membri dello staff, sono uno scambio scherzoso con Tono³¹, e una breve interazione con il Messeri³², due dei soli tre pazienti di sesso maschile ad essere nominati nel corso del libro.

Quasi settant'anni dopo, la medesima scarsità di dialoghi e discorsi diretti è riscontrabile ne *L'arte di legare le persone* (2021), di Paolo Milone. Nel frattempo il panorama psichiatrico italiano si è totalmente modificato: l'introduzione degli antipsicotici a partire dai primi anni '50, seguito dalle sperimentazioni basagliane degli anni '60, diventano sintomo della necessità di un cambiamento ormai inderogabile e di una presa di coscienza necessaria³³. Gli anni successivi vedranno infatti l'annuncio della chiusura dell'Ospedale

²³ *Ivi*, p. 5.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Le scene di incontro tra malate e congiunti sono rare, e circoscritte ai soli mariti. Sempre assenti i dialoghi, sono invece scene cariche di desiderio frustrato, dove questo sostituisce l'affetto e dove la speranza di guarigione viene imputata all'ingenuità (*ivi*, p. 90) o all'incredulità (*ivi*, p. 101).

²⁶ M. Guglielmi, *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Franco Cesati, Firenze 2018, p. 141. Come osserva Guglielmi emerge infatti, nelle pagine scritte da Tobino, un'anacronistica concezione della follia, la quale pensa ad essa come ad un fenomeno inspiegabile e pericoloso, dal quale la popolazione va debitamente protetta.

²⁷ Come evidenzia l'episodio che coinvolge Suor Giacinta e la malata Campani. Nulla vi è, nel comportamento di quest'ultima che possa compromettere la sicurezza sua o altrui ma colei che l'assiste, dopo aver troppo «sopportato giorni e giorni» (M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., pp. 35-36) le sue ingiurie, la fa ugualmente recludere.

²⁸ M. Guglielmi, *Raccontare il manicomio*, cit., p. 130.

²⁹ «L'alienato nella cella è libero, sbandiera, non tralasciandone alcun grano, la sua pazzia, la cella suo regno dove dichiara sé stesso, che è il compito della persona umana» M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 34.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ivi*, pp. 56-57.

³² *Ivi*, p. 6.

³³ J. Foot, *La "Repubblica dei Matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, trad. it. E. Basaglia, Feltrinelli, Milano 2014, pp. 11-12.

psichiatrico di Trieste da parte dello stesso Basaglia³⁴, e l'approvazione della legge 180 da parte del Governo.

Le mura di cemento sono state abbattute, i manicomi sostituiti dalla rete dei servizi territoriali per la salute mentale, ma altri muri non sono caduti. Nonostante ciò, la mancanza di dialoghi che si riscontra nelle pagine di Milone è molto diversa da quella osservata in precedenza. Qui la situazione è infatti ribaltata: se mai nel testo Tobino si rivolge direttamente alle proprie pazienti, la parola del medico – sebbene sempre priva di risposta e mai segnalata dalla punteggiatura, tanto da lasciare il lettore nell'incertezza di quale sia il dettato interiore e quale quello esplicitato –, è in Milone una parola che cerca un contatto, anche se muto, con il paziente.

È infatti proprio il contatto, anche nelle sue configurazioni più controverse, ad essere d'altra parte al centro dell'opera, come sottolineato da titolo e prefazione. Per il resto, la sua struttura richiama le due precedenti, assumendo la forma di una raccolta di ricordi legati tra loro da una consequenzialità temporale che rimane però in secondo piano, lasciando emergere la frammentarietà di un dettato caratterizzato da un incedere quasi poetico.

I richiami al campo semantico della bestialità, tutt'altro che assenti, a differenza che nei suoi precedenti non si riferiscano mai ad un paziente in maniera diretta. È infatti la malattia ad essere bestiale³⁵, nonostante la metafora della caccia, che ricorre per le pratiche di TSO e contenzione³⁶, istituisca un implicito parallelismo tra l'animale/preda e il paziente³⁷. Presenti sono anche le metafore della guerra e della lotta, spesso utilizzate nel racconto patografico³⁸, nonché nella narrazione quotidiana della malattia³⁹. Quest'ultima sembra incombere su tutta la città, nascondendosi negli anfratti, come sul medico stesso, costretto dal suo mestiere ad un eterno confronto con la sofferenza – propria ed altrui – come emerge in particolare dall'ultimo capitolo, *Turtula muralis*.

La città è d'altra parte posta, per la prima volta, in una posizione di continuità rispetto all'ospedale psichiatrico, il quale non si contrappone più, con le sue mura, alla vita che in essa si svolge. Il brulichio cittadino sfonda anzi gli argini, introducendosi nelle sale del pronto soccorso, mentre l'azione si estende alle vie e ai palazzi. Perduto il proprio isolamento, e divenuto reparto psichiatrico, il manicomio si libera così di quell'aura romantica che lo accumulava al sanatorio, facendosi impoetico.

La non poeticità del dolore psichiatrico è ribadita da Milone, per cui «[l]a poesia non frequenta la Psichiatria, si ferma sulla soglia»⁴⁰, in contrapposizione ad una retorica condita non soltanto da scrittori come Tobino, ma anche da studiosi e psichiatri come Borgna e Jasper, i quali hanno lungamente discusso i presunti legami esistenti tra arte ed esperienza psicotica, fino a parlare della «folia come sorella sfortunata della poesia»⁴¹.

³⁴ *Ivi*, p. 257.

³⁵ P. Milone, *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino 2021, p. 186.

³⁶ Spesso citata, fin dal titolo, la contenzione è raccontata da Milone come risorsa a tutela del paziente, in quel momento incapace di prendere le migliori decisioni per sé stesso. Tale posizione, definita da Mario Cardano di «innocenza etica» permetterebbe il distacco del medico dalla portata, anche emotiva, che tali manovre implicano (M. Cardano, *Follie legate a un letto. Riflessioni sulla contenzione meccanica in psichiatria*, in *Letteratura, medicina e scienze sociali. Convergenze tra cultura e linguaggi*, a cura di Roberta Lombardi, Gianluigi Ferraris, Edizioni dell'Orso, Alessandria 2022, pp. 395-401).

³⁷ *Ivi*, p. 71.

³⁸ Cfr. A.H. Hawkins, *Reconstructing Illness*, cit.

³⁹ Cfr. S. Sontag, *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphor*, Doubleday, New York 1990.

⁴⁰ P. Milone, *L'arte di legare le persone*, cit., p. 172.

⁴¹ E. Borgna, *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli, Milano 2012, p. 10.

Come evidenziato, i tre testi presentano numerosi elementi di continuità, in particolare per quanto riguarda le modalità di rappresentazione del paziente psichiatrico, a cui se ne potrebbero aggiungere altri, omessi qui per ragioni di spazio⁴². È però a mio parere fondamentale sottolineare quali siano gli elementi di discontinuità, a testimonianza dei cambiamenti avvenuti e di quelli ancora in corso. Tra questi, i più evidenti si collocano all'interno della dimensione spaziale nel quale il racconto si sviluppa. Se Tumati ambienta l'intera seconda sezione negli Stati Uniti – presentati come luogo di curiosità etnologica, la cui realtà e le cui teorie medico-sociologiche appaiono decisamente lontane da un'Italia di cui si critica l'arretratezza ma ai cui valori tradizionali non si riesce a rinunciare – Tobino restringe il proprio campo alla città di Lucca e ai suoi immediati dintorni. Gli esterni lucchesi sono per lui – che più volte sottolinea gli angusti spazi in cui trascorre la sua vita da direttore – luoghi di evasione dagli stretti confini della professione, mentre gli stessi giardini della struttura, svuotati per via della pioggia sembrano assumere vita nuova, quasi rinascessero in questa assenza⁴³.

È con Milone che il rapporto con gli spazi cittadini cambia notevolmente: la nascita dei servizi territoriali sembra infatti aver inciso profondamente sulla narrazione di cura, estendendone i confini al tessuto urbano, non più estraneo e contrapposto all'ospedale, ma in aperta comunicazione con esso. Non più spazio di sola evasione, la città di Genova diviene luogo di intervento terapeutico, mentre vicoli e quartieri si trasformano, insieme agli appartamenti dei pazienti – spesso segnati da un disagio che si mostra soprattutto economico, frutto della solitudine e dell'emarginazione sociale – nel palcoscenico di TSO ma anche di visite domiciliari e di un rapporto umano, di calore e di scambio.

Bibliografia

- ASLu, *Ex ospedale Psichiatrico di Maggiano*, cartelle cliniche, b. 513, fasc. 113, reg. 14108.
 ASLu, *Ex ospedale psichiatrico di Maggiano*, cartelle cliniche, b. 519, fasc. 93, reg. 14287.
 Babini, V.P., *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia; una storia del Novecento*, il Mulino, Bologna 2009.
 Borgna, E., *Di armonia risuona e di follia*, Feltrinelli, Milano 2012.
 Cardano, M., *Follie legate a un letto. Riflessioni sulla contenzione meccanica in psichiatria*, in R. Lombardi, G. Ferraris (a cura di) *Letteratura, medicina e scienze sociali. Convergenze tra cultura e linguaggi*, Edizioni dell'Orso, Alessandria 2022.
 Chow, R., *Woman and Chinese Modernity The Politics of Reading between West and East*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1991.
 Doti, G., *Il manicomio, la città, il territorio: un campo di relazioni transitorie*, in C. Ajroldi et al. (a cura di), *I complessi manicomiali in Italia tra Otto e Novecento*, Electa, Milano 2013.
 Foot, J., *La "Repubblica dei Matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, trad. it. E. Basaglia, Feltrinelli, Milano 2014.

⁴² Tra questi, particolare importanza è ricoperta dal configurarsi dello sguardo medico come sguardo maschile e sessualizzante. I corpi descritti da Tobino non sono infatti mai corpi neutri, ma corpi dei quali è sempre sottolineata la carica erotica, sia essa attrattiva o repulsiva. Anche in Milone, benché in maniera meno esplicita e maggiormente consapevole, lo sguardo medico continua a porsi sui corpi femminili come corpi sessuati, capaci di sperimentare e di suscitare il desiderio. A catturare l'attenzione del medico, che sceglie di riportare questi episodi all'interno della sua narrazione, è in particolare la scoperta di un presunto rapporto sessuale, avvenuto tra due ricoverate (che egli sente l'impulso di dividere con un gesto di forza, pur trattenendosi), e la tensione sessuale venutasi a creare durante una seduta tra lui e Chiara, una sua paziente (P. Milone, *L'arte di legare le persone*, cit., pp. 57, 104-105).

⁴³ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, cit., p. 57.

- Foucault, M., *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Gallimard, Paris, 2003, (trad. it. di M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Feltrinelli, Milano 2015).
- Goffman, E., *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York 1961 (trad. it. F. Ongaro Basaglia, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 1968).
- Guglielmi, M., *Raccontare il manicomio. La macchina narrativa di Basaglia fra parole e immagini*, Franco Cesati, Firenze 2018.
- Milone, P., *L'arte di legare le persone*, Einaudi, Torino 2021.
- Hawkins, A.H., *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*, Purdue University Press, West Lafayette 1999.
- Italia, P., *Notizie sui testi*, in M. Tobino, *Opere scelte*, Mondadori, Milano 2007.
- Redaelli, S., *Psicopatografie: Il racconto della malattia mentale nella narrativa italiana del XXI secolo*, Peter Lang, Bruxelles 2023.
- Sontag, S., *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphor*, Doubleday, New York 1990.
- Tobino, M., *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2023.
- Tumiatì, C., *I tetti rossi. Ricordi di manicomio*, Milano, Treves 1931.

IV. MATERIA

I “residui manicomiali”: l’infanzia internata tra “regressione” e tentativi di deistituzionalizzazione¹

Laura Occhini

Introduzione

bambini e ragazzi completamente abbandonati in stato di totale inerzia. Non sono impegnati in alcun modo, né è prevista alcuna attività ricreativa o di gruppo; non è neppure previsto e organizzato alcun tipo di insegnamento regolare. [...] Vi sono alcuni ragazzi ricoverati da diversi anni, che non pronunciano parola pur dando la sensazione di seguire parole e gesti altrui. [...] molti non sanno mangiare, né mantenersi puliti. Spesso alcuni vengono legati mani e piedi al letto, sia di notte che di giorno.²

Questa è una delle prime descrizioni fornite dai giudici del Tribunale minorile che entrano nella sezione medico-pedagogica di Villa Azzurra di Torino (il Reparto 10, il “manicomio dei bambini”), ma solo dopo che un giornalista de «L'Espresso» (Mauro Vallinotto)³, a metà del 1970, strappò attraverso le sue fotografie il velo dell'inconsapevolezza sul vissuto infantile all'interno degli istituti manicomiali. D'altra parte, la situazione dell'infanzia manicomializzata era nota fin da metà degli anni '40 quando un deputato provinciale romano, Adriano Ossicini, denunciò le condizioni dei bambini all'interno del Santa Maria della Pietà di Roma, delineando con lucidità le gabbie epistemologiche in cui si muoveva la psichiatria:

L'uso generico dei concetti come pericolosità e disadattamento e, ancor più, l'uso generico, senza verifiche, di concetti come recuperabilità e irrecuperabilità hanno determinato il caos. Troviamo insieme a soggetti classificati come idioti o imbecilli o cretini, soggetti classificati come deficitari, altri mongoloidi, altri come caratteriali, altri come “amorali”, altri come tendenzialmente criminali, altri come instabili, altri come asociali, altri come genericamente disadattati per ragioni familiari, economiche,

¹ Avvertenza: in questo saggio saranno utilizzati termini che, oggi, appaiono offensivi. Per quanto ciò possa apparire disturbante, si sottolinea che i termini sono coerenti con le categorie nosografiche del periodo storico trattato e che, nelle cartelle cliniche, hanno fatto parte della nomenclatura diagnostica ufficiale fino agli anni '60. Saranno comunque utilizzate le virgolette perché sia chiara la presa di distanza da un linguaggio che, se non contestualizzato storicamente, apparirebbe lesivo della dignità umana.

² Associazione per la lotta contro le malattie mentali, *La fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971, p. 58.

³ M. Vallinotto, *Ma è per il suo bene*, in «L'Espresso», 26 luglio 1970; *Psichiatria Democratica, Bambini in manicomio*, Roma, Bulzoni, 1975; A. Gaino, *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*, Gruppo Abele, Torino 2017; E. Sartori, *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo: il caso di S. Maria della Pietà di Roma*, Edizioni del Faro, Trieste 2014; P. Tortorella, *I ragazzi di Villa Giardini. Il manicomio dei bambini a Modena*, a cura di E. Becchi, Aliberti, Reggio Emilia 2018.

sociali. Categorie e classificazioni psichiatriche sono mescolate a classificazioni psicologiche, morali, socioeconomiche, pedagogiche, costituzionali o a nessuna classificazione. Soggetti in stato di abbandono che nessun vuole e che tutti rifiutano.⁴

Isolamento, rassegnazione clinica, abbandono terapeutico di bambini che, a causa di specifiche patologie (ma troppo spesso anche in assenza di patologie evidenti), venivano considerati “ineducabili”, “irrecuperabili”, “non suscettibili di correzione”, “difficilmente governabili”, “inaccessibili all’insegnamento”, e, quando impossibilitati a muoversi o a parlare, relegati in un reparto “cronici” o “incurabili” dove, per stessa ammissione degli psichiatri che li avevano in cura, questi bambini si limitavano a “vegetare” in attesa della morte che, per una buona percentuale di loro era un destino segnato (quando non dichiaratamente auspicato)⁵. Molti dei bambini, diventati adulti, manifestarono una vera e propria “regressione istituzionale”, proprio in ragione della paradossale patogenicità della cura manicomiale che portava in sé i segni della violenza reclusiva e il conseguente difficile riadattamento sociale di chi l’aveva subita⁶.

Nonostante i segnali di cambiamento – anche pioneristici – avviati da alcuni psichiatri (si pensi a Bollea⁷, alle prime scuole speciali, alle classi differenziali) e sostenuti da alcune politiche nazionali, la differenza fra deistituzionalizzazione e miglioramento delle condizioni di cura non fu subito intuibile. L’umanizzazione della cura fu indubbiamente un progresso rispetto alle condizioni sopra descritte, ma occorrerà la rivoluzione basagliana per comprendere che la deistituzionalizzazione sarebbe stata un processo complesso che prevedeva l’acquisizione – anche solo in parte – delle autonomie personali negate alla persona dall’internamento, il superamento della “minore età” forzata dai processi di reclusione, significativi sforzi per socializzare l’individuo a quel mondo dal quale era stato escluso, che si promuovesse in lui – per quanto possibile – una identità che superasse quella dell’identificazione con l’istituzione e si procedesse a un progetto di vita e di riacquisizione della dignità⁸.

La deistituzionalizzazione che accompagnò l’innovazione psichiatrica negli anni ’70, coinvolse, purtroppo, solo marginalmente alcuni pazienti che potettero beneficiare parzialmente del quotidiano percorso di riabilitazione a causa dei ricoveri precoci in età infantile, della lungodegenza e dei trattamenti clinici che congelarono le loro possibilità di recupero⁹. Scrive Tranchina a proposito di questo:

i lungodegenti, invece, nella misura in cui le prospettive esterne [...] sono lon-

⁴ A. Ossicini, *Gli esclusi e noi*, Armando, Roma 1973, pp. 18-19.

⁵ L. Occhini, *Cronicità e caregiver burden: dal “Grande Internamento” all’efficacia terapeutica*, in L. Occhini e G. Rossi (a cura di), *Da familiare a caregiver. La fatica del prendersi cura*, Franco Angeli, Milano 2019, pp. 41-62.

⁶ A. Maugeri, *Bambini in manicomio: agli albori dell’integrazione scolastica*, University Press, Genova 2020; A. Maugeri, *Alle origini dell’integrazione scolastica: un caso di studio nel Manicomio di Pratozanino*, in «Formazione & Insegnamento», XX (2022), n. 2, pp. 314-327.

⁷ G. Bollea, *Disadattati e minorati*, Laterza, Bari 1964; G. Bollea, *Classi differenziali e classi speciali e scuola integrata*, in «Neuropsichiatria infantile», (1970), nn. 116-117, pp. 893-916; F. Bocci, *Una mirabile avventura. Storia dell’educazione dei disabili da Jean Itard a Giovanni Bollea*, Le Lettere, Firenze 2019.

⁸ G. Cappellari, D. De Rosa, *Il padiglione Ralli. L’educazione dei bambini anormali tra positivismo e idealismo*, Unicopli, Milano 2003; F. Rossi Menchetti, *Il cielo infranto. Quel lungo tunnel della follia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2014; A. Mangione, *L’infanzia negata nei contesti manicomiali. Bambini reclusi, dall’antichità alla Legge Basaglia*, s.i.p., 2023.

⁹ A. Papuzzi, *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977; A. Paolini, *Avevo solo le mie tasche. Manoscritti dal manicomio*, Sensibili alle foglie Roma, 2016; E. Sartori, *Maria e Giuseppe in manicomio. I bambini eccitati*, Alpes, Roma 2012.

tane, non possono che coagulare i loro interessi in forme migliori di sopravvivenza istituzionalizzata.¹⁰

definendo, con immediatezza suggestiva, la violenza con cui la reclusione impedì ai processi di liberazione di riabilitare alcune persone; non in virtù della loro diagnosi iniziale o delle loro pregresse condizioni psichiche, ma a causa delle logiche di controllo, repressione e manipolazione insite nel trattamento manicomiale. Per i bambini non fu diverso.

Ad Arezzo, fino dal 1935 era attivo l'Istituto Pediatrico Provinciale che, però, riservava il suo servizio alla cosiddetta “infanzia ammalata” (ma non di patologie neuropsichiatriche) e, a partire dagli anni '50, fu dotato di un piccolo reparto per gli immaturi. Negli stessi anni, fu aperto anche il Brefotrofio che accoglieva bambini “illegittimi” (sia riconosciuti che non riconosciuti dalla madre). Erano inoltre operativi alcuni servizi religiosi di suore che si occupavano dei bambini illegittimi ma, anche, di accoglienza a custodia domestica extrafamiliare dei bambini provenienti dall'ospedale psichiatrico provinciale quando, per questi, risultava impossibile una dimissione con reinserimento familiare (Consiglio Provinciale, 1964)¹¹. Il reparto infantile all'interno dell'ospedale psichiatrico, invece, non fu mai attivato né mai voluto da Arnaldo Pieraccini, il direttore che rimase in carica dal 1904 al 1950, il quale riteneva il “manicomio” un ambiente assolutamente inadatto all'infanzia e riteneva, con forza, che i bambini con patologie mentali o neuropsichiatriche potessero e dovessero rimanere in famiglia fino al raggiungimento di un'età che rendeva ingestibile il loro controllo, la loro o l'altrui sicurezza. Non potendosi ritenere pericoloso – né di pubblico scandalo – un bambino di età inferiore ai 10 anni, la sua ospedalizzazione era da auspicarsi non realizzabile, tantomeno perché l'istituto aretino non possedeva al suo interno un reparto dedicato o una scuola ortofrenica dove poter accogliere i cosiddetti “educabili” (ossia quelli con una compromissione intellettiva a livello di “deficienza mentale”)¹². Gli internamenti sotto i dieci anni, come da tabella 1, si riferivano quindi a bambini “ineducabili” il cui invio alle più vicine scuole ortofreniche di Firenze e Siena erano considerate “inutili spese” e/o appartenenti a famiglie con scarsa disponibilità ad assumersi la responsabilità di accudimento e controllo del figlio, perché in situazioni di povertà estrema o perché indisponibili a prendersene cura. La scuola ortofrenica, all'interno del comprensorio psichiatrico aretino, fu istituita solo nel 1952 e, solo da quell'anno, i bambini ebbero a disposizione un reparto riservato se appartenenti ai cosiddetti “recuperabili”, “parzialmente recuperabili” o “addestrabili”.

Quindi l'ospedale neuropsichiatrico di Arezzo, pur non avendo un reparto infantile dedicato, ospitò un certo numero di bambini “frenastenici”, “idioti” e “imbecilli”, “handicap-pati”, “mongoloidi” e “paralitici” che hanno infoltito le fila di una infanzia negata e resa “irrecuperabile” e di fronte alla quale anche gli psichiatri, gli psicologi, gli educatori più competenti nei processi di deistituzionalizzazione, furono costretti a desistere, a rassegnarsi a una “sopravvivenza istituzionalizzata”¹³. In questo breve lavoro sarà la storia di uno di

¹⁰ P. Tranchina, *Psicoanalista senza muri. Diario da una istituzione negata* (1989), Moretti&Vitali, Bergamo 2023, p. 153.

¹¹ Consiglio Provinciale, *Provincia di Arezzo*, III-9 (1964), pp. 3-17.

¹² Il pensiero di Arnaldo Pieraccini su questo specifico argomento è tratto dalle considerazioni inserite all'interno dei diari clinici delle cartelle cliniche visionate. ASONA, *Cartelle Cliniche*, buste dal n. 384 al n. 654.

¹³ L. Occhini, *Custodia domestica sussidiata del “pazzo tranquillo” nella pratica manicomiale di inizi '900*, in M. Aliverti (a cura di), *La psichiatria italiana tra ottocento e 900: dalla psichiatria manicomiale alla psichiatria territoriale*, Aracne, Roma 2018, pp. 121-143; C. Pesce, *Pratiche di liberazione. Il manicomio di Arezzo negli anni di Agostino Pirella (1971-1978)*, Pacini, Pisa 2023.

questi bambini (eterni minori anche nell'arido linguaggio clinico) che racconterà come – nonostante tutto – i processi di deumanizzazione di una esistenza manicomializzata, nel lungo termine, hanno ostacolato la restituzione dell'autonomia individuale.

Fonti di ricerca, metodo e primi risultati

Questo report è parte di una ricerca più ampia – attualmente in corso – che raccoglie la storia clinica manicomiale di tutti i bambini e le bambine da 0 a 10 anni internati/e nell'ospedale neuropsichiatrico di Arezzo, negli anni che vanno dal 1900 al 1994. La scelta di estrapolare – fino ad oggi – le storie cliniche dei bambini fino a dieci anni ha le sue radici nella distinzione classica del periodo infantile in: prima infanzia (fino a 2 anni), seconda infanzia (fino a 6 anni) e terza infanzia (fino a 10 anni o comunque fino all'inizio della pubertà) e quindi nel periodo di vita in cui si parla ufficialmente di “bambini” anche dal punto di vista meramente linguistico (Wallon, 1941)¹⁴. La scelta non è quindi riferibile ai modelli sociali ed educativi con cui l'infanzia era percepita dal punto di vista storico e sociologico nei primi decenni del 1900; è un dato riferito ad un periodo dello sviluppo psicofisico dell'individuo che non ha subito – negli anni – che lievi modificazioni.

Ad oggi, una restituzione completa dei dati è possibile solo per il campione maschile, il cui spoglio delle cartelle ha evidenziato la presenza di 105 bambini nella fascia d'età citata nell'arco temporale specificato. La ricerca prevede lo spoglio di tutte le cartelle cliniche dei pazienti che hanno avuto accesso all'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo¹⁵. Stiamo parlando di circa dodicimila cartelle (11.843 consultabili)¹⁶ che raccontano la storia manicomiale del 95% circa dei pazienti che vi furono internati¹⁷. Lo spoglio manuale delle buste, benché possa apparire una procedura d'indagine più lunga e dispersiva rispetto alla consultazione dei “registri di ammissione”¹⁸, si è reso necessario considerando che questi ultimi sono risultati poco accurati nell'indicare l'età dei pazienti al momento dell'ingresso nell'ospedale.

Durante lo spoglio viene creata una matrice di dati per ogni paziente che viene ricoverato per la prima volta fra gli 0 e i 18 anni: l'eventuale visita psichiatrica che precede il ricovero (se a fine perizia sia stato assegnato un sussidio e di quale entità), la data del primo ingresso e il tipo di dimissione (guarigione, custodia domestica, “non riconosciuta pazzia” ecc.), eventuali successivi ricoveri, data di morte e relativa causa, diagnosi definitiva, eventuale presenza di familiarità, giorni totali di internamento, note. La fase successiva è la lettura e la trascrizione di ogni cartella clinica relativa ai bambini.

La scelta di includere nello spoglio anche i minori entro i diciotto anni – nonostante il

¹⁴ H. Wallon, *L'evoluzione psicologica del bambino* (1941), Einaudi, Torino 1952.

¹⁵ L'apparato documentale dell'Archivio Storico dell'Ospedale Neuropsichiatrico di Arezzo (ASONA) è conservato presso la sede di Arezzo dell'Università degli studi di Siena, la gestione e conservazione è affidata alla Biblioteca di area Umanistica (Campus del Pionta). Per informazioni dettagliate sull'Archivio, la sua storia e le modalità di accesso alla consultazione: <https://www.sba.unisi.it/bauma/bauma-patrimonio/bauma-sezione-archivi/bauma-archivi>.

¹⁶ ASONA, *Cartelle Cliniche*, buste dal n. 384 al n. 654.

¹⁷ Il restante 5% delle cartelle o è andato perduto nei bombardamenti che hanno coinvolto Arezzo tra la fine del 1943 e l'inizio del 1944 o ha accompagnato la persona nel trasferimento presso le strutture residenziali che hanno accolto i pazienti in dimissione dopo l'entrata in vigore della legge 180 e che non sono rientrate, ad oggi, in possesso dell'Archivio.

¹⁸ ASONA, *Registri di ammissione*, registri dal n. 113 al n. 222.

fatto che la ricerca attuale preveda lo studio sui trattamenti psichiatrici nei bambini infradecenni – ha come scopo quello di creare una banca dati da cui attingere per ulteriori future indagini. Il diciottesimo anno d’età non si riferisce all’attuale raggiungimento della maggiore età ma segna, clinicamente, una tappa di passaggio in cui si assiste all’insorgenza – oggi come per tutto il 1900 – di disturbi mentali che non sono tipicamente appartenenti all’età dello sviluppo (“demenza precoce”, frenosi maniaco depressiva ecc.).

	n.	età media	% su minori (492)	% su uomini (7130)	% sul totale (12.494)	mortalità	% mortalità
bambini 1-5	11	4,3	2,2	0,15	0,09	6	54,5
bambini 6-10	94	8,1	19,1	1,3	0,75	41	43,6
bambini 1-10	105	7,7	21,3	1,5	0,84	47	44,8

TABELLA 1: Presenze di minori maschi (1901-1994).

Dai dati risultano ricoverati 492 bambini e adolescenti maschi fra 1 e 18 anni. 105 sono i bambini fra 1 e 10 anni. Come evidenziato nella tabella 1, si tratta del 21% circa dei minori maschi, l’1,5% dei degenti maschi nella loro totalità negli anni fra il 1900 e il 1994 (il periodo in cui l’ospedale neuropsichiatrico è rimasto operativo).

Il primo bambino fu ricoverato per “idiozia” nel 1904 a 8 anni; morirà di “peritonite tubercolare” nel 1910 dopo aver subito due ricoveri della durata di circa un anno ciascuno. L’ultimo bambino che accede all’ospedale sarà internato a 7 anni nell’ottobre del 1965 per “grave oligofrenia (idiozia)” e morirà di collasso cardiocircolatorio, a 18 anni, nell’aprile del 1976.

La maggioranza delle diagnosi rilevate ha a che fare con forme di “frenastenia”¹⁹ (84 bambini su 105 – 80%) nelle varie forme nosografiche che indicavano i diversi livelli di gravità del disturbo, “idiozia”, “imbecillità”, “deficienza”. Meno numerosi i ricoveri manicomiali per “imbecillità” e “deficienza” in quanto ritenuti bambini più controllabili i primi (e quindi dimessi comunemente con sussidio in assistenza domestica) ed educabili i secondi (e quindi preferibilmente inviati a un istituto ortofrenico). La maggioranza dei casi di “idiozia” aveva cause eziologiche di tipo cerebropatico di cui, quasi la metà, era associato a forme più o meno gravi di epilessia.

¹⁹ Oggi, potremmo diagnosticare gli stessi pazienti come bambini con disturbo dello sviluppo intellettivo essendo venuta meno, nel 2022 con la pubblicazione del DSM-5TR (APA, 2022) e con l’ICD11 (OMS, 2022) la denominazione di “disabilità intellettiva”. APA, American Psychiatric Association, *DSM-5-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*, Washington, DC., American Psychiatric Association Publishing, (2022). OMS, ICD-11, <https://icd.who.int/en> (2022, ultimo accesso: 13 aprile 2025).

La mortalità, nei minori di 10 anni, com'è possibile constatare nella tabella 1, risulta molto alta, coinvolgendo il 45% nel campione fino a 10 anni e fino a superare il 50% nei bambini fra 1 e 5 anni. Un dato che, seppur inquietante, è in linea con i risultati ottenuti da ricerche simili²⁰.

A partire dal 1965 non saranno più ricoverati bambini al di sotto dei 10 anni, come rari diventano gli internamenti che superano i 15 giorni nei minori sotto i 18 anni. Forse il sintomo iniziale di quell'epocale cambiamento che i manicomi subiranno nella primavera del 1978.

Estrapolando i dati del campione 0-10 anni, sulla base del tempo di ricovero, possiamo osservare che 20 bambini (19%) restano ricoverati per un periodo inferiore a un mese (media 10,5 giorni – il tempo necessario, quindi per perizie psichiatriche o per la fase dell'osservazione così come stabilito dalla legge 36/1904²¹); 21 di loro (20%) per periodi inferiori a un anno (media 3,7 mesi); 64 (61%) sono quelli ricoverati per un anno o più; 27 di loro – circa il 26% – rientrano in quella fascia di ospedalizzati che, tecnicamente, può dirsi dei lungodegenti: superano quindi i dieci anni di ricovero (vedi grafico 1 per l'andamento generale).

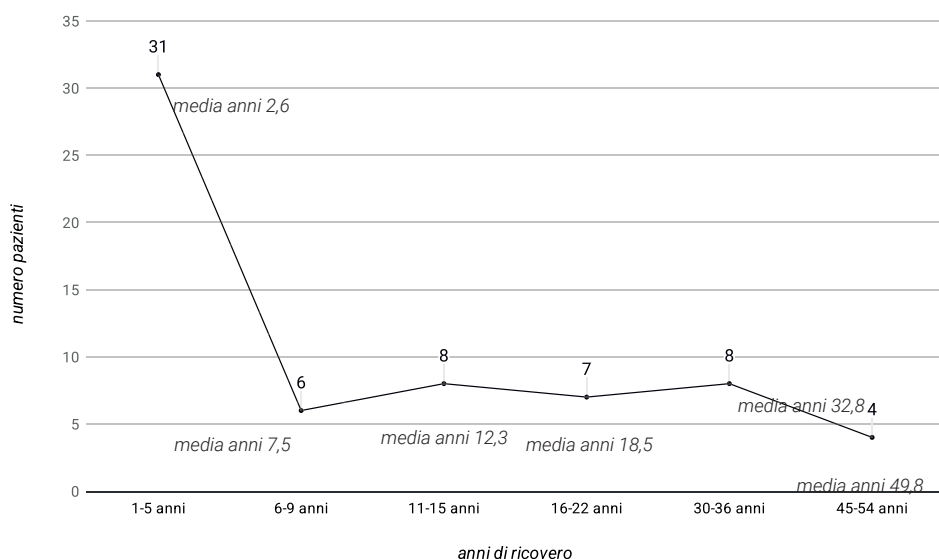


GRAFICO 1 – durata del ricovero in anni.

²⁰ V.P. Babini, *La questione dei frenastenici. Alle origini della psicologia scientifica in Italia (1870-1910)*, Franco Angeli, Milano 1996; R. Raimondo, C. Gentili, *Bambini e ragazzi negli ospedali psichiatrici tra Otto e Novecento: un'indagine tra le carte dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi di Bologna*, in «Rivista di Storia dell'Educazione», VII (2020), n. 2, pp. 109-119; F. Vannozzi, *Infanzia reclusa. I bambini del manicomio San Niccolò di Siena*, Nerbini, Siena 2020.

²¹ Secondo la Legge 36 del 1904, art. 2, il periodo di osservazione entro il quale deve essere stabilita l'ammissione definitiva è di un mese (https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/Legge_14_febbraio_1904.pdf). Nell'art. 49 del Regio Decreto del 1905, che approva il regolamento per la legge 36 (https://cartedalegare.cultura.gov.it/fileadmin/redazione/Materiali/1909_regolamento.pdf), si parla più precisamente di un periodo di osservazione di quindici giorni, eventualmente prorogabili per altri quindici, fino a un massimo di un mese.

A quest'ultimo gruppo appartengono 6 bambini che la storia ci rimanda con il termine “residuo manicomiale”; persone che, ricoverate a 3 anni il più piccolo e gli altri cinque dai 7 agli 8 anni, hanno passato dai 30 ai 47 anni della loro esistenza in un ospedale psichiatrico e che, ormai adulti, manifestavano tutti i segni della regressione istituzionale. Come tali risultarono difficilmente “ricollocabili” all'interno del contesto sociale. Per loro non fu possibile il rientro in ambienti familiari, amicali o parentali: la loro gestione, dal punto di vista comportamentale e sociale, risultava infatti quasi impossibile all'esterno dell'istituto. Furono gli ultimi a “lasciare” l'istituto, nel 1994: l'esempio incarnato della sopravvivenza istituzionalizzata che descrisse Tranchina nel suo diario.

Infine devo dire che sono molto scettico sul reinserimento familiare dei lungodegenti. I nostri malati vengono da famiglie piene di contraddizioni che si reggono su equilibri precari ricuciti sulla loro assenza, e per sopravvivere ricacciano il degente in ospedale. Credo che la soluzione passi attraverso le strutture intermedie. Chi è stato ricoverato per 10-30 anni, come la maggior parte dei pazienti del mio reparto, non può resuscitare di colpo. La famiglia si è ristrutturata su altre mete, ha venduto poderi, ha costruito case, ristrutturato spazi concreti, e emozionali, aspettative, tutto senza di lui. Secondo me non c'è da farsi troppe illusioni in questo senso per i lungodegenti.²²

Nella frase «non si può resuscitare di colpo» tutta la forza dell'idea che il manicomio costituiva la morte sociale che, per alcuni, diventava definitiva. Fra questi, Santino (nome di fantasia assegnato da Tranchina) che, più di altri, ha rappresentato una sfida per gli operatori negli anni basagliani ad Arezzo e la cui storia clinica verrà qui trattata in virtù della sua rappresentatività²³.

La “sopravvivenza istituzionalizzata” di Santino

*La psicanalisi si ferma di fronte a quell'uomo sull'ultimo davanzale*²⁴.

Santino viene considerato da psicologi e psichiatri, «il paziente più regredito del reparto». Tranchina (lo psicanalista che ne curava i tentativi di riabilitazione) scrive di lui in molte parti del suo diario. Così ne fotografa le condizioni, appena giunto all'ospedale aretino nel settembre del 1972.

Ho anche guardato alcune cartelle cliniche. Mi ha colpito quella di Santino. È la storia di una istituzionalizzazione precoce. È stato ricoverato 13 anni fa perché in famiglia non lo reggevano più. Aveva 10 anni [...]. Sulla cartella c'è scritto che è stato ricoverato per rendergli più facile frequentare la scuola. A 10 anni stava vestito, poi ha cominciato a mordersi, poi a sporcarsi addosso, ora sta sempre nudo, in posizione fetale, sul davanzale di marmo di uno stanzone tra i meno frequentati. Ha le ginocchia piagate, con le piaghe che si appoggiano sul marmo. Sembra che non senta male.²⁵

²² Paolo Tranchina, *Psicoanalista senza muri*, cit., p. 85.

²³ ASONA – Busta n° 631.

²⁴ P. Tranchina, *Psicoanalista senza muri*, cit., p. 208.

²⁵ *Ivi*, p. 40.

dopo sei anni di cameretta di isolamento, stava sotto una panca a mordere i pazienti ai polpacci come un cane. L'hanno ridotto a una bestia.²⁶

Santino, a quanto pare, era una specie di ambita femminella, data l'età, e poi anche perché è bello, con un viso dolce, regolare, che i malati i malati si tiravano a letto. [...] Il lavoro anticostituzionale tira fuori alla luce mucchi di stracci puzzolenti come se in manicomio ci fosse la licenza della perversione.²⁷

La storia anamnestica di Santino: vive in una zona premontana, le condizioni culturali, dei genitori non sono note ma, plausibilmente si può immaginare (considerando la provenienza) una scolarizzazione assente o minimamente elementare. La madre non lavora, il padre è un operaio agricolo e le condizioni economiche vengono definite "disagiate". Viene trascritto che la madre, da giovane, "soffriva di convulsioni", il padre muore nel 1955, quindi pochi anni prima della ospedalizzazione definitiva di Santino. Ha una sorella maggiore ("sposata fuori casa" e dama di compagnia), descritta come "sana". I rapporti fra Santino e i familiari:

dimostrava molto affetto per la mamma; con il babbo anche; sulle prime, ma poco dopo che lo vedeva, dal ritorno dal lavoro, gli diceva "tu vai via" ed il padre se la prendeva molto ma lo comprendeva con la sorella che ha 7 anni più di lui stava in buoni rapporti.²⁸

La storia istituzionale di Santino e i suoi rapporti con la scienza medica cominciano alla nascita, nel 1946: nasce con la retroversione dei piedi e viene operato; a 8 giorni, manifesta crisi convulsive che poi scompariranno. Pieraccini (l'allora direttore dell'ospedale psichiatrico) diagnostica una paralisi infantile. Nel 1953, a 7 anni, viene visitato dal direttore Benvenuti che, determinandone il destino di pericolosità per se stesso, annoterà:

Il p. non conosce molto il pericolo (non scansa le automobili). Grave ritardo della parola con difetto di pronunzia. Buono, obbediente, affettuoso. Lieve compromissione mentale. Ho consigliato di riportare il ragazzo a maggio e poi decidere il ricovero.²⁹

Nel 1954 inizia il processo di istituzionalizzazione vera e propria con l'ammissione all'Istituto Medico Pedagogico Umberto I per fanciulli e minorati psichici di Firenze. Così la relazione di dimissione del 7 settembre 1955:

si è presentato per il ricovero in questo Istituto, il bambino S. [...], da noi precedentemente accettato sulla base dell'informativa trasmessaci, ed ora inviato. Però le condizioni psichiche del medesimo ci sono subito risultate molto gravi, e assolutamente divergenti dagli elementi che nel questionario ci erano stati descritti, e che avevano indotto il nostro provvedimento di accettazione. Il bambino, infatti, dimostra uno sviluppo mentale non superiore ai 2 anni, ha un comportamento irrequieto, agitato, impulsivo, con affettività elementare, e con linguaggio rudimentale: non può essere ritenuto scolarizzabile, e non ha possibilità d'una sia pur modesta valorizzazione sociale.

²⁶ *Ivi*, p. 45.

²⁷ *Ivi*, pp. 57-58.

²⁸ ASONA, busta n. 631.

²⁹ *Ibidem*.

Sulla base di questi elementi si è dovuto far presente la situazione ai genitori, ed avvertirli che il bambino avrebbe potuto, stante la pratica di ricovero ormai perfezionata, essere trattenuto per un breve periodo, ma non aveva probabilità che il ricovero fosse poi mantenuto per un programma medico-pedagogico, corrispondente alle finalità e alle possibilità dell'Istituto.³⁰

Dal gennaio del 1956, quando Santino ha solo 10 anni, la sua esistenza si svolgerà unicamente all'interno delle mura manicomiali con una diagnosi di «frenastenia di livello elevato al grado dell'idiozia». La madre, nel corso dell'anamnesi, parla di un bambino ingestibile, in grado di formulare solo poche parole, caparbio e dispettoso nel «rifiutare i panni», che non può essere tenuto in famiglia né a scuola. Lo psichiatra annota che il comportamento è improntato a «impulsività», «irrequietezza», «clamorosità»; l'attività psichica è limitata a soddisfare la vita vegetativa: viene quindi inviato al Reparto Infermeria Cronici (dove venivano accolti gli incurabili, i «malpropri», gli anziani in attesa della morte). Qui viene messo «in letto» e, considerata la sua «chiassosità», il suo continuo «esser movimentatissimo e di fastidio per gli altri malati e per il personale», verrà trattato con «dosi massicce di sedativo» nonostante il quale viene abitualmente «mantenuto in letto e spesso anche fissato per facilitarne il controllo». Viene dimesso dopo tre mesi e affidato al padre in esperimento con un sussidio.

Rientrerà nel 1959 in condizioni psichiche pressoché immutate. All'interno dell'istituzione, però, subisce una regressione psichica significativa: si morde, è sudicio, si graffia, è un «laceratore» e strappa vestiti e biancheria, se lasciato privo di sedativi aggredisce gli altri pazienti mordendoli, la capacità di espressione verbale è ulteriormente ridotta e si limita a «monosillabi rudimentali». Viene ricoverato al Reparto Inquieti e questo sancisce la sua pericolosità istituzionale. La maggioranza del tempo lo passa in una celletta di isolamento, completamente nudo (ché troppo costerebbe in denaro e tempo provare a tenerlo vestito) e raggomitato su un davanzale di marmo; subisce abusi sessuali da parte di altri pazienti.

Quando Tranchina arriverà a lavorare ad Arezzo nel Reparto Inquieti, come psicanalista, nel 1972, comincerà con lui un lavoro di riabilitazione basato sulla relazione (lavoro con la plastilina, stimolazioni all'uso della parola) e sul recupero della socialità (brevi uscite; educazione a indossare abiti; brevi uscite in giro per il parco dell'ospedale e poi in città). Nel corso di due anni, con una riabilitazione quotidiana in cui sono coinvolti infermieri e anche pazienti, Santino procede verso una sensibile «riacquisizione dell'identità»: tiene abiti e scarpe perché gli vengono fatti scegliere, mangia con gli altri degenti utilizzando le posate, solo in alcuni momenti cerca l'isolamento; frequenta la scuola e «Santino bello, vispo e vestito che lavora con pezzi di plastica colorata è la gioia della maestra»³¹.

Quando il Reparto Inquieti chiude definitivamente, Santino è trasferito in un ambiente meno escludente e, nonostante i primi periodi di destabilizzazione in cui si riappropria di comportamenti aggressivi e negativistici, la riabilitazione sociale sembra avere effetti positivi. Negli anni, e con il suo trasferimento alla Terapia Occupazionale Uomini, i livelli di socializzazione tendono a diventare sempre più adeguati fino a che, agli inizi del 1980, Santino comincia a manifestare segni di aggravamento nella quantità e qualità delle crisi epilettiche e, con queste, aumenta l'aggressività e l'irrequietezza (sono numerosi, in cartella, i ricoveri in pronto soccorso per incidenti e ferite). Tenta più volte di fuggire dal nuovo reparto ed è necessario affiancargli un infermiere territoriale che mantenga costantemente la vigilanza

³⁰ *Ibidem*.

³¹ P. Tranchina, *Psicoanalista senza muri*, cit., pp. 73 e 77.

su di lui. Da questo momento in poi ha inizio una nuova forma di regressione: Santino non può essere accolto in famiglia, non esistono strutture in grado di accoglierlo e di contenere l'espressione della sua patologia e all'età di 48 anni, nel 1994, fu trasferito, in realtà spostandosi solo di qualche decina di metri, per essere accolto in una residenza protetta la cui costruzione apparteneva all'antico villaggio manicomiale in dismissione. Questo gli permise di non essere sradicato da una realtà che era l'unica che avesse mai conosciuto e alla quale potesse adattarsi e di non dover affrontare un mondo nel quale – difficilmente – avrebbe potuto essere incluso dopo averne subito l'espulsione.

È una storia di «sopravvivenza istituzionalizzata» di cui parla Tranchina, sono gli effetti patogenetici della illusoria “cura” fornita dagli ospedali psichiatrici. Santino, è un “idiota di grado elevato”, non è scolarizzabile, non ha possibilità di valorizzazione sociale; è quindi destinato alla mera “custodia”, a quella forma di abbandono terapeutico che, nel tempo, relegava gli incurabili nelle infermerie e nei reparti per pazienti cronici, o più correttamente per pazienti cronicizzati a causa della desistenza terapeutica... nonostante gli sforzi professionali di chi aveva tentato anche per lui un percorso di liberalizzazione.

Bibliografia

- APA, American Psychiatric Association, *DSM-5-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*, American Psychiatric Association Publishing, Washington DC 2022.
- Associazione per la lotta contro le malattie mentali. Sezione autonoma di Torino, *La fabbrica della follia. Relazione sul Manicomio di Torino*, Einaudi, Torino 1971.
- Babini, V.P., *La questione dei frenastenici. Alle origini della psicologia scientifica in Italia (1870-1910)*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Bocci, F., *Una mirabile avventura. Storia dell'educazione dei disabili da Jean Itard a Giovanni Bollea*, Le Lettere, Firenze 2019.
- Bollea, G., *Classi differenziali e classi speciali e scuola integrata*, in «Neuropsichiatria infantile», nn. 116-117, (1970), pp. 893-916.
- Bollea, G., *Disadattati e minorati*, Laterza, Bari 1964.
- Cappellari, G., De Rosa, D., *Il padiglione Ralli. L'educazione dei bambini anormali tra positivismo e idealismo*, Unicopli, Milano 2003.
- Consiglio Provinciale, *Provincia di Arezzo*, III-9 (1964), pp. 3-17.
- Gaino, A., *Il manicomio dei bambini. Storie di istituzionalizzazione*, Gruppo Abele, Torino 2017.
- Mangione, A., *L'infanzia negata nei contesti manicomiali. Bambini reclusi, dall'antichità alla Legge Basaglia*, Self Publishing, 2023.
- Maugeri, A., *Bambini in manicomio: agli albori dell'integrazione scolastica*, Genova University Press, Genova 2020.
- Maugeri, A., *Alle origini dell'integrazione scolastica: un caso di studio nel Manicomio di Pratozanino*, in «Formazione & Insegnamento», XX (2022), n. 2, pp. 314-327.
- Occhini, L., *Custodia domestica sussidiata del “pazzo tranquillo” nella pratica manicomiale di inizi '900*, in *La psichiatria italiana tra ottocento e 900: dalla psichiatria manicomiale alla psichiatria territoriale*, a cura di M. Aliverti, Aracne, Genova, 2018, pp. 121-143.
- Occhini, L., *Cronicità e caregiver burden: dal “Grande Internamento” all'efficacia terapeutica*, in *Da familiare a caregiver. La fatica del prendersi cura*, a cura di L. Occhini, G. Rossi,

- Franco Angeli, Milano 2019, pp. 41-62.
- OMS, *ICD-11*, <https://icd.who.int/en>, 2022 (ultimo accesso: 13 aprile 2025).
- Ossicini, A., *Gli esclusi e noi*, Armando Editore, Roma 1973.
- Paolini, A., *Avevo solo le mie tasche. Manoscritti dal manicomio*, Sensibili alle foglie, Roma 2016.
- Papuzzi, A., *Portami su quello che canta. Processo a uno psichiatra*, Einaudi, Torino 1977.
- Pesce, C., *Pratiche di liberazione. Il manicomio di Arezzo negli anni di Agostino Pirella (1971-1978)*, Pacini, Pisa 2023.
- Psichiatria Democratica, *Bambini in manicomio*, Bulzoni, Roma 1975.
- Raimondo, R., Gentili, C., *Bambini e ragazzi negli ospedali psichiatrici tra Otto e Novecento: un'indagine tra le carte dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi di Bologna*, in «Rivista di Storia dell'Educazione», VII (2020), n. 2, pp. 109-119.
- Rossi Menchetti, F., *Il cielo infranto. Quel lungo tunnel della follia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2014.
- Sartori, E., *Maria e Giuseppe in manicomio. I bambini eccitati*, Alpes, Roma 2012.
- Sartori, E., *Bambini dentro. I minori in ospedale psichiatrico nel XX secolo: il caso di S. Maria della Pietà di Roma*, Edizioni del Faro, Trieste 2014.
- Tortorella, P., *I ragazzi di Villa Giardini. Il manicomio dei bambini a Modena*, a cura di E. Becchi, Aliberti, Reggio Emilia 2018.
- Tranchina, P., *Psicoanalista senza muri. Diario da una istituzione negata* (1989), Moretti&Vitali, Bergamo 2023.
- Vallinotto, M., *Ma è per il suo bene*, in «L'Espresso», 26 luglio 1970.
- Vannozzi, F., *Infanzia reclusa. I bambini del manicomio San Niccolò di Siena*, Nerbini, Siena 2020.
- Wallon, H., *L'evoluzione psicologica del bambino* (1941), Einaudi, Torino 1952.

“Reggio 15”: un periodico contro il manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia

Francesco Paoletta

“Reggio 15” (d’ora in poi R15) è stato un periodico pubblicato a Reggio Emilia fra il 1966 e il 1970, espressione del variegato mondo della sinistra comunista e cattolica, facendosi voce del movimento degli studenti e, più in generale, di tutte le forme di contestazione che si sono affacciate alla ribalta nell’ambiente per molti versi angusto e conservatore della provincia emiliana. Il territorio reggiano era guidato dall’inizio del dopoguerra da amministrazioni locali a maggioranza social-comunista e R15 si propose anzitutto come strumento di critica verso tutti quei poteri (economici, ma non solo) e di quelle istituzioni che rimanevano al di fuori dell’influenza degli enti locali. R15 uscì dunque per circa 4 anni e mezzo, sempre a cadenza quindicinale, volendo documentare le diverse forme del fermento culturale e del dissenso politico e i mutamenti del costume giovanile. Ma chi scriveva su R15? Il periodico poteva contare su un gruppo di collaboratori fissi, quasi tutti giovani: semplificando molto, gli autori della rivista appartenevano o al mondo del giornalismo (diversi sarebbero poi finiti a scrivere per “L’Unità”) oppure al mondo della politica (non mancavano articoli di esponenti del PCI reggiano, firmati sotto pseudonimo) o, ancora, si trattava di intellettuali e artisti, come Ermanno Cavazzoni¹ e Vittorio Cavicchioni².

Fra le istituzioni che rappresentarono un obiettivo polemico costante del periodico, c’è stato senza dubbio il grande ospedale psichiatrico reggiano di San Lazzaro (che serviva anche per la provincia di Modena) e che era governato da un’Opera pia guidata da un gruppo dirigente moderato, che si riferiva alle forze governative³. Alla vigilia delle elezioni politiche del 1968, la redazione di R15 pubblicò un resoconto delle iniziative messe in atto

¹ Ermanno Cavazzoni (1947), scrittore e sceneggiatore reggiano, ha insegnato all’Università di Bologna. Fra i suoi libri, diversi dei quali dedicati al tema della follia e degli internamenti manicomiali, cfr. E. Cavazzoni, *Il poema dei lunatici*, Bollati Boringhieri, Torino 1987; E. Cavazzoni, *Vite brevi di idioti*, Feltrinelli, Milano 1997; E. Cavazzoni, *La galassia dei dementi*, La Nave di Teseo, Milano 2018.

² Vittorio Cavicchioni (1920-2015), scenografo e pittore, è stato uno degli artisti reggiani più significativi nella seconda metà del Novecento. Cfr. Aa. Vv., *Vittorio Cavicchioni. La pittura del desiderio*, Palazzo Magnani, Reggio Emilia 2009.

³ Per una introduzione alla storia del San Lazzaro, cfr. M. Bergomi, M. Dall’Acqua, M. Miglioli, G. Paltrinieri (a cura di), *Il cerchio del contagio. Il San Lazzaro tra lebbra, povertà e follia, 1178-1980*, Istituti neuropsichiatrici San Lazzaro, Reggio Emilia 1980; M. Bergomi, M. Dall’Acqua, M. Miglioli, *Considerazioni di metodo per la storia della psichiatria. Una ricerca sul San Lazzaro di Reggio Emilia*, in «Quaderni storici», vol. 17, n. 49, aprile 1982, pp. 302-319; F. Paoletta, *Ai margini della Reggio dell’Ottocento. Devianza e psichiatria*, in A. Cenci, A. Ferraboschi (a cura di), *Reggio Emilia dal Ducato all’Italia unita. Atti del convegno “Dal Ducato Estense all’Italia postunitaria. Società, cultura e territorio a Reggio Emilia (1814-1889)”*, Antiche Porte, Reggio Emilia 2019, pp. 115-128. Per la provincia di Modena, cfr. A. Giuntini (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella Provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, TEM, Modena 2009.

sino allora contro la cultura dominante e contro i centri di potere nazionali e locali, fra cui appunto anche le istituzioni sanitarie cittadine: «Abbiamo denunciato i metodi di alcuni grossi industriali. Scostato il velo polveroso che nascondeva l'attività delle banche cittadine. Ci siamo interessati dei giovani e della scuola. Abbiamo messo al sole le magagne di parecchi e importanti istituti cittadini: dal "San Lazzaro" all'ospedale»⁴.

D'altra parte, R15 cercò costantemente voci e forze alternative allo *status quo*, alla realtà istituzionale che faceva del San Lazzaro un luogo di violenza e di esclusione. Nella seconda metà degli anni Sessanta la rivista raccontò in particolare – come vedremo – l'avvento del Servizio Psichiatrico Provinciale guidato da Giovanni Jervis⁵, voluto dall'Amministrazione provinciale per combattere "da fuori" il manicomio. L'attenzione costante verso il San Lazzaro, che "scopri" ben presto le pessime condizioni di vita degli internati, ma anche delle centinaia di infermieri e operai che vi lavoravano⁶, raggiunse il suo apice nel 1969, quando la Commissione amministrativa cambiò maggioranza, finendo sotto il controllo dei partiti sinistra. R15 si collocava dunque senza esitazioni nel movimento delle lotte anti-istituzionali, che si rifacevano in particolare a Franco Basaglia, cercando costantemente di approfondire gli spunti possibili per alternative concrete al manicomio:

È chiaro che la abolizione dell'istituto manicomiale passa soltanto attraverso una trasformazione radicale della società: ciò non toglie, però, che fin da ora si possano compiere sforzi per una interpretazione nuova dell'assistenza psichiatrica. E la crisi del San Lazzaro, infatti, tocca anche il personale medico e infermieristico.⁷

Non possiamo elencare qui tutti gli interventi che R15 dedicò al San Lazzaro: inchieste, interviste, pubblicazione di documenti e di lettere di denuncia su una situazione gestionale e terapeutica compromessa da una amministrazione chiusa e retriva. Vedremo alcuni casi particolari, ma in termini generali possiamo sottolineare alcuni elementi costanti in questa contestazione al "male radicale" del manicomio e che troviamo ben riassunti in un articolo di Paolo Carta, *San Lazzaro anno zero*: già da troppi anni, infatti, il San Lazzaro viveva una crisi strutturale dovuta a una conduzione in cui, in sostanza, «i problemi puramente amministrativi e politici in senso stretto hanno prevalso su quelli sanitari»⁸. Il San Lazzaro era un cronicario sovraffollato, saturato sempre più in ogni posto disponibile per far cassa e far quadrare i conti. Soffriva di una carenza grave di infermieri e medici e in esso – ecco il limite più grande – si perseguiva l'idea errata di far convivere nello stesso luogo medicina e psichiatria. Gli ambiziosi progetti di riforma del manicomio, presentati dalle amministrazioni moderate negli anni Sessanta, non avevano fatto altro che far acuire quella crisi. Di più, il San Lazzaro viveva una situazione di assoluta refrattarietà a ogni potenziale innovazione in campo terapeutico e riabilitativo, per la totale chiusura della direzione sanitaria per la completa assenza di dialogo (per non dire di dissenso) all'interno, fra gli operatori. In particolare, è interessante il giudizio sulla figura di Piero Benassi, che

⁴ La Redazione, *Reggio 15 si confessa*, in «Reggio 15» (d'ora in avanti R15), a. III, n. 9, 28/04/1968, p. 3.

⁵ Giovanni Jervis (1933-2009) è stato un importante psichiatra e saggista. Dopo aver collaborato con Ernesto De Martino, tra il 1966 e il 1969 lavorò a Gorizia con Franco Basaglia. Dopo il periodo svolto a Reggio Emilia, nel 1977 si trasferì a Roma per insegnare alla Sapienza. Cfr. M. Fiorani, *Intervista a Giovanni Jervis*, in «Medicina & Storia», vol. 10, f. 19-20, 2010, pp. 187-219.

⁶ Cfr. *Infermieri in fuga? Rocambole al San Lazzaro*, in R15, a. I, n. 2, 12/06/1966, p. 6.

⁷ P. Zini, *Scendono in campo anche i professori. Per il rinnovamento del San Lazzaro*, in R15, a. IV, n. 8, 20/04/1969, p. 5.

⁸ P. Carta, *San Lazzaro anno zero*, in R15, a. II, n. 6, 19/03/1967, p. 5.

fu direttore del San Lazzaro dal 1964 al 1994:

In causa non è soltanto un diverso rapporto tra istituto psichiatrico e amministrazione provinciale [...]. In causa è la concezione stessa dell'assistenza psichiatrica come problema di interesse generale, per cui quando si viene a sapere che i concorsi a premi per il presepe e i pranzi collettivi sono intesi come socioterapia e che balli e danze collettive e festivals della canzone come ludoterapia (relazione del prof. Benassi pubblicata sul bollettino AMOPI, gennaio 1967) è lecito domandarsi se questi malati hanno possibilità effettive di un reinserimento nella società.⁹

Dopo lunghi anni di «immobilismo democristiano»¹⁰, con la presidenza del socialista moderato Giuseppe Amadei¹¹, parlamentare, che era considerato il simbolo stesso di istituzioni chiuse e clientelari, come appunto il vecchio manicomio reggiano, il «corpo gigantesco» del San Lazzaro aveva messo in cantiere progetti di rinnovamento esclusivamente rivolti ad aumentare il budget di qualche miliardo (nuove strutture, come un nuovo reparto neurologico). Questa «visione aziendalistica», apparentemente rivolta alla modernizzazione, era in realtà uno strumento di pura conservazione. Una “metamorfosi” che in realtà era contro gli enti locali (fra l'altro, non consultati) e contro tutte le esperienze di innovazione ormai diffusi anche in Italia, così come contro i contenuti della Legge Mariotti, approvata nel 1968.

Questa idea di manicomio era assolutamente pericolosa. Come ha sostenuto in una intervista Severino Delogu¹², passato da Reggio in occasione di un convegno organizzato dalla Provincia a dicembre 1968 e dedicato a *Valore e significato della prevenzione delle malattie mentali*, i progetti di Benassi e Amadei puntavano a isolare sempre più il San Lazzaro, rafforzando l'egemonia del manicomio nel tessuto sociale: ad esempio,

I Centri di Igiene Mentale sono concepiti nel documento [la relazione della Direzione sanitaria del San Lazzaro] non come uno degli strumenti per rovesciare l'attuale impostazione dell'assistenza alle malattie mentali, ma solo come un mezzo per rafforzare ulteriormente l'egemonia dell'ospedale psichiatrico. In questa maniera i Centri d'Igie-

⁹ P. Carta, *Hanno messo Amadei in minoranza. Clamoroso colpo di scena al San Lazzaro*, in R15, a. II, n. 8, 16/04/1967, p. 5. Interessante notare come Piero Benassi abbia proceduto negli ultimi decenni a una complessiva opera di rilettura (anzi diremmo: di *revisionismo*) della storia del manicomio reggiano, dalle sue origini ottocentesche e fino agli anni della contestazione e, poi, della riforma del 1978, imponendo, anche grazie a un sostanziale vuoto storiografico, una visione così sintetizzabile: al San Lazzaro si stava in realtà già lavorando alla “umanizzazione” del manicomio e (!!!) nella stessa direzione del movimento basagliano, ma solo per “furore ideologico” ciò non sarebbe mai stato riconosciuto. Cfr. P. Benassi, *La fine dell'era manicomiale: verso una nuova era psichiatrica*, Guaraldi, Rimini 1993; P. Benassi, *1960-2010: mezzo secolo di psichiatria italiana*, Franco Angeli, Milano 2014; P. Benassi, *Storie di una psichiatria viva: appunti biografici e storia della chiusura dell'Ospedale Psichiatrico “San Lazzaro” di Reggio Emilia*, Consulta, Reggio Emilia 2019; P. Benassi, *La storia del famoso manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia: vicende e protagonisti*, Consulta, Reggio Emilia 2023.

¹⁰ P. Carta, *La dolce prigione. Duemila ammalati di mente da salvare*, in R15, a. II, n. 7, 02/04/1967, p. 10.

¹¹ Giuseppe Amadei (1919-2020), uomo politico originario di Guastalla (RE), a lungo deputato nelle fila socialista e con incarichi di governo dagli anni Sessanta agli anni Ottanta, collezionò inoltre diversi incarichi in ambito locale, fra cui la presidenza del San Lazzaro.

¹² Severino Delogu (1925-1990), medico e saggista, fu a lungo impegnato nell'attività nella fila del PCI nell'ambito della medicina sociale, delle politiche sanitarie e della lotta agli ospedali psichiatrici. Cfr. ad esempio S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Einaudi, Torino 1967; S. Delogu, *La salute dietro l'angolo: dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del paese*, Roberto Napoleone, Roma 1978.

ne Mentale diventano la cinghia di trasmissione di tutto il meccanismo di esclusione realizzato dall'istituzione psichiatrica, funzionando come il più agghiacciante meccanismo di selezione e di ricerca di persone da ricoverare.¹³

Per R15 l'unica soluzione era passare finalmente a una gestione «democratica» del manicomio, il cui organo di governo doveva essere provincializzato e tolto al controllo dei partiti moderati. Tutt'al contrario di quanto perseguiva la presidenza di Amadei (iniziata alla fine del 1965), che era il vero «nemico» del nostro periodico. Basta elencare alcuni titoli: *Presidenza minacciata*¹⁴, *Fanno fuori Amadei*¹⁵, *L'uomo della contro riforma*¹⁶, *Vacilla il trono di Amadei*¹⁷.

Vediamo che, in alcuni casi, e cioè quando R15 prospettava imminenti sfiducie votate contro Amadei, si trattava più che di notizie vere e proprie, di auspici. Amadei era soprattutto un «politico astuto e lungimirante», un vero collezionista di cariche (oltre a quella parlamentare e a quella come responsabile dell'organizzazione del PSU, era anche presidente dell'ospedale di Guastalla), che era riuscito a farsi eleggere alla presidenza del San Lazzaro anche dalle forze di sinistra, illudendo nella possibilità di un cambiamento. All'opposto, Amadei si era ben presto rifugiato nel «miracolo» di progetti faraonici, non trascurando di esercitare il potere discrezionale di assunzione di nuovo personale salariato, in base allo Statuto in vigore, il che gettava ovviamente un'ombra «clientelare» sul suo operato. Il San Lazzaro di Amadei aveva una concezione addirittura «pre-lombrosiana della psichiatria»¹⁸ ed era usato come centro di potere e bacino di voti. In un frangente, addirittura, R15 denunciò un caso di utilizzo illecito, a fini elettorali, di un veicolo del manicomio, che avrebbe trasportato un malato a votare in una sede congressuale del PSU reggiano¹⁹. Tale notizia provocò la reazione della Commissione amministrativa, che intraprese un'azione legale contro il periodico, sporgendo querela, azione poi risoltasi in un nulla di fatto alla fine del 1969, una volta caduto Amadei²⁰.

R15 ha svolto dunque con frequenza costante inchieste e reportages sul San Lazzaro e, più in generale, sullo stato dell'assistenza psichiatrica a Reggio Emilia, interventi che a volte erano stati suscitati da drammatici episodi di cronaca. È il caso di un articolo del 1966 a firma del già citato Paolo Carta, dedicato alla morte per annegamento in piscina di un ragazzo che soffriva di epilessia e che era ricoverato nel reparto «De Sanctis» (una specie di scuola-convitto per ragazzi considerati recuperabili). Quella morte fece emergere, anche proprio in particolare per l'assistenza ai minori, una condizione di assoluto degrado

¹³ *Distruggere il San Lazzaro. Un'esplosiva intervista col prof. Severino Delogu*, in R15, a. IV, n. 1, 12/01/1969, pp. 6-7.

¹⁴ Cfr. *Al S. Lazzaro per Amadei presidenza minacciata*, in R15, a. I, n. 4, 09/07/1966, p. 7.

¹⁵ Cfr. P. Di Dono, *Al S. Lazzaro fanno fuori Amadei*, in R15, a. II, n. 1, 08/01/1967, p. 7.

¹⁶ Cfr. P. Pierini, *L'uomo della contro riforma. Superata all'ultimo istante la crisi degli istituti "S. Lazzaro"*, in R15, a. III, n. 2, 21/01/1968, p. 5.

¹⁷ Cfr. P. Carta, *Vacilla il trono di Amadei: finalmente un po' di luce sull'Istituto Psichiatrico S. Lazzaro*, in R15, a. III, n. 16, 06/10/1968, p. 5.

¹⁸ P. Pierini, *L'uomo della contro riforma. Superata all'ultimo istante la crisi degli istituti "S. Lazzaro"*, in R15, cit.

¹⁹ Cfr. F. Di Fazio, *L'ambulanza dei matti al servizio di Amadei: nelle elezioni congressuali del P.S.U. reggiano*, in R15, a. III, n. 17, 20/10/1968, p. 3.

²⁰ Cfr. Archivio amministrativo dell'ex Ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia, Verbali della Commissione amministrativa, Seduta dell'11 novembre 1968, punto 4: «Richiesta del consigliere rag. M. in ordine alle affermazioni riportate sul periodico 'Reggio 15', n.17 del 20 ottobre c.a. e provvedimenti conseguenti»; *ivi*, Seduta del 4 dicembre 1969, punto 2: «Proposta di transazione dei sigg. B.A. e C.G. in ordine alla risoluzione, in sede di appello, del gravame instauratosi con la querela da parte di questi istituti al periodico 'Reggio 15'».

e di abbandono. Per il giornalista si trattava anzitutto di non considerare quella tragedia come un caso isolato, né come un semplice incidente. Le carenze strutturali, la mancanza di personale e di posti letto, nonché di ogni minima dotazione pedagogica, facevano appunto del “De Sanctis” un vero «Lager per bambini»²¹. Il “De Sanctis” sapeva paradossalmente unire il peggio della struttura manicomiale ad una sostanziale mancanza di sorveglianza. Da ultimo, emergevano anche l'indifferenza della dirigenza del manicomio nonché una veloce cappa omertosa impostasi anche su quell'episodio²².

Ciò detto, passiamo al fronte opposto e cioè a tutta la rete degli oppositori al San Lazzaro, che ebbe un deciso sviluppo con il 1968 e, in particolare, con l'ingresso della “emergenza manicomiale” nell'agenda del movimento studentesco reggiano e ciò – come è stato notato²³ – fu favorito anche dal fatto che in città mancasse una sede universitaria. Anche a Reggio la denuncia dei “manicomi come Lager” divenne verso la fine del '68 una vera parola d'ordine: in occasione del già citato convegno in Sala del Tricolore del 21 dicembre sulla prevenzione delle malattie mentali, fu presentata la sezione locale del “Gruppo di studio sulle istituzioni psichiatriche”, gruppo creatosi qualche settimana prima²⁴. Fino a quel momento (e per diverso tempo ancora) il Gruppo era riuscito a entrare una sola volta dentro il San Lazzaro: l'obiettivo era sempre quello di denunciare l'istituzione, l'autoritarismo con cui era retto, la sua sostanziale irrecuperabilità, ma anche di mostrare i pericoli dei piani di “razionalizzazione” già in atto, che andavano appunto smascherati. Amadei in questo senso era già da tempo identificato come «l'anti-Basaglia».

Un'altra figura che si affaccia sulle pagine di R15 è quella degli infermieri del San Lazzaro: la loro però era una presenza che faceva molta fatica a organizzarsi e a proporsi come parte del movimento di contestazione²⁵. Anche dopo le dimissioni di Amadei, non si è davvero mai avviata al San Lazzaro una vera e propria mobilitazione, se non con azioni sindacali a carattere rivendicativo (non molto efficaci peraltro). Questa situazione non sarebbe cambiata ancora a lungo, così come, allo stesso modo, era troppo pochi gli psichiatri “sensibili” alla causa. Soltanto piccoli gruppi di dipendenti si mostravano attenti alle idee di rinnovamento e la realtà complessiva dentro il San Lazzaro dava ragione a chi vedeva negli infermieri niente altro che un terminale di una «catena di violenza». Il distacco fra dentro e fuori il manicomio aumentava sempre più, se consideriamo che proprio nel 1969 l'Amministrazione provinciale riuscì, dopo diversi mesi di intralci burocratici, ad avviare l'esperienza del Servizio Psichiatrico Provinciale (SPP), affidato a Giovanni Jervis, proveniente da Gorizia²⁶. Fin dal 1967, ovvero dall'epoca dei primi progetti presentati dalla Provincia di Reggio, anche

²¹ Cfr. P. Carta, “Lager” per bambini. La morte di Mauro Messori piccolo ospite dell'Istituto “De Sanctis”, in R15, a. I, n. 5, 23/07/1966, pp. 8-9.

²² Cfr. Omertà sull'Istituto “De Sanctis”: un documento della Provincia di Parma conferma le nostre accuse, in R15, a. I, n. 6, 06/08/1966, p. 13.

²³ Cfr. G. Vezzani, *Leggevamo Gramsci e Marcuse*, in «Psicoterapia e scienze umane», 3 (2010), pp. 377-392.

²⁴ Cfr. *Manicomio come Lager. Inizia un nuovo rapporto tra ospedale psichiatrico e collettività*, in R15, a. IV, n. 1, 12/01/1969, pp. 10-11.

²⁵ Cfr. *Ci scrivono gli infermieri del S. Lazzaro*, in R15, a. II, n. 10, 14/05/1967, p. 4.

²⁶ Cfr. C.G. De Vito, *Tecnici e intellettuali dei “saperi speciali” nei movimenti degli anni Settanta a Reggio Emilia*, in L. Baldissara (a cura di), *Tempi di conflitti, tempi di crisi. Contesti e pratiche del conflitto sociale a Reggio Emilia nei lunghi anni Settanta*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli 2008, pp. 387-426; A. Ferraboschi, *Comunità locali e protagonismo istituzionale. Pratiche dell'innovazione sociale a Reggio Emilia (1888-1978)*, in C. De Maria (a cura di), *Il “modello emiliano” nella storia d'Italia. Tra culture politiche e pratiche di governo locale*, Bradypus, Bologna 2014, pp. 23-51; F. Paolella, *Il “San Lazzaro” e il movimento antimanicomiale italiano – l'esperienza reggiana: intervista a Christian De Vito*, in «Ricerche storiche», 109 (2010), pp. 149-157.

R15 propose a più riprese l'istituzione di nuovi centri di igiene mentale, con cui sostituire i pochi già esistenti – come abbiamo già visto – emanazione del San Lazzaro.

La scelta degli amministratori provinciali fu quella di creare, fuori del manicomio, una alternativa al manicomio²⁷. Quale era dunque l'idea alla base del nuovo servizio? Si trattava, volendo usare una formula, di socializzare i problemi, le contraddizioni che erano alla base del disagio mentale. In questo senso, i CIM avrebbero dovuto fare vera prevenzione: non fare diagnosi precoci, né “psichiatrizzare”, cioè ratificare con l'intervento di uno psichiatra il disadattamento.

Ecco come R15 descrive la nascita dei Centri di Igiene Mentale di Jervis: «Parlando con Jervis e leggendo la documentazione relativa se ne rileva subito il carattere sperimentale [...]. Ci troviamo di fronte ad una esperienza non semplicemente “tecnica”, in grado di svolgere la sua azione di prevenzione e di recupero soprattutto nel mondo del lavoro, della scuola e nei centri di ricovero per anziani»²⁸. I CIM non avrebbero dovuto essere una cinghia di trasmissione fra il San Lazzaro e il territorio, ma, all'opposto, essere un filtro per impedire il maggior numero di ricoveri. Ancor di più, i CIM avrebbero dovuto essere la dimostrazione che una psichiatria territoriale alternativa fosse concretamente possibile. Anche se con mezzi e personale limitati, i CIM dovevano essere strumenti di un'azione collettiva e non solo tecnica sul corpo sociale, contribuendo a porre la socializzazione della “questione psichiatrica” e dell'emergenza manicomiale come problema politico. È appena il caso di considerare che, nel contesto più ampio delle diverse esperienze anti-istituzionali messe in campo in Italia in quel periodo, quella reggiana si è caratterizzata fin da subito per la sua radicalità, non riuscendo tuttavia – come è stato notato ad esempio da John Foot – a imporsi fuori dall'ambito locale²⁹.

Quelli indicati sommariamente finora sono stati i protagonisti delle vicende raccontate da R15, anche se non possiamo ovviamente trascurare il *côté* politico e il ruolo centrale avuto dal PCI reggiano, in particolare dal 1969 in avanti. L'avversione del PCI (che guidava gli enti locali, come si è detto) verso la presidenza di Amadei e il favore verso nuove, possibili alternative portò a una opposizione sempre più radicale anche dentro la Commissione amministrativa, fino alle dimissioni dei propri consiglieri e, dopo qualche incertezza a un cambio di maggioranza, all'elezione del socialista Sergio Masini a presidente³⁰. Da quel momento in

²⁷ Scriveva anni fa Michel Legrand a proposito dei CIM reggiani: «Or que fait la psychiatrie? Mais que s'agit-il de faire dès lors, sinon de parcourir le chemin en sens inverse? Sorte de marche arrière accomplie en deux temps: d'abord, remonter en deçà des processus d'institutionnalisation, en abordant le trouble au plus près de non émergence, ce que devait permettre le nouveau contexte du travail territorial par la possibilité qu'il offrait d'intervenir au plus tôt et sur le vif, là où les problèmes venaient à peine et tout juste de déclarer; ensuite, désindividualiser le trouble, le renvoyer aux contradictions sociale dont il est porteur, le transformer de cas individuel en contradiction de tous, et par là contribuer à des moments de croissance politique» (M. Legrand, *La psychiatrie alternative italienne*, Editions Privat, Toulouse 1988, p. 127).

²⁸ P. Carta, *Dopo Amadei: l'istituzione negata*, in R15, a. IV, n. 21, 21/12/1969, pp. 3-4.

²⁹ «La storia di questo periodo a Reggio Emilia è impelagata in una serie di aspri conflitti personali e di ricostruzioni settarie che hanno posto in ombra l'effettiva potenza degli eventi degli anni sessanta e settanta. L'analisi si riduce spesso a una disputa personale, “Jervis contro Basaglia”. La ricerca sulla riforma della salute mentale a Reggio Emilia risente molto di questa spaccatura e delle anguste partigianerie che ne sono derivate. Il presunto scontro “personale” tra Jervis e Basaglia è servito anche come pretesto per ignorare del tutto l'esperienza di Reggio» (J. Foot, *La “Repubblica dei Matti”*. Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978, Feltrinelli, Milano 2014, p. 221). Cfr. D. Pulino, *Prima della legge 180: psichiatri, amministratori e politica 1968-1978*, Edizioni alphabeta, Merano 2016.

³⁰ Sergio Masini (1925-2014) è stato un dirigente scolastico, militante socialista e amministratore in diversi enti pubblici reggiani, fra cui il San Lazzaro.

poi, il PCI e le altre forze di sinistra si sarebbero trovate a gestire contemporaneamente due realtà in sostanze antitetiche e inconciliabili, il vecchio manicomio e i nuovi CIM di Jervis. Questa contraddizione più avanti nel tempo sarebbe esplosa, portando a una crisi del SPP e, infine, alla partenza di Jervis da Reggio³¹. Per il momento, però, ciò che contava era che finalmente il San Lazzaro era stato espugnato (almeno dal punto di vista politico). Questa vittoria fu vista anche da R15 come un'occasione unica di cambiamento, riscontrando un fermento dentro l'istituzione che, in realtà – come dicevamo – rimase soprattutto sulla carta. Ci furono sicuramente dei segni di rinnovamento: ad esempio, il neo-presidente Masini partecipò con Jervis ad un dibattito alla libreria “Rinascita”, punto di riferimento dei movimenti reggiani. Col passare dei mesi, emerse nei fatti quanto il manicomio fosse in realtà più forte dei suoi stessi amministratori: il processo di rinnovamento era in modo sempre più evidente finalizzato a una modernizzazione dell'ospedale, non a un suo superamento. Le resistenze interne, infatti, erano sempre fortissime.

Le speranze di R15 ritornarono dunque a concentrarsi sul SPP di Jervis, ma anche sul futuro reclutamento di una nuova generazione di infermieri, ancora da formare:

Gli infermieri [del San Lazzaro] avvertono l'esigenza nuovi rapporti democratici all'interno dell'istituto. [...] È necessario abolire l'umiliante e spesso vessatorio “apprendistato” degli infermieri più giovani... limitare drasticamente il potere degli ispettori e dei capi, conferire potere deliberativo all'assemblea degli infermieri... garantire a tutti gli infermieri l'immunità da provvedimenti penali in caso di fughe di ammalati o di incidenti.³²

Fu nell'ultimo periodo di vita della rivista che vennero realizzati i *réportages* più significativi sul San Lazzaro, potendo “sfruttare” anche i permessi di visita accordati dai nuovi dirigenti, ma anche il fenomeno, impostosi proprio a inizio del 1970, delle cosiddette «calate», organizzate da amministratori locali, psichiatri dei CIM e attivisti. L'obiettivo di quelle iniziative, partite dai comuni dell'Appennino reggiano (da cui, appunto, il nome di «calate» verso la città, in pianura) e che ebbero fra i protagonisti Giorgio Antonucci, responsabile del CIM di Castelnovo né Monti³³, era appunto quello di permettere agli interessati di visitare senza preavviso il manicomio e di incontrare i propri concittadini internati. R15 definì efficacemente le «calate» come «il primo caso, forse in Europa, di un controllo popolare, di una forma d'intervento all'interno del manicomio gestita direttamente dalla popolazione»³⁴. Ora era il direttore Benassi il principale bersaglio delle critiche di R15, con la sua chiusura «agghiacciante» a ogni richiesta. Penuria, burocrazia, violenza: questa la sintesi delle inchieste di R15, alle quali peraltro lo stesso Benassi replicò con una lettera al periodico, denunciando il facile scandalismo, i giudizi falsi e le critiche senza fondamento scientifico, difendendo anche l'uso della contenzione (le «fascioline»). Con il finire del 1970,

³¹ Cfr. G. Jervis, *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975; G. Jervis, *Il buon rieducatore: scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*, Feltrinelli, Milano 1977.

³² P. Carta, *L'alternativa al manicomio*, in R15, a. V, n. 20, 20/02/1970, pp. 10-11.

³³ Giorgio Antonucci (1933-2017), medico e psicanalista, dopo un'esperienza in un reparto aperto nell'ospedale di Cividale del Friuli nel 1968, l'anno successivo lavorò a Gorizia nell'équipe di Franco Basaglia. Dopo l'esperienza dei CIM a Castelnovo Monti (1970-1972), Antonucci sarebbe passato all'ospedale psichiatrico Lolli di Imola, lavorando a lungo per il suo superamento. Cfr. G. Antonucci, *Critica al giudizio psichiatrico*, Sensibili alle foglie, Roma 1993; G. Antonucci, *Il pregiudizio psichiatrico*, Elèuthera, Milano 1998; G. Antonucci, *Le lezioni della mia vita: la medicina, la psichiatria, le istituzioni*, Spirali, Milano 1999.

³⁴ P. Carta, *La “fasciolina” del prof. Benassi*, in R15, a. IV, n. 19, 15/11/1970, p. 3.

R15 cessò le pubblicazioni, ma riuscì a vedere l'avvio dello scontro fra Jervis e Benassi, proprio a proposito delle «calate», scontro che avrebbe avuto anche in questo caso qualche strascico giudiziario.

Infine, non possiamo dimenticare il fatto che lo stesso Jervis dal 1969 divenne il vero punto di riferimento di R15 con resoconti dei suoi interventi nei dibattiti reggiani e con un paio di interviste, finendo per sostituirsi a Franco Basaglia³⁵. In quelle pagine rivediamo oggi l'esperienza dei CIM nel suo costruirsi (con il giusto accento sulla sperimentaltà assoluta, sul primato della medicina preventiva, sulla necessità di un controllo collettivo sulla psichiatria), ma vi ritroviamo anche gli elementi più caratteristici della realtà reggiana nel suo complesso negli anni a cavallo fra Sessanta e Settanta: su tutti, la prudenza (peraltro non solo reggiana) e l'ambiguità del PCI verso l'idea del superamento dei manicomi. Per Jervis era essenziale rendersi conto del fatto che non si sarebbe potuto prescindere dal manicomio ancora per molto tempo ma che occorreva comunque superare in primo luogo i metodi della vecchia logica di governo dell'ospedale psichiatrico. D'altra parte, nessun «riformismo empirico», nessuna semplice riduzione di posti letto sarebbero stati un passo concreto nella direzione giusta, cioè in quella del reale superamento dell'ospedale psichiatrico. Sarebbe invece servita una inedita, generale partecipazione degli infermieri a una contestuale riduzione del potere degli psichiatri del San Lazzaro. Ma tutto ciò era ancora solo un'ipotesi.

Bibliografia

- Aa. Vv., *Vittorio Cavicchioni. La pittura del desiderio*, Palazzo Magnani, Reggio Emilia 2009.
- Al S. Lazzaro per Amadei presidenza minacciata, in «Reggio 15» (d'ora in avanti R15), a. I, n. 4, 09/07/1966, p. 7.
- Antonucci, G., *Critica al giudizio psichiatrico*, Sensibili alle foglie, Roma 1993.
- Antonucci, G., *Il pregiudizio psichiatrico*, Elèuthera, Milano 1998.
- Antonucci, G., *Le lezioni della mia vita: la medicina, la psichiatria, le istituzioni*, Spirali, Milano 1999.
- Benassi, P., *La fine dell'era manicomiale: verso una nuova era psichiatrica*, Guaraldi, Rimini 1993.
- Benassi, P., *1960-2010: mezzo secolo di psichiatria italiana*, Franco Angeli, Milano 2014.
- Benassi, P., *Storie di una psichiatria viva: appunti biografici e storia della chiusura dell'Ospedale Psichiatrico "San Lazzaro" di Reggio Emilia*, Consulta, Reggio Emilia 2019.
- Benassi, P., *La storia del famoso manicomio San Lazzaro di Reggio Emilia: vicende e protagonisti*, Consulta, Reggio Emilia 2023.
- Bergomi, M., Dall'Acqua, M., Miglioli, M., Paltrinieri, G. (a cura di), *Il cerchio del contagio. Il San Lazzaro tra lebbra, povertà e follia, 1178-1980*, Istituti neuropsichiatrici San Lazzaro, Reggio Emilia 1980.
- Bergomi, M., Dall'Acqua, M., Miglioli, M., *Considerazioni di metodo per la storia della psichiatria. Una ricerca sul San Lazzaro di Reggio Emilia*, in «Quaderni storici», vol. 17, n. 49, aprile 1982, pp. 302-319.
- Bisogna togliere potere ai medici. Una eccezionale intervista col Prof. Jervis Direttore del Centro di Igiene Mentale, R15, a. V, n. 17, 01/11/1970, p. 4.
- Carta, P., «Lager» per bambini. La morte di Mauro Messori piccolo ospite dell'Istituto «De

³⁵ Cfr. Bisogna togliere potere ai medici. Una eccezionale intervista col Prof. Jervis Direttore del Centro di Igiene Mentale, R15, a. V, n. 17, 01/11/1970, p. 4.

- Sanctis*", in R15, a. I, n. 5, 23/07/1966, pp. 8-9.
- Carta, P., *San Lazzaro anno zero*, in R15, a. II, n. 6, 19/03/1967, p. 5.
- Carta, P., *La dolce prigioniera. Duemila ammalati di mente da salvare*, in R15, a. II, n. 7, 02/04/1967, p. 10.
- Carta, P., *Hanno messo Amadei in minoranza. Clamoroso colpo di scena al San Lazzaro*, in R15, a. II, n. 8, 16/04/1967, p. 5.
- Carta, P., *Vacilla il trono di Amadei: finalmente un po' di luce sull'Istituto Psichiatrico S. Lazzaro*, in R15, a. III, n. 16, 06/10/1968, p. 5.
- Carta, P., *Dopo Amadei: l'istituzione negata*, in R15, a. IV, n. 21, 21/12/1969, pp. 3-4.
- Carta, P., *L'alternativa al manicomio*, in R15, a. V, n. 20, 20/02/1970, pp. 10-11.
- Carta, P., *La "fasciolina" del prof. Benassi*, in R15, a. IV, n. 19, 15/11/1970, p. 3.
- Cavazzoni, E., *Il poema dei lunatici*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Cavazzoni, E., *Vite brevi di idioti*, Feltrinelli, Milano 1997.
- Cavazzoni, E., *La galassia dei dementi*, La Nave di Teseo, Milano 2018.
- Ci scrivono gli infermieri del S. Lazzaro*, in R15, a. II, n. 10, 14/05/1967, p. 4.
- Delogu, S., *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Einaudi, Torino 1967.
- Delogu, S., *La salute dietro l'angolo: dalla riforma una svolta nell'organizzazione sanitaria del paese*, Roberto Napoleone, Roma 1978.
- De Vito, C.G., *Tecnici e intellettuali dei "saperi speciali" nei movimenti degli anni Settanta a Reggio Emilia*, in L. Baldissara (a cura di), *Tempi di conflitti, tempi di crisi. Contesti e pratiche del conflitto sociale a Reggio Emilia nei lunghi anni Settanta*, L'Ancora del Mediterraneo, Napoli 2008, pp. 387-426.
- Di Dono, P., *Al S. Lazzaro fanno fuori Amadei*, in R15, a. II, n. 1, 08/01/1967, p. 7.
- Di Fazio, F., *L'ambulanza dei matti al servizio di Amadei: nelle elezioni congressuali del P.S.U. reggiano*, in R15, a. III, n. 17, 20/10/1968.
- Distruggere il San Lazzaro. Un'esplosiva intervista col prof. Severino Delogu*, in R15, a. IV, n. 1, 12/01/1969, pp. 6-7.
- Ferraboschi, A., *Comunità locali e protagonismo istituzionale. Pratiche dell'innovazione sociale a Reggio Emilia (1888-1978)*, in C. De Maria (a cura di), *Il "modello emiliano" nella storia d'Italia. Tra culture politiche e pratiche di governo locale*, Bradypus, Bologna 2014, pp. 23-51.
- Fiorani, M., *Intervista a Giovanni Jervis*, in «Medicina & Storia», vol. 10, f. 19-20, 2010, pp. 187-219.
- Foot, J., *La "Repubblica dei Matti". Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia, 1961-1978*, Feltrinelli, Milano 2014.
- Giuntini, A. (a cura di), *Povere menti. La cura della malattia mentale nella Provincia di Modena fra Ottocento e Novecento*, TEM, Modena 2009.
- Infermieri in fuga? Rocambole al San Lazzaro*, in R15, a. I, n. 2, 12/06/1966, p. 6.
- Jervis, G., *Manuale critico di psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1975.
- Jervis, G., *Il buon rieducatore: scritti sugli usi della psichiatria e della psicanalisi*, Feltrinelli, Milano 1977.
- La Redazione, *Reggio 15 si confessa*, in R15, a. III, n. 9, 28/04/1968, p. 3.
- Legrand, M., *La psychiatrie alternative italienne*, Editions Privat, Toulouse 1988.
- Manicomio come Lager. Inizia un nuovo rapporto tra ospedale psichiatrico e collettività*, in R15, a. IV, n. 1, 12/01/1969, pp. 10-11.
- Omertà sull'Istituto "De Sanctis": un documento della Provincia di Parma conferma le nostre*

- accuse*, in R15, a. I, n. 6, 06/08/1966, p. 13.
- Paolella, F., *Il "San Lazzaro" e il movimento antimanicomiale italiano – l'esperienza reggiana: intervista a Christian De Vito*, in «Ricerche storiche», 109 (2010), pp. 149-157.
- Paolella, F., *Ai margini della Reggio dell'Ottocento. Devianza e psichiatria*, in A. Cenci, A. Ferraboschi (a cura di), *Reggio Emilia dal Ducato all'Italia unita. Atti del convegno "Dal Ducato Estense all'Italia postunitaria. Società, cultura e territorio a Reggio Emilia (1814-1889)"*, Antiche Porte, Reggio Emilia 2019, pp. 115-128.
- Pierini, P., *L'uomo della contro riforma. Superata all'ultimo istante la crisi degli istituti "S. Lazzaro"*, in R15, a. III, n. 2, 21/01/1968, p. 5.
- Pulino, D., *Prima della legge 180: psichiatri, amministratori e politica 1968-1978*, Edizioni alphabeta, Merano 2016.
- Vezzani, G., *Leggevamo Gramsci e Marcuse*, in «Psicoterapia e scienze umane», 3 (2010), pp. 377-392.
- Zini, P., *Scendono in campo anche i professori. Per il rinnovamento del San Lazzaro*, in R15, a. IV, n. 8, 20/04/1969, p. 5.

Salvare e restituire.

Archivi e processo di deistituzionalizzazione

Mariangela Rapetti

Nel 1999, nell'introdurre *Atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia*, Domenico Luciani includeva gli archivi tra i «patrimoni di memoria» degli ospedali psichiatrici, ed evidenziava come «nelle strutture politiche e gestionali responsabili, così come nel senso comune, [non] vi sia stata e [non] vi sia adeguata consapevolezza del valore di natura e di memoria (sedimenti e testimonianze storiche) contenuto in questi luoghi»¹.

Per interpretare questa affermazione, e per capire quali fossero i responsabili degli archivi, è necessario inquadrare l'attuazione delle leggi 180/1978 e 833/1978 nel sistema archivistico italiano. Oltre alla chiusura degli ospedali psichiatrici, dobbiamo considerare che l'istituzione del SSN portò alla ridefinizione delle competenze dello Stato, delle regioni e dei comuni in materia di sanità. Le nascenti USL non erano enti autonomi, ma strutture operative dei comuni. I beni degli enti ospedalieri soppressi passarono ai comuni, con vincolo di destinazione alle USL. Queste avevano ereditato le funzioni dagli enti disciolti e, con esse, gli archivi necessari all'espletamento dei servizi. La titolarità degli archivi, però, sarebbe dovuta ricadere sui comuni, o sulle comunità montane, laddove la circoscrizione USL comprendeva più comuni. Tuttavia, le legislazioni regionali non sempre esplicitarono la titolarità degli archivi, facilitando il rimpallo di competenze e producendo esiti differenti a seconda delle regioni: virtuosi in alcuni casi, confusionari o tardivi in altri². Nel sistema italiano la tutela degli archivi storici è prerogativa dello Stato, ed è esercitata sugli enti pubblici non statali tramite le Soprintendenze archivistiche. Nei primi tempi, dunque, le azioni di salvaguardia degli archivi degli ospedali psichiatrici, enti cessati nella forma e nelle funzioni, sono avvenute solo dove le Soprintendenze hanno trovato un interlocutore.

La disomogeneità è emersa anche nelle azioni portate a termine. Poiché la legislazione archivistica, in particolare il D.P.R. 1409/1963, art. 32, stabilisce che «nel caso di estinzione di enti pubblici i rispettivi archivi sono versati nei competenti Archivi di Stato, a meno che non se ne renda necessario il trasferimento, in tutto o in parte, ad altri enti pubblici», alcuni archivi storici sono stati versati negli Archivi di Stato; altri sono stati depositati negli Archivi di Stato su richiesta delle Soprintendenze per inadempienza degli enti titolari (art. 33), altri ancora sono stati volontariamente depositati dagli stessi titolari (art. 34). Ci sono stati casi, invece, dove sono stati fatti specifici accordi con le Soprintendenze, optando per il deposito

¹ D. Luciani, *Gli ospedali psichiatrici come patrimonio di natura e memoria*, in *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996 (con aggiornamento al 31 ottobre 1998)*, a cura della Fondazione Benetton Studi Ricerche, Treviso 1999, pp. 7-10, p. 7.

² O. Bucci, *Gli archivi ospedalieri nel quadro della riforma sanitaria*, in «Rassegna amministrativa della sanità», 1-3, (1982), pp. 312-319; A.L. Bonella, *Gli archivi della Unità sanitaria locale, problemi aperti e indicazioni operative*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», XLVI (1986), n. 2, pp. 400-411.

in archivi comunali o Fondazioni³. Dove le USL facevano capo a comunità montane, o dove la legislazione regionale è arrivata in ritardo, ci si è trovati di fronte a inadempienze e stalli⁴.

Con i successivi decreti legislativi 502/1992 e 517/1993 le USL, diventate aziende sanitarie locali (ma con denominazione differente a seconda delle regioni), sono state rese autonome e organizzate su distretti, mentre gli ospedali più rilevanti sono divenuti aziende ospedaliere autonome. Queste modifiche hanno inciso sulla titolarità e, di conseguenza, sulla gestione degli archivi degli ospedali psichiatrici. Le ASL, da quel momento, potevano interfacciarsi con le Soprintendenze e concordare le azioni di salvaguardia. Di lì a poco, in applicazione alla legge 724/1994, le regioni avrebbero chiuso «i residui ospedali psichiatrici», portando le ASL a prendere le necessarie decisioni sul futuro del patrimonio storico e culturale⁵. A questo si aggiungeva l'entrata in vigore del decreto legislativo 490/1999, che imponeva a regioni, enti locali e altri enti pubblici di inviare al Ministero l'elenco dei beni culturali di loro spettanza (art. 5).

Tracciando un bilancio archivistico a venticinque anni dall'istituzione del SSN, Andrea Giorgi spiegava che non era stato possibile mantenere il controllo su tutti i fondi archivistici a causa delle difficoltà insite nella riforma stessa, nonché a causa di «una generale decadenza della cultura amministrativa»⁶. Giorgi sottolineava come il caso degli ospedali psichiatrici debba essere considerato separatamente dalle altre realtà ospedaliere: in particolare, «l'indubbio interesse suscitato dalle carte (...), soprattutto per quello che attiene alla documentazione d'ambito clinico, ha generato in molti casi un circuito virtuoso, coinvolgente l'amministrazione archivistica statale, i detentori degli archivi – generalmente le aziende sanitarie, talvolta affiancate dalle amministrazioni provinciali –, nonché università e istituti di ricerca»⁷. Giorgi faceva l'esempio del progetto *Carte da legare*, avviato nel 1999 dall'Ufficio centrale per i beni archivistici del ministero per i Beni e le attività culturali, finalizzato al censimento degli archivi degli ex ospedali psichiatrici come «primo passo per ottenere una conoscenza d'insieme del fenomeno, anche ai fini della programmazione degli interventi di tutela e valorizzazione»⁸.

I risultati di questo censimento furono pubblicati nel 2010 nel *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*⁹. Il rapporto presentava le schede di 66 ospedali psichiatrici,

³ P. Carucci, *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione*, in *Studi in memoria di Giovanni Cassandro*, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1991, t. 1, pp. 109-137, p. 130.

⁴ Vedi p.e. il caso di Cagliari: R. Porrà, *La vigilanza sugli archivi storici ospedalieri in Sardegna*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro: aspetti e problemi degli archivi sanitari*. Atti del convegno (Napoli, 20-21 dicembre 1996), a cura di E. Allocati, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 2001, pp. 255-268. Per il Lazio e per una visione generale: A.L. Bonella, *Gli archivi della Unità sanitaria locale...*, cit.

⁵ La legge 724/1994 indicava come data ultima per la chiusura il 31 dicembre 1996, ma in alcune regioni la creazione dei servizi per la salute mentale tardò e il processo di dimissioni e chiusura definitiva fu più lungo (vedi p.e. gli ospedali psichiatrici di Agrigento, Aversa, Bergamo, Cagliari, Fermo, Messina, Napoli, Palermo, Ragusa, Sassari, Siracusa).

⁶ A. Giorgi, *Gli archivi sanitari italiani: un bilancio a venticinque anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale*, in «Archivio trentino», II (2004), pp. 5-44, pp. 14-15.

⁷ *Ivi*, p. 14.

⁸ <https://cartedalegare.cultura.gov.it/progetto/il-censimento-degli-archivi?navId=0&cHash=22671d875dd699fb46a99e21427a499b>. Sulle origini del progetto v. A. Kolega, M. Procaccia, «*Carte da legare*»: un progetto per la storia della sofferenza mentale in Italia, in *Carte da legare dai luoghi della follia*, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 2000, pp. 31-33; C.G. De Vito, *Carte da legare. Una rete di ricerca sulla storia della psichiatria e del controllo sociale tra età moderna e contemporanea*, in «Zapruder», VI (2005), pp. 88-91.

⁹ *Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, a cura del Gruppo di coordinamento del Progetto nazionale «Carte da legare», Direzione generale per gli archivi, Roma 2010.

dalle quali si evinceva come la quasi totalità degli archivi fosse di competenza delle aziende sanitarie o ospedaliere, mentre una minima parte era detenuta da Fondazioni/Centri di ricerca o altri enti¹⁰.

Più difficile fu, per il gruppo di lavoro, mappare la conservazione degli archivi: seppure, anche in questo caso, il maggior numero fosse conservato dalle ASL o, in misura minore, da Fondazioni/Centri di ricerca o depositati in Archivi di Stato, la conservazione di molti di essi risultava frammentata tra gli uni e gli altri, o ancora tra ASL e comune, oppure affidata a società di *outsourcing*. A questa frammentarietà si aggiungeva quella della documentazione collegata, generalmente di tipo amministrativo e contabile, prodotta dalle province responsabili delle strutture, e quella relativa ai progetti, ai permessi e ai controlli delle Prefetture¹¹.

Si potrebbe riassumere quanto detto individuando tre diversi momenti di azione sugli archivi degli ospedali psichiatrici: quello che si presenta all'indomani della legge 180, con i primi interventi finalizzati alla messa in sicurezza, all'accessibilità e allo studio degli archivi; quello che investì le aziende sanitarie e le Soprintendenze archivistiche nella seconda metà degli anni Novanta, a seguito della definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici e, infine, quello della restituzione, che ha visto in primo piano i progetti promossi dall'Amministrazione archivistica e da diversi Centri di ricerca e una partecipazione sempre più attenta da parte dei cittadini. In quest'ultimo, naturalmente, si innestano i progetti avviati nelle due fasi precedenti. Cercheremo ora di analizzare i tre momenti, fornendo quanti più esempi possibile ma tenendo conto dell'impossibilità di fare una relazione esaustiva in questa sede, rinviando alla bibliografia e alle schede archivistiche per gli opportuni approfondimenti.

I primi interventi archivistici

Il San Servolo «ha cessato di essere l'istituto manicomiale dei malati provenienti dalla terraferma veneziana» il 13 agosto 1978, tre mesi dopo la promulgazione della legge 180¹². Il Consiglio provinciale lavorò immediatamente per l'istituzione di una fondazione dedicata agli studi sull'emarginazione sociale e culturale (Fondazione San Servolo IRSESC), destinandole il diritto di godimento di una parte dell'immobile e del patrimonio archivistico e librario contenuto¹³. L'iniziativa puntava a salvaguardare l'archivio e a renderlo un polo di ricerca internazionale. Grazie alla collaborazione con la Soprintendenza archivistica per il Veneto, gli interventi di messa in sicurezza e censimento delle carte iniziarono subito, e già

¹⁰ Come la Congregazione Ancelle della Divina Provvidenza, che detiene gli archivi degli ospedali psichiatrici di Bisceglie e Potenza.

¹¹ Il R.D. 20 marzo 1865, n. 2248 aveva assegnato alle Province le competenze in merito alla costruzione e all'ammodernamento dei manicomi e le spese di mantenimento dei «mentecatti poveri». La Legge 14 febbraio 1904, n. 36, invece, definì i compiti delle Prefetture: vigilanza sui manicomi e intervento in caso di trasgressioni alla legge. Il regolamento attuativo (R.D. 5 marzo 1905, n. 158) prevedeva, per l'istituzione di uno stabilimento manicomiale, la presentazione di una domanda al Prefetto, che verificava e trasmetteva gli atti all'Interno con una sua relazione, per l'approvazione del Consiglio superiore di sanità. Successivamente, il Prefetto rilasciava l'autorizzazione e decretava il numero massimo di pazienti, vedi M. Rapetti, *Prefetture e Manicomi: il caso di Cagliari*, in *Gli archivi delle Prefetture. Un universo complesso tra storia e amministrazione*, a cura di A. Martorano, Civita Editoriale, Torre del Lago-Lucca 2022, pp. 5-23.

¹² L. Strumendo, *Premessa*, in *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, a cura di M. Galzigna e H. Terzian, Marsilio, Venezia 1980, pp. 7-11, p. 7.

¹³ Cfr. lo Statuto della Fondazione, art. 4, *ivi*, p. 212. Nel 2014 la Fondazione è stata trasformata nella società a responsabilità limitata San Servolo Servizi Metropolitan di Venezia.

nel 1980 fu dato alle stampe il primo risultato¹⁴. Le attività sono proseguite negli anni, portando al completamento di diversi strumenti di corredo per il patrimonio archivistico e fotografico prodotto dall'Amministrazione dei manicomi centrali veneti di San Servolo e di San Clemente di Venezia¹⁵, dall'Ospedale civile provinciale Santi Giovanni e Paolo di Venezia¹⁶, dall'Ospedale psichiatrico provinciale San Clemente di Venezia¹⁷ e dall'Ospedale psichiatrico provinciale San Servolo di Venezia¹⁸. Successivamente, è stato trasferito al San Servolo anche l'archivio dell'Ospedale psichiatrico Antonio Pancrazio di Mogliano Veneto¹⁹.

Nei primi anni Ottanta, la Regione Emilia-Romagna commissionò un'indagine sugli archivi manicomiali di Ferrara, Imola, Colorno, Bologna e Reggio Emilia²⁰. A Bologna, nel 1980, l'archivio del "Francesco Roncati" fu assegnato in dotazione al Centro di studio e documentazione di storia della psichiatria e dell'emarginazione²¹. Nel 1982 fu finanziato dalla Regione il progetto di riordino dell'archivio del San Lazzaro di Reggio Emilia, dove il lavoro di riordino e descrizione archivistica è proseguito grazie a una convenzione siglata nel 1999 tra Regione, Azienda USL, Provincia e Comune di Reggio Emilia, e dal 2014 con i progetti della Soprintendenza archivistica²².

Negli stessi anni, la Regione Lombardia ha avviato il censimento degli archivi storici degli ospedali²³, così come sono stati avviati studi sugli archivi dell'Ospedale psichiatrico San Giacomo di Alessandria²⁴, del Santa Margherita di Perugia²⁵, del "Pietro Pisani" di Palermo²⁶, mentre la Soprintendenza archivistica per il Lazio ha avviato i lavori di riordino e inventariazione dell'imponente archivio dell'Ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà

¹⁴ *L'archivio della follia*, cit.; v. anche gli atti del convegno organizzato dalla Fondazione nel 1981: *La follia, la norma, l'archivio: prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Galzigna, Marsilio, Venezia 1984.

¹⁵ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10072>.

¹⁶ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10027>.

¹⁷ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10244>.

¹⁸ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10319>.

¹⁹ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10070>.

²⁰ E. Cavazzoni, *Archivi manicomiali in Emilia-Romagna*, in «Società e Storia», VII, (1985), n. 28, pp. 443-477.

²¹ Oggi Istituzione Gian Franco Minguzzi https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it/Chi_siamo_1.

²² L'archivio è conservato dall'AUSL – Biblioteca scientifica Carlo Livi <https://www.ausl.re.it/biblioteca-c-livi>.

²³ L'esito del censimento, con gli ospedali psichiatrici di Brescia, Castiglione delle Stiviere, Codogno, Como, Cremona, Limbiate, Milano, Parabiago, Varese e Voghera, eseguito nel 1979-1980, è in *Gli archivi storici degli ospedali lombardi. Censimento descrittivo*, Quaderni di documentazione regionale, Milano 1982. Su Milano v. L. Panzeri, *Gli archivi degli ospedali psichiatrici della Provincia di Milano*, in *La storia contemporanea negli archivi lombardi: un'indagine campione*, Quaderni di documentazione regionale, Milano 1980.

²⁴ Cessa l'attività nel 1980. Nello stesso anno è organizzata da USL, Comune e Provincia la mostra *Il Peso delle Pareti. Amministrazione e trattamento della follia nella storia e negli archivi del San Giacomo di Alessandria*, curata da Claudio Coppo et al. (catalogo pubblicato nel 1981). L'archivio è conservato dall'ASL di Alessandria, <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10062>.

²⁵ Nel 1980, la Provincia di Perugia istituì il Centro per la ricerca e la documentazione storico-psichiatrica, che si occupò di un primo intervento di recupero, v. S. Maroni, *Fonti per la storia della psichiatria in Umbria: l'archivio dell'Ospedale psichiatrico di S. Margherita di Perugia*, in *Gli archivi per la storia della scienza e della tecnica*. Atti del convegno internazionale (4-8 giugno 1991), Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1995, pp. 1101-1115. La documentazione, riordinata e inventariata nel 1999-2001, è depositata all'Archivio di Stato di Perugia dal 2003 <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/umbria/ospedale-neuropsichiatrico-provinciale-santa-margherita-di-perugia/larchivio?navId=0&cHash=02b8ed2a580aaa9fd95587763196b1a>.

²⁶ La Soprintendenza archivistica avviò i contatti con l'USL 59 di Palermo nel 1982. L'ordinamento dell'archivio era stato stravolto negli anni, ed emerse che una parte della documentazione, «col lodevole intento di salvarla da un'illecita vendita al macero», era stata trasportata a Catania, cfr. E. Caliantra, *Un archivio manicomiale siciliano del sec. XIX*, in «Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria», II (1989), pp. 203-207.

di Roma. Nel 1991, l'AUSL Roma E ha istituito un Centro studi e ricerche con l'obiettivo di tutelare e valorizzare tutto il patrimonio. Il Centro ha dapprima avviato l'attività sull'archivio, per creare successivamente il Museo-Laboratorio della mente, destinato alla promozione della cultura scientifica e della salute²⁷.

Chiudere i manicomi, salvare gli archivi

Chiude il manicomio, apre l'archivio è l'eloquente titolo scelto da Giovanni Villone, Leonardo Musci, Emilio Lupo, Fausto Rossano e Donatella Tramontano per un intervento dedicato all'archivio dell'Ospedale psichiatrico "Leonardo Bianchi" di Napoli, presentato nel 1996 al convegno *Medicina e ospedali. Memoria e futuro*²⁸. Il contributo offriva un puntuale stato dell'arte sugli archivi degli ospedali psichiatrici prima di concentrarsi sul Bianchi, che all'epoca contava ancora diverse centinaia di degenti in attesa di dimissioni. Proprio in quel momento, il Bianchi sembrava «uscito dalla posizione di oggetto dimenticato», grazie all'«attivazione di un processo di apertura per la realizzazione di una corretta chiusura»²⁹. Processo che, secondo gli autori, permetteva di valorizzare un patrimonio storico e culturale fino a quel momento nascosto. L'attività di messa in sicurezza, censimento e riordino dell'archivio era ancora in fase di progettazione, e il contributo intendeva soprattutto promuovere una discussione critica sulle azioni di salvaguardia degli archivi psichiatrici, a partire da quelle in corso e dai progetti nascenti³⁰.

Ritornando allo studio presentato da Luciani, tra il 1996 e il 1998 su 71 ospedali psichiatrici furono 12 quelli per i quali venne dichiarata la presenza di archivi: Agrigento, Santa Maria Maddalena di Aversa, Collegno, Feltre, Gorizia, Materdomini di Nocera Superiore, Pergine Valsugana, San Felice di Vicenza, San Niccolò di Siena, Sant'Antonio Abate di Teramo, Santa Maria della Pietà di Roma, "Vincenzo Chiarugi" di Firenze³¹.

Alcuni di questi fondi archivistici erano già al centro di progetti di intervento. La Regione Toscana aveva prima diffuso una circolare sulla tutela del patrimonio storico-scientifico delle USL e poi, nel 1996, varato una legge sull'utilizzazione del patrimonio: le carte del San Niccolò, per esempio, furono ordinate, inventariate e studiate grazie a un progetto guidato da Stefano Moscadelli, Fabio Mugnaini e Francesca Vannozzi dell'Università di Siena³². Sempre a Siena, un altro gruppo di lavoro era attivo tra il 1995 e il 1997 sull'archivio dell'ex manicomio della Società degli esecutori di pie disposizioni, passato alla USL a seguito della legge 180³³. L'archivio dell'Ospedale psichiatrico fiorentino, invece, era stato spostato in

²⁷ A.L. Bonella, *Fonti per lo storia della follia. S. Maria della Pietà e il suo archivio storico (secc. XVI-XX)*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al 900*, Dedalo, Bari 1994, vol. I, pp. 13-87.

²⁸ G. Villone et al., *Chiude il manicomio, apre l'archivio. Progetto di recupero e fruizione dell'archivio del 'Leonardo Bianchi' di Napoli*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro*, cit., pp. 361-370.

²⁹ *Ivi*, p. 368.

³⁰ *Ivi*, p. 369.

³¹ *Per un atlante degli ospedali psichiatrici*, cit., pp. 36-44.

³² F. Vannozzi, *L'ex ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena: un progetto di salvaguardia del suo patrimonio storico-scientifico*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro*, cit., pp. 357-360; E. Angrisano, *Le carte della follia. Gli archivi dei manicomi in Toscana*, Civita Editoriale, Torre del Lago-Lucca 2017, pp. 267-276; M. Fabbrini, S. Moscadelli, *L'archivio delle cartelle cliniche dell'Ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena: cenni sui percorsi di ricerca e sull'uso dei materiali per autodocumentazione scientifica*, in «Nuova rassegna di studi psichiatrici», XIX (2020), <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19>.

³³ E. Angrisano, *Le carte della follia*, cit., pp. 263-267.

locali meno fatiscenti di quelli in cui era stato collocato fino a quel momento, ed era stato oggetto di pulitura e disinfestazione a spese della Provincia di Firenze³⁴.

La Provincia autonoma di Trento, nel 1996, promosse un'indagine conoscitiva sugli archivi delle strutture sanitarie e ospedaliere dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e commissionò, negli anni 1998-2002, il riordino e l'inventariazione del fondo dell'Ospedale psichiatrico di Pergine Valsugana³⁵. In Campania fu avviato un nuovo progetto nel 1999: l'ASL di Salerno, a seguito della chiusura dell'ospedale psichiatrico consortile "Vittorio Emanuele II", che comprendeva il Materdomini di Nocera Superiore e il Monteoliveto di Nocera Inferiore, istituì la Fondazione onlus CeRPS, che acquisì in comodato d'uso il patrimonio archivistico³⁶.

Contestualmente, l'Amministrazione archivistica italiana avviava il progetto *Carte da legare* «come punto di aggregazione di iniziative diverse già intraprese». Pur con grossi limiti di budget, fu possibile censire lo stato dell'arte, supportando – laddove le congiunture si presentavano favorevoli – l'avvio di nuovi interventi, anche se in alcuni casi le attività si fermarono al censimento. Il Santa Maria Maddalena di Aversa, il terzo manicomio campano, fu interessato dal riordino archivistico³⁷, mentre l'archivio dell'Ospedale psichiatrico provinciale di Gorizia fu solo censito e messo in sicurezza³⁸, per citare due tra quelli indicati nell'*Atlante degli ospedali psichiatrici*. L'archivio del Santa Maria della Pietà, invece, divenne «progetto pilota», con la schedatura delle cartelle cliniche dal 1851 al 1900 grazie al primo prototipo del software *ArcanaMente*³⁹. Altri complessi archivistici sui quali si è lavorato tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila sono, per esempio, quelli di Arezzo⁴⁰, Sassari⁴¹, Trieste⁴².

Restituire: portali tematici e altri progetti

«La fruibilità degli archivi manicomiali non riguarda solo l'aspetto clinico ma anche quello storico, economico, sociologico, antropologico», scriveva Candida Carrino nel 2006⁴³. Superato da molti anni il momento di oblio, sconfitto – o quasi – lo stigma, gli archivi psichiatrici sono al centro di studi scientifici e progetti di ricerca ma, anche, di interesse da parte di un pubblico più ampio, che va ben oltre i pur numerosissimi «diretti interessati»⁴⁴.

³⁴ Dopo diversi spostamenti, nel 2011 il fondo è stato depositato all'Archivio di Stato di Firenze, ma l'ex ospedale psichiatrico conserva una parte di cartelle cliniche, registri e fascicoli degli anni 1937-1996, v. E. Angrisano, *Le carte della follia*, cit., pp. 114-122.

³⁵ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10447>.

³⁶ <https://menteinrete.it/network/asl-salerno/>.

³⁷ *La memoria dei matti. Gli archivi dei manicomi in Campania tra XIX e XX secolo e nuovi modelli della psichiatria*. Atti del convegno, Napoli, 24 gennaio 2003, a cura di C. Carrino e N. Cunto, Filema, Napoli 2006.

³⁸ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=9290>.

³⁹ A. Kolega, M. Procaccia, «*Carte da legare*», cit., pp. 32-33.

⁴⁰ <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/toscana/ospedale-neuropsichiatrico-provinciale-di-arezzo/larchivio?navId=0&cHash=96cf8835bb5cd33240f4ca8a8b7d963c>.

⁴¹ <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/sardegna/ospedali-psichiatrici-rizzeddu-e-monserato-di-sassari/larchivio?navId=0&cHash=f15bfcaf3c1b645b838996aebfd5d402>.

⁴² <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/suisa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=9696>.

⁴³ C. Carrino, *Gli archivi dei manicomi in Campania*, in *La memoria dei matti*, cit., pp. 69-104, p. 71.

⁴⁴ Si ricorda che la consultazione della documentazione clinica è ammessa 70 anni dopo la chiusura della pratica, mentre quella amministrativa può essere consultata dopo 40 anni. Le cartelle cliniche chiuse da meno di 70 anni sono consultabili solo dai diretti interessati, dagli eredi e dagli aventi diritto. Gli studiosi sono tenuti a

Carte da legare presenta oggi un portale grazie al quale è possibile conoscere lo stato degli archivi di 92 ex ospedali psichiatrici⁴⁵, accedere agli inventari e alla bibliografia, nonché attingere alle statistiche elaborate sulle cartelle cliniche o crearne di nuove attraverso l'estrapolazione dei dati delle cartelle presenti su *ArcanaMente*⁴⁶. Purtroppo, non tutte le schede sono aggiornate: manca, p.e., l'aggiornamento sull'Ospedale psichiatrico di Lucca⁴⁷. Sono confluite in *Carte da legare* le cartelle cliniche di appena 26 dei 92 archivi censiti, anche se molti altri istituti di conservazione, negli anni, hanno avviato, e in alcuni casi concluso, i lavori di schedatura⁴⁸.

Il portale *Carte da legare* consente di raggiungere i siti dei progetti correlati: *Fuori dal manicomio. Gli archivi della salute mentale dall'Unità d'Italia alla legge 180*, dedicato al censimento degli archivi delle strutture non manicomiali, partito dalla Toscana e diretto da Patrizia Guarnieri dell'Università di Firenze⁴⁹; *Gli archivi della psicologia*, promosso da Direzione generale archivi e Centro Aspi – Archivio storico della psicologia italiana (Università Milano Bicocca)⁵⁰. I risultati di quest'ultimo sono accessibili sia dal Sistema informativo unificato delle Soprintendenze archivistiche (così come per *Carte da legare* e *Fuori dal manicomio*) che dal portale *Archivi storici della psicologia italiana* sul quale, in aggiunta, si trovano le biografie dei protagonisti, i percorsi tematici e le digitalizzazioni di molti fondi archivistici, gli inventari e la bibliografia⁵¹. Sono presenti gli archivi di psichiatri e psicologi, ma il progetto è aperto anche a fondi prodotti da istituzioni: è il caso, questo, dell'Archivio dell'Istituto nazionale neurologico Carlo Besta (1900-2006)⁵².

Un altro portale che mette in rete la totalità degli ex ospedali psichiatrici, ma in questo caso relativamente alla documentazione edilizia, architettonica e iconografica, è *Spazi della follia*, nato da un accordo tra Direzione generale archivi e una rete di atenei coordinata dalla Seconda Università di Napoli⁵³. Sono in rete, infine, alcuni siti dedicati a singoli ospedali psichiatrici, p.e.: quello di San Servolo offre le schede archivistiche dei fondi conservati⁵⁴; per il Santa Maria della Pietà troviamo l'inventario sul portale regionale⁵⁵; per il San Lazzaro, oltre alla consultazione degli inventari sul sito della Biblioteca Carlo Livi⁵⁶, si segnala l'intensa attività di divulgazione tramite un canale Youtube⁵⁷.

Un altro caso ancora sono i siti dedicati a figure di spicco, certamente Franco Basaglia⁵⁸, Mario Tobino⁵⁹, ma degno di nota è anche il sito della Fondazione Mario Tommasini grazie

rispettare le *Regole deontologiche per il trattamento a fini di archiviazione nel pubblico interesse o per scopi di ricerca storica* pubblicate dal Garante il 19 dicembre 2018.

⁴⁵ <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi?navId=0&cHash=324100f6f2b3d2eeba09106d140c9df7>.

⁴⁶ <https://cartedalegare.cultura.gov.it/search?navId=0&cHash=277a176d6b04c25e24a7e3ac76de99dc>.

⁴⁷ Inventario realizzato da Elisabetta Angrisano nel 2023: <https://inventari-san.cultura.gov.it/>.

⁴⁸ Per esempio, è stata avviata la schedatura con *ArcanaMente* delle cartelle dell'Ospedale psichiatrico provinciale Villa Clara, conservate in Archivio di Stato di Cagliari.

⁴⁹ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/pagina.pl?RicProgetto=preg-tos-fuoman>.

⁵⁰ <https://suisa-archivi.cultura.gov.it/cgi-bin/pagina.pl?RicProgetto=psicologia>.

⁵¹ <https://www.aspi.unimib.it/>.

⁵² <https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8480/>.

⁵³ <https://spazidellafollia.unicam.it/it>.

⁵⁴ <https://servizimetropolitani.ve.it/it/museomanicomio/storia-ospedaliera-museo-del-manicomio>.

⁵⁵ <https://www.lazio900.it/inventario/?id=247572>.

⁵⁶ <https://www.ausl.re.it/Sezione.jsp?idSezione=28833>.

⁵⁷ <https://www.youtube.com/channel/UC6PtGmvhd8eyY6S4xM5gKvQ>.

⁵⁸ <https://www.archiviobasaglia.org/it/archivio/>.

⁵⁹ <https://opera-vieusseux.nexusit.it/it/record/ID00004462>.

al quale, tra i tanti materiali, possiamo accedere all'inventario dell'archivio dell'Ospedale psichiatrico di Colorno⁶⁰.

Molti istituti di conservazione hanno aderito, negli anni, al Festival Archivissima – Notte degli archivi, realizzando podcast, mostre virtuali e talks sui documenti dei manicomi dei quali è possibile usufruire navigando sul sito tra i materiali delle passate edizioni⁶¹. L'accessibilità degli archivi si lega alla musealizzazione degli ex ospedali psichiatrici, sulla quale Marina Guglielmi ha fatto il punto⁶²: per far sì che questi percorsi espositivi siano davvero luoghi in cui comprendere cosa è stato, è necessario che vengano messi a disposizione degli studiosi, dei curatori e dei visitatori anche gli archivi, elementi fondanti della narrazione di questa memoria collettiva.

Bibliografia

- Angrisano, E., *Le carte della follia. Gli archivi dei manicomi in Toscana*, Civita Editoriale, Torre del Lago-Lucca 2017.
- Bonella, A.L., *Gli archivi della Unità sanitaria locale, problemi aperti e indicazioni operative*, in «Rassegna degli Archivi di Stato», XLVI, 2, (1986), pp. 400-411.
- Bonella, A.L., *Fonti per lo storia della follia. S. Maria della Pietà e il suo archivio storico (secc. XVI-XX)*, in *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al 900*, Dedalo, Bari 1994, vol. I, pp. 13-87.
- Bucci, O., *Gli archivi ospedalieri nel quadro della riforma sanitaria*, in «Rassegna amministrativa della sanità», nn. 1-3, (1982), pp. 312-319.
- Caliandra, E., *Un archivio manicomiale siciliano del sec. XIX*, in «Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria», II (1989), pp. 203-207.
- Carrino, C., *Gli archivi dei manicomi in Campania*, in *La memoria dei matti*, cit., pp. 69-104.
- Carrino, C., e N. Cunto, a cura di, *La memoria dei matti. Gli archivi dei manicomi in Campania tra XIX e XX secolo e nuovi modelli della psichiatria*. Atti del convegno (Napoli, 24 gennaio 2003), Filema, Napoli 2006.
- Carucci, P., *Gli archivi ospedalieri: normativa, censimento, conservazione*, in *Studi in memoria di Giovanni Cassandro*, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1991, t. 1, pp. 109-137.
- Cavazzoni, E., *Archivi manicomiali in Emilia-Romagna*, in «Società e Storia», VII, n. 28, (1985), pp. 443-477.
- De Vito, C.G., *Carte da legare. Una rete di ricerca sulla storia della psichiatria e del controllo sociale tra età moderna e contemporanea*, in «Zapruder», VI (2005), pp. 88-91.
- Gli archivi storici degli ospedali lombardi. Censimento descrittivo*, Quaderni di documentazione regionale, Milano 1982.
- La follia, la norma, l'archivio: prospettive storiografiche e orientamenti archivistici*, a cura di M. Galzigna, Marsilio, Venezia 1984.
- Fabbrini, M., Moscadelli, S., *L'archivio delle cartelle cliniche dell'Ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena: cenni sui percorsi di ricerca e sull'uso dei materiali per autodocumentazione scientifica*, in «Nuova rassegna di studi psichiatrici», XIX (2020), <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-19>.
- Giorgi, A., *Gli archivi sanitari italiani: un bilancio a venticinque anni dall'istituzione del Ser-*

⁶⁰ <https://www.mariotommasini.it/catalogo/>.

⁶¹ <https://www.archivissima.it/>.

⁶² M. Guglielmi, *Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica*, in «Scritture migranti», XIII (2019), pp. 177-204.

- vizio sanitario nazionale, in «Archivio trentino», II (2004), pp. 5-44.
- Guglielmi, M., *Visitare la follia. L'ospedale psichiatrico come meta turistica*, in «Scritture migranti», XIII (2019), pp. 177-204.
- Kolega, A., Procaccia, M., *“Carte da legare”: un progetto per la storia della sofferenza mentale in Italia*, in *Carte da legare dai luoghi della follia*, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 2000, pp. 31-33.
- Luciani, D., *Gli ospedali psichiatrici come patrimonio di natura e memoria*, in *Per un atlante degli ospedali psichiatrici pubblici in Italia. Censimento geografico, cronologico e tipologico al 31 dicembre 1996 (con aggiornamento al 31 ottobre 1998)*, a cura della Fondazione Benetton Studi Ricerche, Treviso 1999, pp. 7-10.
- Maroni, S., *Fonti per la storia della psichiatria in Umbria: l'archivio dell'Ospedale psichiatrico di S. Margherita di Perugia*, in *Gli archivi per la storia della scienza e della tecnica*. Atti del convegno internazionale (4-8 giugno 1991), Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 1995, pp. 1101-1115.
- Panzeri, L., *Gli archivi degli ospedali psichiatrici della Provincia di Milano*, in *La storia contemporanea negli archivi lombardi: un'indagine campione*, Quaderni di documentazione regionale, Milano 1980.
- Primo rapporto sugli archivi degli ex ospedali psichiatrici*, a cura del Gruppo di coordinamento del Progetto nazionale “Carte da legare”, Direzione generale per gli archivi, Roma 2010.
- Porrà, R., *La vigilanza sugli archivi storici ospedalieri in Sardegna*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro: aspetti e problemi degli archivi sanitari*. Atti del convegno (Napoli, 20-21 dicembre 1996), a cura di E. Allocati, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 2001, pp. 255-268.
- Rapetti, M., *Prefetture e Manicomi: il caso di Cagliari*, in *Gli archivi delle Prefetture. Un universo complesso tra storia e amministrazione*, a cura di A. Martorano, Civita Editoriale, Torre del Lago – Lucca 2022, pp. 5-23.
- Strumendo, L., *Premessa*, in *L'archivio della follia. Il manicomio di San Servolo e la nascita di una fondazione*, a cura di M. Galzigna e H. Terzian, Marsilio, Venezia 1980, pp. 7-11.
- Vannozzi, F., *Lex ospedale psichiatrico S. Niccolò di Siena: un progetto di salvaguardia del suo patrimonio storico-scientifico*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro*, cit., pp. 357-360.
- Villone, G. et al., *Chiude il manicomio, apre l'archivio. Progetto di recupero e fruizione dell'archivio del 'Leonardo Bianchi' di Napoli*, in *Medicina e ospedali. Memoria e futuro: aspetti e problemi degli archivi sanitari*. Atti del convegno (Napoli, 20-21 dicembre 1996), a cura di E. Allocati, Ufficio centrale per i beni archivistici, Roma 2001, pp. 361-370.

Sitografia

- <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/sardegna/ospedali-psichiatrici-rizzeddu-e-monserrato-di-sassari/larchivio?navId=0&cHash=f15bfc3c1b645b838996aebfd5d402>.
- <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/toscana/ospedale-neuropsichiatrico-provinciale-di-arezzo/larchivio?navId=0&cHash=96cf8835bb5cd33240f4ca8a8b7d963c>.
- <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi/umbria/ospedale-neuropsichiatrico-provinciale-santa-margherita-di-perugia/larchivio?navId=0&cHash=02b8ed2a580aaa9f9d95587763196b1a>.
- <https://cartedalegare.cultura.gov.it/guida-agli-archivi?navId=0&cHash=324100f6f2b3d2eeba09106d140c9df7>.

<https://cartedalegare.cultura.gov.it/progetto/il-censimento-degli-archivi?navId=0&cHash=22671d875dd699fb46a99e>
<https://cartedalegare.cultura.gov.it/search?navId=0&cHash=277a176d6b04c25e24a7e3ac76de99dc>.
<https://inventari-san.cultura.gov.it/>.
<https://menteinrete.it/network/asl-salerno/>.
https://minguzzi.cittametropolitana.bo.it/Chi_siamo_1.
<https://opera-vieusseux.nexusit.it/it/record/ID000004462>.
<https://servizimetropolitani.ve.it/it/museomanicomio/storia-ospedaliera-museo-del-manicomio>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/pagina.pl?RicProgetto=preg-tos-fuoman>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/pagina.pl?RicProgetto=psicologia>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10062>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10447>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=9290>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=9696>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10072>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10027>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10244>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10319>.
<https://siusarchivi.cultura.gov.it/cgi-bin/siusa/pagina.pl?TipoPag=comparc&Chiave=10070>.
<https://spazidellafollia.unicam.it/it>.
<https://www.archiviobasaglia.org/it/archivio/>.
<https://www.archivissima.it/>.
<https://www.aspi.unimib.it/>.
<https://www.aspi.unimib.it/collections/object/detail/8480/>.
<https://www.ausl.re.it/biblioteca-c-livi>.
<https://www.ausl.re.it/Sezione.jsp?idSezione=28833>.
<https://www.lazio900.it/inventario/?id=247572>.
<https://www.mariotommasini.it/catalogo/>.
<https://www.youtube.com/channel/UC6PtGmvhd8eyY6S4xM5gKvQ.21427a499b>.

L'atelier dell'ospedale San Giacomo: un dialogo tra arte e salute mentale

Chiara Sorrentino

Dentro e fuori le mura: la storia dell'Ospedale San Giacomo

Nella memoria collettiva la parola “manicomio” incarna spesso un'entità negativa, un luogo di reclusione prima ancora che di cura, un limbo tra l'umanità cosiddetta “normale” e tutti gli individui considerati “irregolari” e inadatti alla vita comune nella società. Questa pagina, se non nera quantomeno grigia, della storia della medicina presenta tuttavia dei punti di luce, dei tentativi di approccio più umano e conciliante nei confronti della malattia mentale. Verso la fine degli anni Cinquanta, infatti, in diversi manicomi italiani cominciarono a diffondersi i primi timidi esperimenti di cura della persona, nonché un approccio progressivamente più sensibile alle esigenze del paziente affetto da malattia mentale. Nonostante si sia trattato di fenomeni relativamente isolati e raramente strutturati, questi primi tentativi di deistituzionalizzazione del sistema manicomiale rappresentarono il principio di quel lungo percorso di scardinamento dei manicomi che si concluse definitivamente con la Legge 180/78, meglio nota come Legge Basaglia.

Nel panorama dell'ondata progressista degli anni Cinquanta-Sessanta, l'Ospedale Psichiatrico San Giacomo di Verona rappresenta una preziosa testimonianza delle varie fasi della storia della psichiatria in Italia. Per comprendere in che modo il nosocomio scaligero abbia influenzato l'approccio medico nei confronti dei pazienti e abbia modificato i rapporti tra la comunità cittadina e quella manicomiale è necessario fare qualche passo indietro e ripercorrere brevemente la storia di questa struttura tanto complessa quanto complesse furono le anime che l'hanno abitata.

Inaugurato ufficialmente il 1° luglio 1880, a seguito delle insistenti richieste del dottor Caterino Stefani che per primo denunciò la necessità di una struttura specializzata sul territorio veronese, l'Ospedale rimase operativo esattamente cento anni, fino alla definitiva chiusura avvenuta nel 1980, quando la Legge 180/1978 entrò effettivamente in vigore. Il progetto originale prevedeva (su ispirazione del modello ergoterapico inaugurato da Philippe Pinel) la costituzione di una colonia agricola a circa 3 km dalla città poco fuori le mura scaligere, in località San Giacomo di Tomba, una zona storicamente adibita all'assistenza dei malati. Attorno all'XI secolo, infatti, l'area a sud di Verona, dove sorge oggi l'Ospedale policlinico G.B. Rossi, venne destinata alla cura dei lebbrosi, segregando in questo modo nella zona periferica della città i casi di malattie infettive. Dopo un breve periodo in cui l'intero complesso venne riorganizzato e adibito a caserma militare, la struttura venne abbandonata fino all'apertura del nosocomio per opera di Stefani. L'Ospedale San Giacomo rimase quindi attivo ininterrottamente nell'area di Borgo Roma fino al trasferimento presso l'Ospedale di Marzana nel 1968 dove continuò a operare fino alla sua chiusura.

Ripercorrendo la lunga storia dell'Ospedale grazie ai contributi e agli studi a esso dedicati nel corso degli anni¹, nonché al materiale conservato presso l'Archivio storico della psichiatria veronese, è possibile constatare come il nosocomio veronese rappresenti ancora oggi un fondamentale testimone non solo dei grandi eventi della storia (nel manicomio furono internati numerosi soldati che presero parte alla guerra di Libia, alla Prima e Seconda guerra mondiale), ma anche e soprattutto dell'evoluzione delle terapie psichiatriche e delle tecniche mediche, modificatesi a seconda delle inclinazioni dei direttori che si sono susseguiti alla guida dell'Ospedale. Tra questi, il direttore Cherubino Trabucchi costituisce una delle figure più impattanti e rivoluzionarie nel panorama degli studi verso la medicina della persona grazie alle diverse iniziative da lui promosse volte alla de-stigmatizzazione del malato di mente. Sin dai primi anni della sua direzione, inaugurata nell'agosto del 1947, il dottor Trabucchi si impegnò assieme alla sua équipe medica ad ampliare la tradizionale funzione custodialistica del manicomio sancita dalla legge del 1904, verso una visione incentrata sulla cura e sul reinserimento del malato nella società. Una delle prime iniziative del direttore fu infatti quella di aprire la cittadella ospedaliera alla comunità veronese, a cominciare dalle occasioni religiose che costituivano talvolta un vero e proprio momento festivo e di incontro tra le famiglie dei degenti e quelle del personale. Come ricorda Luigi Trabucchi nel volume da lui scritto in ricordo del padre², oltre alla processione del Corpus Domini e alla festa del patrono il 25 luglio, un'altra occasione particolarmente attesa dai malati era costituita dai pellegrinaggi a Lourdes che, a partire dal 1960, divennero un appuntamento fisso per alcuni pazienti³.

Constatato il successo che le occasioni religiose riscuotevano tra i degenti, il dottor Trabucchi si prodigò quindi in una serie di iniziative sia interne che esterne all'Ospedale al fine di colmare la distanza tra i cosiddetti "folli" e il resto della società. Fu così che presero vita la banda musicale di San Giacomo e il corteo dei carri allegorici per il venerdì *gnocular*, il momento più atteso del carnevale veronese, durante il quale ai pazienti veniva concesso di sfilare su un carro a tema di loro ideazione e prendere parte ad alcuni festeggiamenti all'interno del frenocomio; una scelta, questa, non sempre compresa e accolta dalla comunità cittadina ancora profondamente diffidente nei confronti dei pazienti del manicomio e scettica in merito alla commistione di quest'ultimi con i "sani"⁴. La posizione del direttore Trabucchi sul tema rimase sempre salda e perentoria: «Il mettere a contatto i malati con la società li libera dall'isolamento e favorisce il rinascere di rapporti e stimoli che la malattia ha interrotto»⁵.

Le iniziative qui ricordate furono tutte di estrema importanza nel quadro del processo di de-stigmatizzazione dei pazienti del nosocomio, ma il progetto più interessante e ambizioso fu indubbiamente l'atelier di pittura e scultura.

¹ Si segnalano in particolare i contributi di R. Fianco, *L'asilo della maggior sventura. Origini e sviluppo del manicomio veronese di San Giacomo di Tomba (1880-1905)*, Cierre, Verona 1992, G. Licciardi, *Urla e silenzi: storia dell'ospedale psichiatrico di Verona (1880-1945)*, Villaggio Maori, Catania 2016 e M. Garbellotti, E. Gamberoni, S. Carraro (a cura di), *Raccontare la follia. Le carte dell'ospedale psichiatrico veronese di San Giacomo di Tomba*, Cierre, Verona 2019.

² L. Trabucchi, *Cherubino Trabucchi e l'ospedale psichiatrico di Verona. Un percorso verso la medicina della persona*, Cierre, Verona 2016.

³ I pellegrinaggi del "vagone Trabucchi" a Lourdes diedero vita, inoltre, ad un gemellaggio col vicino Ospedale Psichiatrico di Lannemezan.

⁴ L. Trabucchi, *Cherubino Trabucchi...*, cit., p. 42.

⁵ *Ibidem*.

L'atelier di pittura come strumento di riforma psichiatrica

All'indomani della *I Mostra dell'Arte nella Medicina* tenutasi a Verona il 28 luglio 1950, in occasione della quale vennero esposte opere di alcuni medici e pazienti residenti soprattutto nei manicomi sul territorio veneto, sorse al San Giacomo il primo nucleo dell'atelier su iniziativa del dottor Mario Marini che per primo propose di accostare alle tradizionali attività lavorative riservate ai malati uno spazio destinato alle manifestazioni artistiche, inizialmente solo per svago, per sopperire al disagio psicologico che poteva sorgere «a causa dell'inattività cui i pazienti sono costretti e che rende l'ambiente ospedaliero spesso monotono, gravemente deprimente»⁶, successivamente anche per fini diagnostici e terapeutici.

Inizialmente il laboratorio di pittura era costituito da un semplice salone dotato di alcuni strumenti pittorici, come ricordano Marini e Trabucchi in un intervento al symposium sui rapporti fra psicologia e psichiatria del 1962:

Ci siamo serviti in un primo tempo di un ampio stanzone ben illuminato, di qualche tavolino davanti al quale far sedere il malato. Abbiamo fatto confezionare in ospedale qualche cavalletto e dei treppiedi per la scultura. Materiali usati: matite, matite colorate, pastelli, colori ad olio, a tempera [...], ad acquerello, plastilina, terra creta. Un solo infermiere è in grado di assistere bene una dozzina di malati. Abbiamo sempre avuto la fortuna di ottenere la disinteressata, fraterna collaborazione di un artista [...], elemento di estrema importanza in quanto non si può prescindere, almeno nella fase delicata di avviamento di un malato ad un tal nuovo genere di attività, dall'apprendimento dei più elementari principi tecnici, specie per quanto concerne l'uso appropriato dei vari materiali.⁷

L'artista a cui fanno riferimento i due medici fu, in un primo momento, il pittore Luigi Maria Veronesi, il quale tentò di instaurare una tradizionale scuola di pittura con un impianto di tipo accademico, insegnando ai pazienti i primi rudimenti della prospettiva, del chiaroscuro e della pittura dal vero. I buoni propositi del pittore non bastarono tuttavia ad attirare l'attenzione dei degenti, i quali difficilmente sopportavano le sessioni didattiche del maestro, come notò lo stesso direttore Trabucchi: «L'entusiasmo fu effimero, i malati si stancavano e la scuolella languiva»⁸.

Dopo questa prima fase di vita dell'atelier (che si concluse senza successo), l'iniziativa di Marini prese una svolta inaspettata con l'arrivo di un altro collaboratore esterno che riorganizzò l'impianto del laboratorio artistico, rimodulando allo stesso tempo anche l'approccio con i pazienti: si trattava dell'artista Micheal Sinclair Noble, scultore di origine scozzese, giunto in Italia in qualità di Maggiore dell'ottava Armata celando, in questo modo, il suo ruolo da agente segreto al servizio del governo militare anglo-americano. Nonostante lo scultore soggiornasse in una villa situata sul lago di Garda assieme alla sua consorte, la contessa Ida Pozzi Borletti, entrambi i coniugi si trovavano spesso a Verona per portare avanti un sodalizio artistico con la fonderia Brustolin tramite cui ebbero modo di conoscere il direttore Trabucchi e la realtà dell'Ospedale San Giacomo. Nel 1957 il direttore propose a

⁶ C. Trabucchi, M. Marini, *L'Organizzazione di un atelier di pittura in Ospedale Psichiatrico* in *Dinamismi Mentali Normali e Patologici: atti del symposium sui rapporti fra psicologia e psichiatria*, Società Editrice Vita e Pensiero, Milano 1962, p. 310.

⁷ *Ivi*, p. 311.

⁸ L. Trabucchi, *Cherubino Trabucchi...*, cit., p. 37.

Noble di proseguire l'impresa inaugurata da Luigi Maria Veronesi e collaborare col dottor Marini per riprendere l'esperimento dell'atelier del San Giacomo.

La collaborazione di Noble risultò fondamentale non solo per la riorganizzazione dello spazio dell'atelier, ma anche per l'attenzione riservata alle manifestazioni artistiche dei pazienti quali libero mezzo espressivo della loro interiorità senza alcun vincolo di tipo tecnico o accademico. Lo scultore scozzese comprese presto che un'impostazione frontale di tipo didattico non avrebbe sortito l'effetto sperato sui pazienti che frequentavano l'atelier, e decise pertanto di limitarsi a mostrare come utilizzare al meglio i diversi materiali, lasciando poi i pazienti-artisti liberi di sperimentare, come ricorda lo stesso Noble:

Mi era venuta l'idea di prendere un pacchetto di sigarette e un accendino e di muoverli sul tavolo, dicendo: «Qui ho due cose, ma ce n'è un'altra – lo spazio tra di loro che può parlare». Su un foglio con il pennello lasciai una macchia di colore, poi, la mano viaggiando vicino e lontano, un'altra. Era il primo passo; cominciavano a sperimentare.⁹

Dopo le prime due settimane di vita del nuovo atelier, alcuni pazienti superarono le iniziali diffidenze e cominciarono a frequentare assiduamente lo studio sotto la guida di Noble e del dottor Marini. Tra questi, emersero presto anche i primi artisti: Severino, il cui soggetto prediletto era la città brulicante di mezzi, in particolare i tram; Totolo, un invalido di guerra che custodiva gelosamente le proprie opere; Fulvio, impegnato inizialmente nel laboratorio di falegnameria, divenne successivamente uno dei pittori più talentuosi del gruppo e molti altri a seguire. Tuttavia, il paziente che contribuì maggiormente a esportare la fama dell'atelier al di fuori delle mura manicomiali e addirittura dei confini nazionali, animando il dibattito sul ruolo e sulle funzioni del manicomio, fu senz'altro Carlo Zinelli. Il celebre artista, a oggi riconosciuto come uno dei maggiori rappresentanti della corrente dell'Art Brut in Italia, venne ricoverato definitivamente al San Giacomo nel 1947, dopo un serie di ingressi saltuari nel nosocomio. Zinelli si trovava nel quinto padiglione dell'Ospedale, quello riservato ai casi più gravi spesso considerati socialmente irrecuperabili, a causa di una grave forma di schizofrenia paranoide peggiorata ulteriormente al suo rientro da Cadice, in Spagna, dove si trovava per prendere parte al Corpo Truppe Volontarie. Zinelli fece il suo ingresso nell'atelier solamente nel 1957 accompagnato dall'infermiere Mario Mengali, il quale scorre nei graffiti da lui incisi con materiali di fortuna sulle mura del reparto il germe di un innato talento artistico. L'intuizione dell'infermiere si rivelò corretta: anche Carlo entrò a far parte dei frequentatori dell'atelier, divenendo una delle presenze più assidue all'interno dello studio. L'attività si svolgeva dal lunedì al sabato mattina, dalle ore 8.00 alle 11.30, per poi riprendere nel pomeriggio dalle 13.00 alle 17.00, pertanto occupava la maggior parte della giornata dei pazienti, altrimenti destinati a ricadere nella monotonia e nella noia, col rischio, tanto temuto dal direttore Trabucchi, di aggravare la loro condizione clinica già di per sé molto delicata e instabile.

In pochi mesi l'atelier cominciò quindi ad animarsi di nuove presenze, fino a contare circa una decina di frequentatori fissi. Sebbene si trattasse di una percentuale minima rispetto al numero totale di ricoverati al San Giacomo, numero che si aggirava attorno ai milletrecento individui, l'interesse e i benefici riscontrati in questo primo nucleo di pazienti-artisti resero possibile la riorganizzazione dell'atelier in uno spazio meno cupo, più libero e aperto anche a ospitare le donne. Nonostante le prevedibili difficoltà emerse dal progetto, l'amministrazione provinciale finanzia infine le spese di costruzione e l'Ospedale San Giacomo poté dotarsi di

⁹ M. Noble, *Ricordo di Carlo*, in S. Marinelli, F. Pesci (a cura di), *Carlo: tempere, collages, sculture 1954-1974*, Marsilio, Venezia 1992, p. 34.

un vero e proprio atelier costruito *ad hoc* per accogliere i pazienti in uno spazio più adatto alle loro esigenze. Il nuovo laboratorio era costituito da «un piccolo padiglione indipendente, razionale, ben illuminato e riscaldato, ove può comodamente lavorare una ventina di malati contemporaneamente (uomini e donne)»¹⁰. In verità, sebbene l'atelier venisse aperto per la prima volta anche alle donne, permase la suddivisione dei sessi in due sezioni con ingressi e servizi separati, una condizione, questa, su cui il direttore rimase sempre intransigente.

Il nuovo spazio non comportò una semplice riorganizzazione del personale e del materiale di lavoro, ma rappresentò un concreto avanzamento (seppur piccolo, imprescindibile) nel processo di deistituzionalizzazione del manicomio. Noble ricordò infatti come il padiglione, uno stanzone quattro metri per dodici, fosse dotato di grandi finestre senza sbarre, muri adatti ad appendere quadri e, soprattutto, come fosse possibile per i pazienti ammirare lo spazio verde del parco esterno; uno spazio, quello del giardino, riorganizzato appositamente in funzione del nuovo atelier dal momento che la ghiaia del vialetto venne sostituita da un prato con piante fiorite. I benefici riscontrati dai pazienti furono immediati e in meno di un anno fu possibile raccogliere una mole sufficiente di materiale per organizzare le prime mostre e, in questo modo, aprire metaforicamente le porte del San Giacomo al mondo.

La prima esposizione venne organizzata presso la Galleria *La Cornice* in piazza Bra nel 1957, lo stesso anno dell'inaugurazione del nuovo padiglione dell'atelier. Il catalogo della mostra si apriva con una presentazione a cura di Dino Buzzati, il quale, all'indomani del termine della rassegna, riportò in un articolo sul «Corriere della Sera», dal titolo *Inquietanti domande a una mostra d'arte*, che questa fu un successo di interessamento e di pubblico con una media di oltre mille visitatori al giorno¹¹.

Dopo il successo della mostra a Verona, ne seguirono altre nel 1958 a Milano, a Roma e a Como, rispettivamente alle Gallerie *Il Milione*, *Selecta* e *Broletto*. I giornali e le agenzie nazionali riportarono recensioni positive e lusinghiere delle esposizioni, tuttavia alcuni titoli altisonanti tradivano ancora una visione largamente stereotipata del malato di mente. È lo stesso Noble a sottolineare ciò in una lettera che si trovò costretto ad inviare a circa una ventina di giornalisti di cui è riportato di seguito uno stralcio particolarmente significativo:

Egregio Direttore,

Abbiamo notato l'interesse dimostrato dal Suo Giornale per le Mostre dei ricoverati nel nostro Ospedale psichiatrico recentemente allestite a Verona, Milano e Roma. Avremmo tanto desiderato far leggere agli interessati le critiche loro dedicate, anche perché riteniamo che il riconoscimento della serietà della loro opera aumenti il valore curativo di questa esperienza. Purtroppo in molti casi ciò non è stato possibile perché o nei titoli o nel corpo degli articoli ricorre la parola «matti», «folli», «pazzi» o, peggio, «dementi». [...]

Ella si rende conto d'altronde della ferita psichica che viene inferta agli ammalati ed ai loro parenti da espressioni di questo genere. Sarebbe perciò estremamente desiderabile che in futuro, trattando di questi problemi, specialmente in articoli seri ed impegnativi, fossero usati termini più esatti e più umani... anche per abituare i lettori a considerare i nostri ricoverati come elementi ancora validi della società... Mi creda.¹²

¹⁰ C. Trabucchi, M. Marini, *L'Organizzazione di un atelier di pittura in Ospedale Psichiatrico*, cit., p. 312.

¹¹ D. Buzzati, *Inquietanti domande a una mostra d'arte*, in «Corriere della Sera», 12 novembre 1957, p. 3.

¹² S. Marinelli, F. Pesci (a cura di), *Carlo: tempere, collages, sculture 1954-1974*, Marsilio, Venezia 1992, p. 38.

La lettera evidenzia chiaramente quali fossero gli obiettivi principali tanto dell'atelier quanto delle mostre e, pertanto, le ragioni per cui il laboratorio d'arte presso l'Ospedale San Giacomo si sarebbe rivelato un esperimento precursore del processo di deistituzionalizzazione della tradizionale struttura manicomiale. Nella lettera lo scultore scozzese pone l'accento sulla necessità di utilizzare un linguaggio più "umano" (aggettivo che ricorre frequentemente negli scritti del personale che orbitò attorno al San Giacomo), sottolineando quanto il lessico spregiativo utilizzato da alcuni giornalisti potesse risultare lesivo non solo nei confronti dei pazienti, ma anche e soprattutto sul pubblico di lettori, dal momento che un simile atteggiamento aumentava il rischio di divaricare ulteriormente la forbice che separava il "dentro" dal "fuori", i malati dai sani, impedendo, in questo modo, qualsiasi forma di reinserimento del paziente nella società.

Se con le mostre e l'eco mediatica che queste ottennero (si segnalano, ad esempio, i contributi di Buzzati e Moravia) l'atelier poté metaforicamente uscire e trovare un proprio posto anche nel mondo al di fuori dell'Ospedale, non trascorse molto tempo prima che queste uscite si concretizzassero in vere e proprie gite all'esterno delle mura. I coniugi Noble, infatti, allestirono con la complicità dello scultore Pino Castagna, nel frattempo entrato a far parte dell'équipe del laboratorio, un analogo atelier di scultura nella loro villa a Garda. Cominciarono così anche le gite dei pazienti-artisti presso la villa Idania, un luogo idillico in cui gli ospiti potevano godere del giardino sulle rive del lago, della piscina e di occasionali escursioni in barca, sotto la custodia del dottor Marini e degli infermieri al seguito, una sorveglianza sì costante ma mai restrittiva. Le visite alla villa dei Noble rappresentarono per i pazienti del San Giacomo degli autentici momenti di sperimentazione di una quotidianità atipica rispetto al microcosmo ospedaliero dove gli unici abitanti erano costituiti da malati, medici, infermiere o suore. A Garda «si sta insieme in giardino per la colazione e quando il tempo lo permette, la contessa noleggia una barca per un giro del lago. Chi lo desidera si dedica al lavoro della ceramica o della pittura, chi si sente ispirato suona l'organetto. Le sere si va tutti a ballare in un locale del paese. A Villa Idania non esistono obblighi né barriere e l'unico principio è quello che tutela la vitalità di ognuno»¹³.

L'attività dell'atelier continuò senza sosta, la fama e la vendita delle opere dei pazienti-artisti garantirono inoltre l'autosufficienza del laboratorio permettendo l'acquisto di nuovo materiale e di indumenti per i malati, nonché l'organizzazione di visite a musei e gallerie. Fu in particolare la figura di Carlo a ricevere maggiori attenzioni quando lo psichiatra Vitorino Andreoli, allora un giovanissimo praticante, entrò al San Giacomo nel 1959. Il dottor Andreoli rimase particolarmente colpito dalla figura di Zinelli dal momento che intravide nei suoi quadri dai colori accesi un talento artistico degno delle esposizioni internazionali di arte contemporanea. Fu infatti Andreoli, durante le sue spedizioni nei vari manicomi d'Europa per studiare esperienze analoghe all'atelier del San Giacomo, che presentò le opere di Zinelli a Jean Dubuffet e alla *Compagnie de l'Art Brut*, il quale rimase entusiasta delle opere tanto da dedicare al paziente del San Giacomo una monografia nel 1966 sui «Cahiers de la Compagnie».

¹³ V. Andreoli, L.M. Barbero, C. Tansella (a cura di), *Autentiche visioni. Verona e l'arte irregolare da Carlo Zinelli a oggi*, Grafiche Aurora, Verona 2012, p. 11.

L'eredità dell'atelier tra ieri e oggi

L'atelier riscosse un interesse tale che, sempre nel 1959, il celebre fotografo della rivista «Life», nonché cognato di Noble, John Phillips, trascorse un mese all'interno dell'Ospedale allo scopo di produrre un reportage fotografico che raccontasse la quotidianità dell'istituto, ritraendo tanto i momenti festivi quanto quelli più desolanti dei pazienti, senza alcun velo di patetismo o, peggio, paternalismo. Le fotografie di Phillips ritraggono con estrema naturalezza i pazienti nell'atelier, tutti chini sui fogli con lo sguardo concentrato e attento, quasi ignari dell'obiettivo del fotografo che li osserva. Non mancano scatti anche all'esterno delle mura manicomiali, a villa Idania, in cui è possibile vedere la lunga tavolata in cui i pazienti erano soliti sedere e pranzare assieme ai “non pazienti”. L'archivio fotografico di oltre cinquecento scatti raccolto da Phillips non poté tuttavia vedere le stampe perché «negli anni Sessanta gli editori ritenevano che il soggetto fosse troppo crudo per la sensibilità dei lettori»¹⁴. Evidentemente alle soglie degli anni Sessanta la rappresentazione del manicomio costituiva ancora un tabù per molti cittadini, tanto che dovettero trascorrere altri dieci anni prima che iniziative simili a quella di Phillips potessero circolare¹⁵.

Negli anni a seguire l'attività dell'atelier proseguì ininterrottamente anche dopo il trasferimento del nosocomio nella zona a nord-est della città nel 1968 dove fu allestito un laboratorio meglio attrezzato, più capiente e con un clima di vita meno restrittivo. Il nuovo atelier poteva infatti ospitare fino a quaranta pittori, quasi il doppio rispetto all'originale laboratorio, e presentava una maggior varietà di materiali e strumenti liberamente accessibili agli artisti. Molti dei pazienti che videro nascere il primo nucleo dell'atelier proseguirono la loro attività nella sede a Marzana, anche se il trasferimento non rappresentò per tutti una novità positiva; emblematico è il caso dello stesso Zinelli che, turbato dall'improvviso spostamento, smise progressivamente di dipingere. Al di là del contributo all'interno del movimento dell'Art Brut, l'atelier del San Giacomo lasciò un'impronta profonda anche nel campo della psichiatria e degli studi sul linguaggio grafico. A Verona nacquero infatti diverse società scientifiche come la SITE *Société Internationale de Psychopathologie de l'expression*, oltre a congressi e riviste specialistiche dedicate al rapporto tra arte e malattia mentale. Un'eredità, quella dell'atelier, che continua ancora oggi ad essere riconosciuta e divulgata grazie alle mostre organizzate dalla Fondazione Culturale Carlo Zinelli e alle diverse iniziative promosse nell'ambito del progetto ArSaGi, volte a valorizzare e conservare la memoria storica di una delle istituzioni più significative del territorio scaligero, l'Ospedale San Giacomo.

Alla luce di questo breve excursus sulla storia dell'atelier del San Giacomo è possibile notare come questo pionieristico esperimento costituisca una straordinaria testimonianza delle diverse tappe del lungo processo di deistituzionalizzazione dei manicomi, un'evoluzione che affonda le proprie radici ben prima degli anni Settanta e che ha avuto origine anche grazie alla sensibilità e all'impegno di poche persone. La tenacia dei dottori, degli artisti e di tutte le altre figure che orbitarono attorno al San Giacomo rese possibile la realizzazione di un'oasi all'interno dell'Ospedale psichiatrico; un privilegio riservato a pochi, sicuramente, ma comunque un primo passo verso una visione più “umana” del malato di mente. Le sessioni di pittura e scultura nel laboratorio e, soprattutto, le uscite all'esterno delle mura

¹⁴ J. Phillips, *John Philips fotografo: retrospettiva e reportage inedito dal San Giacomo di Verona*, Silvana Editoriale, Cinisello Balsamo 2010, p. 51.

¹⁵ Si ricordano a titolo esemplificativo il reportage di Franco e Franca Basaglia con le fotografie di Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin, *Morire di classe*, che venne pubblicato nel 1969, così come *Gli esclusi* di Luciano D'Alessandro.

manicomiali dimostrarono che un “altro” manicomio era possibile, un Ospedale in cui i pazienti non venissero considerati dei reietti avulsi dalla società ma, al contrario, persone dotate di una propria dignità e di una propria sensibilità.

Bibliografia

- Andreoli, V., Barbero, L.M., Tansella, C. (a cura di), *Autentiche visioni. Verona e l'arte irregolare da Carlo Zinelli a oggi*, Grafiche Aurora, Verona 2012.
- Buzzati, D., *Inquietanti domande a una mostra d'arte*, in «Corriere della Sera», 12 novembre 1957.
- Basaglia, F., Ongaro Basaglia, F. (a cura di), *Morire di classe. La condizione manicomiale fotografata da Carla Cerati e Gianni Berengo Gardin*, Einaudi, Torino 1969.
- D'Alessandro, L., *Gli esclusi. Fotoreportage da un'istituzione totale*, Il Diaframma, Milano 1969.
- Fianco, R., *L'asilo della maggior sventura. Origini e sviluppo del manicomio veronese di San Giacomo di Tomba (1880-1905)*, Cierre, Verona 1992.
- Garbellotti, M., Gamberoni, E., Carraro, S. (a cura di), *Raccontare la follia. Le carte dell'ospedale psichiatrico veronese di San Giacomo di Tomba*, Cierre, Verona 2019.
- Licciardi, G., *Urla e silenzi: storia dell'ospedale psichiatrico di Verona (1880-1945)*, Villaggio Maori, Catania 2016.
- Noble, M., *Ricordo di Carlo*, in S. Marinelli, F. Pesci (a cura di), *Carlo: tempere, collages, sculture 1954-1974*, Marsilio, Venezia 1992.
- Phillips, J., *John Philips fotografo: retrospettiva e reportage inedito dal San Giacomo di Verona*, Silvana Editoriale, Cinisello Balsamo 2010.
- Trabucchi, C., Marini, M., *L'Organizzazione di un atelier di pittura in Ospedale Psichiatrico*, in *Dinamismi Mentali Normali e Patologici: atti del symposium sui rapporti fra psicologia e psichiatria*, Società Editrice Vita e Pensiero, Milano 1962.
- Trabucchi, L., *Cherubino Trabucchi e l'ospedale psichiatrico di Verona. Un percorso verso la medicina della persona*, Cierre, Verona 2016.

Tobino, il pino e la Lagerstroemia. Il giardino dell'Ospedale psichiatrico di Maggiano come spazio di cura

Cecilia Spaziani

La cosa che più amo dei manicomi sono i giardini. Li guardo ogni giorno, ogni mattina, la notte. Anche d'inverno quando vivono aridi, stecchi le membra, li contemplo con l'affetto di un padre per il figlio¹.

Dalla «follia della miseria»² agli «spazi di relazione». Proposte di inclusione sociale tra le mura dei manicomi

Medico psichiatra dai primi anni Quaranta del Novecento agli Ottanta, Mario Tobino (1910-1991) fu Direttore dell'Ospedale di Maggiano, in provincia di Lucca, oggi sede della «Fondazione Mario Tobino» e “luogo del cuore” del Fondo per l'Ambiente Italiano (FAI).

Sostenitore di una psichiatria nella quale gli spazi svolgono un ruolo centrale e curativo, Tobino traduce letterariamente l'esperienza con i suoi e le sue pazienti all'interno, tra gli altri, dei romanzi-diari *Le libere donne di Magliano* (1953), *Per le antiche scale* (1972), *Gli ultimi giorni di Magliano* (1982), *Il manicomio di Pechino* (1990) e della raccolta di racconti *Zita dei fiori* (1986). Si tratta di opere nelle quali emerge la caparbietà nel voler riorganizzare le strutture manicomiali e gli apparati extraospedalieri, nella convinzione di quanto gli ambienti interni e quelli esterni del giardino svolgano un ruolo decisivo nel recupero dei malati, veri e propri strumenti di cura. Pensati e composti in decenni cruciali della storia d'Italia, questi scritti si collocano all'epoca della contestazione antipsichiatrica nei confronti della quale, come è noto, l'autore non aderì alle posizioni del collega Franco Basaglia³ e della Legge 180 (1978)⁴: sin dagli anni precedenti convinto sostenitore della socioterapia e della possibilità

¹ M. Tobino, *Il manicomio di Pechino*, Mondadori, Milano 2023, p. 141.

² D. Forgacs, *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità ad oggi*, Laterza, Roma-Bari 2014, p. 220.

³ Sul rapporto Tobino-Basaglia si consiglia la lettura dell'*Introduzione* e della *Nota storica* de *Gli ultimi giorni di Magliano* di Tobino (rispettivamente di M. Zappella e P. De Vecchis, in *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 2009). Ha ricostruito la vicenda anche Stefano Redaelli nel suo *Tobino contro Basaglia*, in M. Cioni (a cura di), *Tobino e Bologna. Nuovi itinerari tra medicina, letteratura e storia*, I libri di Emil, Città di Castello 2022, pp. 101-114. Interessante è anche l'articolo di P. Di Stefano, *Tobino e Basaglia, duello sulla follia*, in «Corriere della Sera», 6 maggio 2006.

⁴ Invece che fare riferimento alla nota bibliografia basagliana e agli studi sulla legge che portò nel 1978 alla chiusura dei manicomi – ormai noti – intendo qui proporre letture alternative del tema in chiave contemporanea. Interessanti sono ad esempio il volume di D. Bruno, *Alle frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica* (Pacini, Pisa 2017) che riflette sulla funzione della psichiatria all'interno dell'attuale società in continua evoluzione e ripensa inoltre all'assistenza sanitaria per i migranti e ai temi dell'esclusione e dell'accoglienza. Segnalo anche

di apertura dei manicomi alla società civile, Tobino fu tenace fautore di una rivoluzione di tipo fenomenologico in disaccordo con la «distruzione dell'ospedale psichiatrico»⁵, piuttosto orientata verso una radicale trasformazione dei metodi di cura e contenzione dei malati, meno disumanizzanti e più individualizzati e verso una «trasformazione fisica dei luoghi e dell'architettura»⁶. Scrive ad esempio all'inizio degli anni Ottanta:

E li vorrebbero trasferire, inserire, rimandarli a casa loro, dai parenti. Sono anni che si sente ripetere: *smantellare, chiudere i manicomi, distruggerli*. Ma dove vanno questi qui del *sei*? chi li vuole? Non invitammo i familiari? Ricevettero la lettera e vennero a parlare. Tutti, tutti, dissero e dimostrarono che non potevano accoglierli, anche loro vecchi, malati, poveri. Quella madre fu la conclusione di tutto, il riassunto [...] la madre del cieco Toneri? Disse: "Già ne custodisco uno di cieco, suo fratello. E me ne volete dare un altro? più che il sangue già sudo". Ma che hanno in mente quando pronunciano la parola istituzione come fosse un verme, una stortura, un'infamia?⁷

Illuminante, a tal proposito, è anche la Prefazione delle *Libere donne di Magliano* inserita nella ristampa del 1963 con la quale si celebrano i dieci anni dalla prima pubblicazione. Dal titolo *Dieci anni dopo*, appunto, il testo chiarisce l'idea tobiniana sulla Legge 180:

Ora ci vorrebbero tanti più psichiatri, più infermieri specializzati, più dedizione, più accuratezza, più giornaliera pazienza, più denari, più denari, se è vero che i matti sono anch'essi creature degne d'amore, sono anch'essi cristiani. Se si pensa all'incontrario, allora lo si dichiara; si continui a tenere i pazzi in un oscuro antro, quasi abbandonato. [...] Per i sani è giunto il momento di fare il loro dovere verso i folli. E, per aiutarli, è semplicemente necessario aumentare il numero dei medici, il numero degli infermieri specializzati, è necessario costruire piccoli ospedali per modo che ogni malato sia una persona e non un numero pressoché anonimo.⁸

Si tratta di una posizione che, pur confermando l'esigenza di radicali e urgenti cambiamenti nell'approccio medico alla malattia mentale, esplicita le riserve relative al reinserimento dei pazienti in famiglia e in società. L'adeguato supporto da parte della comunità rappresenta agli occhi dello psichiatra di Magliano la chiave del collegamento con l'esterno, pur nell'assoluta convinzione della conservazione fisica dell'ambiente manicomiale: «Non

G. Gallio, M.G. Cogliati Dezza (a cura di), *La città che cura. Microaree e periferie della salute* (Edizioni alphabeta, Merano 2018) dedicato alla medicina "di territorio e di comunità". Con l'idea della salute mentale quale tema di portata sociale, si veda anche R. Piccione, G. Di Cesare, *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi* (Alphabeta, Bolzano 2018). Più canonici ma indispensabili sono poi tutti i volumi di Franco Basaglia, tra i quali *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico* (Einaudi, Torino 1968) e *Scritti 1953-1980* (il Saggiatore, Milano 2023).

⁵ Il riferimento è al testo di Basaglia *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di deistituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso»*. *Considerazioni sul sistema «open door»*, in F. Ongaro Basaglia (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.

⁶ G. Scavuzzo, *Il parco della guarigione infinita. Un dialogo tra architettura e psichiatria*, Lettera Ventidue, Siracusa 2022.

⁷ M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, cit., p. 43. I corsivi sono dell'autore.

⁸ E prosegue: «è necessario e obbligatorio innanzitutto non dare soltanto il denaro ma partecipare, sorvegliare, criticare, appassionarsi a ogni passaggio di questa meravigliosa impresa contro la pazzia, la più misteriosa dea che esista nel mondo» (M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, in P. Italia (a cura di), *Opere scelte*, Mondadori, Milano 2007, pp. 1792-1793).

c'è luogo in Italia meglio di questo, questa la loro casa»⁹, scrive negli *Ultimi giorni di Magliano*. Recuperando le riflessioni di Ferdinand Tönnies (1887) sulle differenze tra 'società' e 'comunità' secondo cui nella prima gli individui vivono pacificamente gli uni a fianco degli altri ma rimangono «separati» mentre nella seconda «essi restano legati malgrado ogni separazione»¹⁰, Tobino si professa convinto sostenitore della realizzazione di «un'atmosfera di comprensione e di riadattamento sociale» in cui «contemporaneamente si attui la guarigione medica e quella sociale, un ospedale che sia capace di riportare alla vita libera, tra gli altri uomini», ma non prima che questi abbiano seguito un percorso di riabilitazione e guarigione interno alle mura degli «istituti psicoterapici», secondo la ridenominazione tobiniana. Scrive a tal proposito in *Progetto di un nuovo ospedale psichiatrico*: «Un moderno Ospedale Psichiatrico (che più propriamente si dovrebbe chiamare Istituto Psicoterapico) deve avere la stessa fisionomia di un paese, e sia pure uno speciale paese, una fisionomia viva in tutte le sue parti, logica, sviluppatasi naturalmente, riflessione dell'economia che la governa»¹¹.

«Abbiamo dei giardini bellissimi»

Questo intervento prende avvio dall'assunto che vede l'ambiente naturale, i giardini e gli alberi delle strutture manicomiali veri e propri strumenti integrativi delle tradizionali pratiche psico-terapeutiche, contesti la cui compagine architettonica e il grado di cura e accoglienza possono svolgere un ruolo centrale all'interno dei percorsi di guarigione delle e dei pazienti. Lo testimoniano le numerose pagine che caratterizzano l'intera produzione narrativa di Tobino nelle quali gli spazi verdi sono strettamente collegati al benessere dei pazienti delle strutture:

Le ortensie, il *Rhynchospermum*, cioè il falso gelsomino, la *Thuia*, il *Pittosporum*, il pino, il vasto d'immensità leccio fanno una unica schiera di ombre e le rose [...] qui sbocciano quali belle domestiche cenerentole, dall'amatore soltanto individuate. Sono rose che nei precedenti metri si alzano tanto delicate, tanto forti, e coi colori dei petali così squillanti che ogni *Ligustrum*, *Ilex* e *Cupressus* sono guerrieri, soldati della reggia, nobili servitori del loro reame.¹²

Attraverso una lettura incrociata della sua produzione letteraria, precedente e successiva

⁹ M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, cit., p. 34.

¹⁰ Scrive Tönnies che «secondo la teoria della società, questa è un gruppo di uomini che, vivendo e stando, come nella comunità, in maniera pacifica gli uni a fianco degli altri, non sono legati organicamente ma sono organicamente separati; mentre, nella comunità, essi restano legati malgrado ogni separazione, sono, nella società, separati malgrado ogni legame» (la citazione è presa da G. Magrini, *Mario Tobino e lo stile della comunità*, in «Paragone», LXI (1990), n. 23, pp. 20-32).

¹¹ M. Tobino, *Progetto di un nuovo ospedale psichiatrico*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», LXVI (1959), n. 80, pp. 228-235. Il saggio prende le mosse dall'intervento tobiniano *Come si deve costruire oggi un nuovo ospedale psichiatrico* al Congresso di Neurologia per la Toscana e l'Umbria presso la clinica San Salvi di Firenze del 4 maggio 1958. Sul tema della malattia mentale declinata in chiave letteraria in relazione ai concetti di cura e di socialità si consiglia G. Ferroni (a cura di), *Il turbamento e la scrittura*, Donzelli, Roma 2010, che raccoglie gli interventi presentati al convegno *Il turbamento e la scrittura*, tenutosi a Lucca nel dicembre 2008 e curato dalla Fondazione Mario Tobino. Di Ferroni, che da tempo si occupa dello psichiatra-scrittore, si segnala anche *La sabbia e il marmo. La Toscana di Mario Tobino*, Donzelli, Roma 2012.

¹² M. Tobino, *Il manicomio di Pechino*, cit., pp. 139-140.

alla legge del 1978, si propone dunque una indagine di tipo letterario-ambientale, per certi aspetti ecocritico – nel senso più ampio e inclusivo del termine – sulla scia delle più recenti osservazioni di Niccolò Scaffai e di Stefano Redaelli – rispettivamente *Letteratura e ecologia. Forme e temi di una relazione narrativa* (2021) e *L'ambiente psichiatrico nell'opera di Franco Basaglia e Mario Tobino: verso un'ecologia delle idee (sulla follia)* (2022)¹³ – con la convinzione di quanto gli spazi possiedano intrinsecamente la capacità di orientare le scelte degli individui e della società e di intervenire potenzialmente sull'iter formativo del singolo e della comunità. Si tratta di un valore quanto mai necessario nella realtà socio-politica e culturale contemporanea, nella quale la crisi in cui versa l'ambiente, il preoccupante (e crescente) cinismo per le sorti del pianeta, l'anonimizzazione dei contesti urbani stanno compromettendo il rapporto tra i contesti spaziali vissuti e attraversati e il valore educativo e formativo di questi ultimi.

Il tema degli spazi delle strutture manicomiali è all'attenzione di Tobino sin dagli anni Cinquanta, come provato, ad esempio, dal concorso per un progetto per il nuovo ospedale psichiatrico di Vicenza al quale partecipa al fianco dei due architetti toscani Piero Morelli e Giorgio Ramacciotti. Si legge infatti nella nota diaristica del 1 aprile 1958: «Ho occupato più di un mese nella progettazione di un nuovo ospedale psichiatrico, il quale deve essere come un paese, e in questo, come suole, vi è un centro, cioè un largo, una piazza, un incrocio di strade», e aggiunge in chiusura: «Metterò in opera ciò che posso per difendere come ho immaginato che sia bene vivano i matti»¹⁴. Si tratta di considerazioni che, sotto varie forme, tornano sovente all'interno delle riflessioni tobiniane poiché strettamente correlate al «paradigma di cura»¹⁵ e alla concezione di un luogo che non sia ospizio per i malati, ma casa («li lascio tranquilli, questa è la loro casa»)¹⁶. Le posizioni antibasagliane dello psichiatra – che dunque difende strenuamente la conservazione fisica dei manicomi – sono del resto sempre accompagnate, tra le altre di carattere socio-sanitario, anche da richieste di interventi concreti di tipo architettonico sulle strutture e florovivaistico sui giardini affinché gli spazi di contenzione¹⁷ si trasformino in luoghi accoglienti e abitabili nei quali, in totale sicurezza, gli

¹³ N. Scaffai, *Letteratura e ecologia. Forme e temi di una relazione narrativa*, Carocci, Roma 2021; S. Redaelli, *L'ambiente psichiatrico nell'opera di Franco Basaglia e Mario Tobino: verso un'ecologia delle idee (sulla follia)*, in «Studia Romanica Posnaniensis», 49 (2022), n. 3, pp. 121-134. Sull'enigmatica correlazione tra spazi, individui e società, sono decisive anche le riflessioni di C. Bianchetti, *Le mura di Troia. Lo spazio ricomponi i corpi*, Donzelli, Roma 2023. Della stessa – di stampo urbanistico e sui concetti di identità e abitabilità dello spazio – si veda ancora *Corpi tra spazio e progetto* (Mimesis, Milano 2020) e *Spazi che contano. Il progetto urbanistico in epoca neo-liberale* (Donzelli, Roma 2016).

¹⁴ M. Tobino, nota diaristica del 1 aprile 1958, in P. De Vecchis, M. Marchi (a cura di), *Appendice da Diario*, in M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, cit., pp. 198-199.

¹⁵ M. Gensabella Furnari, *Disabilità e vulnerabilità: un approccio bioetico*, in C. Caltagirone, F. Pierangeli (a cura di), *La disabilità tra letteratura e filosofia. Rappresentazioni e percorsi per una antropologia interale*, in «Studium», 120 (2024), n. 2, pp. 203-218, p. 209. Scrive Furnari che «il paradigma di cura [...] non si oppone al paradigma dei principi, ma lo precede, ponendo tre domande tra loro connesse. La prima, “perché devo prendermi cura della vita delle persone con disabilità?”, richiama alla *responsabilità*. La seconda, “come posso prendermi cura di te?”, interroga sul modo particolare in cui l'altro vive la sua disabilità, richiamando all'*attenzione* e ad una condizione che sia anche *competenza*. La terza, “cos'è che ci lega tanto alla vita degli altri?”, richiama alla *solidarietà*» (p. 209).

¹⁶ M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, cit., p. 45. *Lasciateli in pace*, è la loro casa è anche il titolo dell'articolo di denuncia che Tobino stesso pubblicò su «La Nazione» nel 1978 (M. Tobino, *Lasciateli in pace, è la loro casa*, in «La Nazione», 18 aprile 1978).

¹⁷ Sull'idea di contenzione e reclusione fisica e mentale si veda il numero 22-2021 della rivista «Between»: F. Fiorentino, M. Guglielmi (a cura di), *Spazi chiusi. Carceri, manicomi, reclusioni*, in «Between», XI (2021), n. 22.

ospiti possano trascorrere le loro giornate, tra le mura e all'esterno. In tal senso, le scritture di carattere narrativo e quelle private di impronta diaristica si dimostrano rappresentative di tale disposizione poiché, seppur distanti cronologicamente, appaiono connesse dal *fil rouge* dell'impegno dello psichiatra nei confronti di provvedimenti che, dall'interno, intervengano per migliorare le condizioni di cura e di accoglienza degli ospiti.

Il capitolo *Il giardino del Manicomio di Pechino* rende bene l'urgenza di trasformare l'esterno dell'ospedale psichiatrico di Maggiano in un ambiente ospitale e confortevole per coloro che l'avrebbero quotidianamente vissuto (le malate, i malati e Tobino stesso che vi abitava)¹⁸ ma anche per i «forestier[i]»¹⁹: «Una delle soddisfazioni di questa mia direzione è: il giardino, situato nel più intimo del manicomio, tra gli uffici, l'abitazione dei medici e le finestre delle suore»²⁰. E ancora: «Dalla mia finestra, come nelle altre primavere, a quest'ora (sono le sette di sera), è un intersecarsi di cinguettio di uccelli che saltellano o riposano tra i folti rami delle querce»²¹.

Pensato e sognato sin dal 1953, quando ancora il Direttore della struttura era il dottor De Ambrosis, lo spazio esterno si trasforma da «rettangolo deserto, squallido, terra abbandonata»²² a «splendore di linee e di verde, di angoli, rette, cerchi e rose trionfanti di bianco avorio, rosso sangue, purpuree di luce»²³, amato e ammirato, sottolinea nell'appunto di diario dell'estate 1956, anche dai portieri e dagli infermieri.

Complice nell'impresa di restituzione di uno spazio naturale ai pazienti è il giardiniere Giuditti che con Tobino si reca in uno dei numerosi vivai di Pistoia per scegliere personalmente le piante più adatte:

Spiegai al padrone, all'orticoltore, cosa volevo. Lui disse, dopo averci indicato più esemplari, che sarebbe venuto al manicomio per giudicare il luogo dove si sarebbero piantati.

Lentamente si svolse ogni atto, ogni volta si riflette. Insistetti.

Oggi il giardino c'è, con quella danza che ho voluto io. Il giardiniere Giuditti l'ha fatto, ha capito [...]. Siamo, io e lui, come due manigoldi che hanno compiuto una impresa.²⁴

Le otto piante di *Lagerstroemia* intorno alla vasca tonda con il fondo con i quadratini celesti, le ortensie, il *Rhynchospermum*, la *Thuia*, il *Pittosporum*, il pino, il leccio e, ancora, l'*Olea fragrans* «che getta il suo traforato ombrello sulla vasca»²⁵, i puntuti *Ilex* e le varietà di rose pazientemente selezionate da Tobino stesso sono, nell'ottica dell'obiezione dello psichiatra alla Legge 180, più di una riqualificazione ambientale; il contesto verde dell'istituto si iscrive piuttosto nei confini di un intervento di carattere sociale e politico al fine di dimostrare quanto anziché chiudere i manicomi la reale necessità risiedesse nella loro radicale revisione concettuale di cui la variazione di denominazione (da ospedale psichiatrico a istituto psicoterapico), la redistribuzione architettonica degli ambienti interni e, non ultima,

¹⁸ «Sono quaranta anni che vivo qui, con loro. Dormono accanto alla mia camera. Con loro sono invecchiata», scrive Tobino nei capitoli centrali degli *Ultimi giorni di Magliano* (cit., p. 33).

¹⁹ M. Tobino, *Il manicomio di Pechino*, cit., p. 137.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ M. Tobino, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2023, p. 16.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ivi*, pp. 137-138.

²⁵ *Ivi*, p. 139.

la cura del giardino erano parte integrante. Si leggano a tal proposito gli ultimi passaggi del *Manicomio di Pechino* che ben dialogano con le successive pagine di diario del cruciale 1978:

Nel mezzo di questo rettangolo, davanti a sé, gli arriva una armoniosa pace, un sospiro di vita calma, lieta, una benevola benedizione ed è tentato di sorridere a non si sa chi, forse a quella parte della sua anima che coltiva la pianta della speranza e del perdono, a quella parte di se stesso che ancora alberga il giardino dell'infanzia. Ha davanti a sé *il giardino* del Giuditti e mio.²⁶

Mi piace constatare che da quasi quarant'anni ho davanti alle mie due stanze un paesaggio, un'apertura della natura quanto mai amabile, capace di calmare ogni anima, calmarla, nutrirla e incoraggiarla.²⁷

Quando nel 1999 il manicomio di Maggiano chiude definitivamente per la Legge 180, lo spazio esterno e le sue piante rimangono parte integrante del complesso manicomiale, custodite e preservate allo stesso modo degli edifici, tutt'oggi visitabili. Ancora nel 1987, in un'intervista per le Teche Rai, l'attenzione di Tobino è rivolta verso il giardino, del quale ricorda la progettazione:

Era tutto deserto, allora un giorno col giardiniere cominciai a fare il disegno, poi si andò insieme a Pistoia. C'era un giardiniere molto bravo, appassionato degli alberi ma anzitutto dei fiori. Chiedemmo consiglio a un famoso piantatore di alberi di Pistoia e ci disse che intorno al pozzetto avremmo messo la Lagerstroemia; allora io volli anche un pino perché essendo nato a Viareggio, essendoci le pinete, e piantammo un pino vicino all'Olea flagrans.²⁸

Non più eterotopie della «deviazione»²⁹, per dirla con Foucault, i nuovi manicomi si rendono, nell'ideologia tobiniana, luoghi consacrati all'affermazione dell'essere, «giardin[i] immaginat[i], ma non diventati verdi»³⁰ nei quali le piante non sono solo strumenti di conforto ma, agli occhi dello psichiatra, assumono fattezze umane e animali, fedeli compagni nel percorso di cura dei pazienti: il cipresso davanti al muro della segreteria diventa così un «puledrino bizzoso che nel prato scompone i passi»³¹ e, dalla medesima prospettiva, quello «nell'angolo a sinistra, in fondo» è «vispo e annaspante nell'aria; magra e nervosa la gamba che lo sostiene»: «e questi due cipressetti sono del giardino i più pettegoli e franchi e, stranamente, i meno che si notano»³².

La trasposizione letteraria dell'esperienza psichiatrica e gli interventi di stampo architettonico e paesaggistico sugli ambienti manicomiali interni ed esterni si configurano quali declinazioni diverse del medesimo tentativo tobiniano di contestare e proporre un'alternativa alla Legge 180, con l'obiettivo di istituire una connessione tra l'istituzione manicomiale

²⁶ *Ibidem*. Il corsivo è dell'autore.

²⁷ M. Tobino, nota diaristica del 13 settembre 1978 (la data dell'appunto è «13-9-1978 (notte)»), P. De Vecchis, M. Marchi (a cura di), *Appendice dal Diario*, cit., p. 215.

²⁸ M. Tobino, Fondo Rai Teche, Telegiornale TG3, 1987. Questo preciso momento è ricordato anche all'interno del *Manicomio di Pechino*, di cui dunque si consiglia la lettura delle pagine 137-138.

²⁹ M. Foucault, *Eterotopia*, Mimesis, Milano 2010, p. 14. Con il termine eterotopia si intendano, per il filosofo francese, quegli «spazi differenti [...], luoghi altri, una specie di contestazione al contempo mitica e reale dello spazio in cui viviamo» (p. 13).

³⁰ M. Tobino, *Il manicomio di Pechino*, cit., p. 140.

³¹ *Ivi*, p. 139.

³² *Ibidem*.

e la realtà esterna. All'imposizione verticale che prevede l'inserimento forzato di un mondo in un altro senza fornire al primo adeguati strumenti interpretativi e relazionali, lo psichiatra delle "libere donne" risponde auspicando un naturale e spontaneo avvicinamento della società alla realtà manicomiale, non più all'interno di anonimi «non-luoghi» augiani³³ – concreti simboli di un'etnologia della solitudine – ma di adeguati spazi di vita, volti a un recupero identitario e relazionale.

A fronte delle numerose morti che la chiusura degli istituti avrebbe (e in effetti, tragicamente, ha) comportato, Tobino oppone dunque una profonda revisione del rapporto tra malattia mentale e società italiana con l'auspicio di una trasformazione delle dinamiche di relazione Io-Altro³⁴, proprio a partire dai contesti abitativi – interni ed esterni – non più anonimi e spersonalizzanti, viceversa caratterizzati da un alto grado di significazione. Operazione per certi versi ontologicamente più complessa rispetto alla soluzione basagliana della chiusura, il rinnovamento degli spazi manicomiali e l'attenzione di Tobino verso l'ambiente naturale del giardino di Maggiano sottendono una vera e propria rivoluzione sociale tesa da un lato alla conservazione degli istituti psichiatrici ma dall'altro all'abrogazione dei caratteri di marginalità e di mortificazione, conseguenze della reclusione manicomiale. Un'apertura degli istituti all'esterno e un maggiore coinvolgimento della comunità negli interventi di cura e guarigione dal disagio mentale significano per Tobino una riduzione del divario tra 'sano' e 'malato' e, al contempo, l'attuazione di un processo di normalizzazione del sistema manicomiale, riconoscendo ad esso la possibilità di considerarsi quale estensione attiva della comunità.

Bibliografia

- Augé, M., *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano 2008.
- Basaglia, F. (a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino 1968.
- Basaglia, F., *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di deistituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello «spazio chiuso». Considerazioni sul sistema «open door»*, in F. Ongaro Basaglia (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005.
- Basaglia, F., *Scritti 1953-1980*, il Saggiatore, Milano 2023.
- Bianchetti, C., *Le mura di Troia. Lo spazio ricomponi i corpi*, Donzelli, Roma 2023.
- Bianchetti, C., *Corpi tra spazio e progetto*, Mimesis, Milano 2020.
- Bianchetti, C., *Spazi che contano. Il progetto urbanistico in epoca neo-liberale*, Donzelli, Roma 2016.
- Bruno, D., *Alle frontiere della 180. Storie di migranti e psichiatria pubblica*, Pacini Editore, Pisa 2017.

³³ Il riferimento è ovviamente a M. Augé, *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*, Elèuthera, Milano 2008.

³⁴ In merito alle dinamiche di relazione Io-Altro in rapporto al disagio mentale mi permetto di rimandare al mio *Casa Landau (1990) di Carmelo Samonà. Disagio mentale e dinamiche di relazione Io-Altro* nel quale, alla luce della nuova categoria letteraria delle psicopatografie, viene indagato l'ultimo e postumo romanzo di Samonà (C. Spaziani, *Casa Landau (1990) di Carmelo Samonà. Disagio mentale e dinamiche di relazione Io-Altro*, in C. Caltagirone, F. Pierangeli (a cura di), *La disabilità tra letteratura e filosofia. Rappresentazioni e percorsi per una antropologia interale*, cit., pp. 233-243).

- De Vecchis, P., *Nota storica*, in M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 2009.
- Di Stefano, P., *Tobino e Basaglia, duello sulla follia*, in «Corriera della Sera», 6 maggio 2006.
- Ferroni, G. (a cura di), *Il turbamento e la scrittura. Saggi raccolti da Giulio Ferroni*, Donzelli, Roma 2010.
- Ferroni, G., *La sabbia e il marmo. La Toscana di Mario Tobino*, Donzelli, Roma 2012.
- Fiorentino, F., Guglielmi, M. (a cura di), *Spazi chiusi. Carceri, manicomi, reclusioni*, in «Between», XI (2021), n. 22.
- Forgacs, D., *Margini d'Italia. L'esclusione sociale dall'Unità ad oggi*, Laterza, Bari 2014.
- Foucault, M., *Eterotopia*, Mimesis, Milano 2010.
- Gallio, G., Cogliati D., Maria G. (a cura di), *La città che cura. Microaree e periferie della salute*, Alphabeta, Bolzano 2018.
- Gensabella Furnari, M., *Disabilità e vulnerabilità: un approccio bioetico*, in C. Caltagirone, F. Pierangeli (a cura di), *La disabilità tra letteratura e filosofia. Rappresentazioni e percorsi per una antropologia interale*, in «Studium», 120 (2024), n. 2, pp. 203-218.
- Italia, P. (a cura di), *Mario Tobino. Opere scelte*, Mondadori, Milano 2007.
- Magrini, G., *Mario Tobino e lo stile della comunità*, in «Paragone», LXI (1990), n. 23, pp. 20-32.
- Piccione, R., Di Cesare, G., *Guida alla salute mentale. Per la conoscenza delle cure e dei servizi*, Alphabeta, Bolzano 2018.
- Redaelli, S., *Tobino contro Basaglia*, in M. Cioni (a cura di), *Tobino e Bologna. Nuovi itinerari tra medicina, letteratura e storia*, I libri di Emil, Città di Castello 2022, pp. 101-114.
- Redaelli, S., *L'ambiente psichiatrico nell'opera di Franco Basaglia e Mario Tobino: verso un'ecologia delle idee (sulla follia)*, in «Studia Romanica Posnaniensia» IL (2022), n. 3, pp. 121-134.
- Scaffai, N., *Letteratura e ecologia. Forme e temi di una relazione narrativa*, Carocci, Roma 2021.
- Scavuzzo, G., *Il parco della guarigione infinita. Un dialogo tra architettura e psichiatria*, Lettera Ventidue, Siracusa 2022.
- Spaziani, C., *Casa Landau (1990) di Carmelo Samonà. Disagio mentale e dinamiche di relazione Io-Altro*, in C. Caltagirone, F. Pierangeli (a cura di), *La disabilità tra letteratura e filosofia. Rappresentazioni e percorsi per una antropologia interale*, in «Studium», 120 (2024), n. 2, pp. 233-243.
- Tobino, M., *Progetto per la costruzione di un nuovo ospedale psichiatrico*, in «Rivista di patologia nervosa e mentale», LXVI (1959), n. 80, pp. 228-235.
- Tobino, M., *Per le antiche scale*, Mondadori, Milano 1972.
- Tobino, M., *Lasciateli in pace, è la loro casa*, in «La Nazione», 18 aprile 1978.
- Tobino, M., *Zita dei fiori*, Mondadori, Milano 1986.
- Tobino, M., Fondo Rai Teche, Telegiornale TG3, 1987.
- Tobino, M., *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 2009 (1982).
- Tobino, M., *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2023 (1953).
- Tobino, M., *Il manicomio di Pechino*, Mondadori, Milano 2023 (1990).
- Zappella, M., *Introduzione*, in M. Tobino, *Gli ultimi giorni di Magliano*, Mondadori, Milano 2009.

Dalla nascita del dibattito pubblico sui manicomi alla chiusura del Villa Clara di Cagliari: un excursus attraverso la stampa locale

Marta Varacalli

Il presente contributo ripercorre il dibattito pubblico, registrato sulle principali testate giornalistiche regionali¹, che si sviluppò in Sardegna e specialmente nella provincia di Cagliari sulla questione manicomiale e il superamento di questa istituzione, dagli anni Sessanta fino agli anni Novanta. La stampa locale è stata infatti testimone degli avvicendamenti sociali e politici, catalizzatore delle problematiche e delle necessità del settore, cassa di risonanza delle cronache, e infine archivio della memoria collettiva di questo segmento di storia nazionale calata nel contesto isolano. Attraverso l'analisi degli articoli che furono pubblicati in tutti questi anni, è stato così possibile ricostruire il complesso dibattito pubblico che, infine, nel 1998 portò alla chiusura del manicomio di Villa Clara di Cagliari.

Anni Sessanta e Settanta

Dalla fine degli anni Sessanta, i giornali rivestirono un ruolo decisivo nel dare voce a una crescente indignazione verso l'istituzione manicomiale, consentendo quindi il propagarsi del dibattito dalla sfera settoriale e specialistica a quella pubblica.

Il manicomio di Cagliari e la sua disastrosa situazione comparvero per la prima volta tra gli scandali a cui fu dedicato un articolo dell'*Espresso* intitolato *Tre scandali italiani – Lasciate che i matti vengano a me* del 13 dicembre 1970². Toni duri, dettagli scabrosi, accuse precise: l'inchiesta era in linea con i lavori di denuncia del tempo, riportando scenari e situazioni da lager, numeri impressionanti e le infinite carenze/assenze di personale, strumenti e mezzi di ogni tipo. Dall'articolo si evincono l'assenza e il disinteresse del livello locale per il dibattito nazionale e sulla questione manicomiale, tant'è che alla denuncia a livello nazionale non corrispose una reazione sulla stampa regionale. Una sconcertante mancanza di consapevolezza rispetto alla rilevanza che questi temi andavano assumendo a livello internazionale si registra anche in alcuni articoli del luglio 1973, quando *L'Unione Sarda* cita il manicomio di Villa Clara per riferire di un incendio divampato nel parco. Manca ogni accenno al trattamento riservato agli internati e alle loro problematiche, ma solo la rassicurazione che «gli ammalati sono rimasti rinchiusi nei padiglioni attentamente sorvegliati dal personale»³, dove i termini “rinchiusi” e “sorvegliati”, sono indicativi di un gergo ancorato alla visione tradizionale.

¹ L'analisi è stata svolta prevalentemente su *L'Unione Sarda*, la principale testata regionale e del sud Sardegna, su *La Nuova Sardegna*, seconda testata e più radicata al nord e sul *Messaggero Sardo*, mensile fondato a Cagliari nel 1969.

² G. Catalano, *Lasciate che i matti vengano a me*, in *Un manicomio. Una foresta. Una città: tre scandali italiani*, in «L'Espresso», XVI (1970), n. 50.

³ *Panico per un incendio all'ospedale psichiatrico*, in «L'Unione Sarda», 12 luglio 1973, p. 3.

Lo stesso approccio completamente asettico si ritrova in un articolo di pochi giorni successivo, *Un inutile muro in via Liguria*⁴, incentrato sui disagi che il muro di Villa Clara arreca alla circolazione: nemmeno qui fu fatto cenno alla questione del manicomio e dei suoi muri segreganti, ma anzi, la presenza e la funzione di tale muro di cinta parevano del tutto pacifiche, confermando ulteriormente la totale assenza del dibattito locale sia dal punto di vista amministrativo che pubblico.

Tuttavia nello stesso luglio del 1973, un'altra testata locale, *Il Messaggero Sardo*, pone per la prima volta la questione manicomiale all'attenzione dell'opinione pubblica, dando risalto a un dibattito settoriale avviato e aggiornato. Nell'articolo intitolato *L'ospedale non funziona. Dieci psichiatri cagliaritari firmano una drammatica denuncia*⁵ si denuncia apertamente l'importante questione del sovraffollamento, insieme alla faticosa gestione delle strutture e all'inadeguatezza delle cure e del personale nella gestione dei pazienti.

Nei numeri di settembre 1975 e gennaio 1976 *Il Messaggero Sardo* pubblicò altri articoli sulla questione dell'assistenza psichiatrica. Nel primo venne posta l'attenzione sul funzionamento dei ricoveri in manicomio, evidenziando le modalità con cui si procedeva all'internamento, ritenuto spesso troppo rapido e ingiustificato. Si faceva quindi notare che sovente i manicomi diventavano un comodo e facile rimedio per isolare i soggetti difficili, fossero essi disabili, problematici sul piano sociale o emarginati, ovvero senza vere e proprie malattie psichiatriche⁶, esercitando di fatto solo la loro funzione segregante. La pagina si chiudeva con una colonna dedicata all'*Assistenza psichiatrica. Cosa possono fare gli enti locali*⁷, in cui si ribadiva e si condannava la prassi dell'internamento manicomiale per i casi sociali più difficili, ma soprattutto si auspicava un intervento degli Enti Locali in favore di una più congrua assistenza sociale in primis e psichiatrica poi, ritenute a livello regionale sempre più urgenti. Nel numero di febbraio 1976 si riprese il tema dei ricoveri impropri: fu citato il caso di un bambino cieco destinato prima a un istituto per 'irrecuperabili' e poi al manicomio⁸.

Dal 1976 anche *L'Unione Sarda*⁹ si dimostrò attenta all'argomento e riferì ugualmente (addirittura in prima pagina) il caso del "povero bimbo cieco". Soprattutto, però, questo articolo, piuttosto superficiale, fu preceduto da due importanti contributi, datati 18 e 25 gennaio, firmati dal cronista Giorgio Pisano e accompagnati dalle significative fotografie del reporter Josto Manca¹⁰, primissime testimonianze visive locali ufficiali dei pazienti e delle loro condizioni di vita dentro Villa Clara¹¹. Pisano diede un forte taglio critico agli

⁴ *Un inutile muro in via Liguria*, in «L'Unione Sarda», 18 luglio 1973, p. 5.

⁵ *L'ospedale non funziona. Dieci psichiatri cagliaritari firmano una drammatica denuncia*, in «Il Messaggero Sardo», luglio 1973, p. 26.

⁶ A. Ghiani, *Rinchiuso in manicomio per uno schiaffo a un amico*, in «Il Messaggero Sardo», settembre 1975, p. 11.

⁷ *Assistenza psichiatrica: cosa possono fare gli enti locali*, in «Il Messaggero Sardo», settembre 1975, p. 11.

⁸ G. Pisano, *Per un cieco scomodo e "aggressivo" il destino è il manicomio*, in «Il Messaggero Sardo», febbraio 1976, p. 13.

⁹ G. Pisano, *È un povero bimbo cieco: mettiamolo in manicomio*, in «L'Unione Sarda», 1 febbraio 1976, p. 1. (continua a p. 20).

¹⁰ Secondo quanto riportato ne *L'occhio della cronaca*, il motivo che spinse il giornale a tale invio furono delle morti per soffocamento da cibo (J. Manca, *Fotoreporter: l'occhio della cronaca*, Provincia di Cagliari, 2010, p. 15).

¹¹ Il risultato del lavoro fotografico di Josto Manca dentro l'ospedale risulta formato da moltissime altre foto ed è raccolto nel catalogo della mostra intitolata *L'occhio della cronaca* (J. Manca, *Fotoreporter: l'occhio della cronaca*, Provincia di Cagliari, 2010), organizzata a Cagliari nel 2010 in ricordo del manicomio cagliaritano. Un'opera preziosissima posto che queste ventiquattro "cartoline dall'inferno" (insieme agli altri scatti fatti tra il 1976 e 1977) sono la più viva e completa documentazione di testimonianza e di denuncia della condizione di degrado e sofferenza di Villa Clara, catturata in tutta la sua evidenza tramite il disagio, l'ingiustizia e le persone, ma senza esaltarne l'orrore.

articoli, usando parole di condanna molto nette sia rispetto alla inammissibilità dell'istituzione manicomiale e le sue logiche, sia verso la macchina burocratica e clientelare che esso rappresentava¹². Il manicomio veniva definito una istituzione superata, poiché più della metà dei suoi ricoverati non soffriva di malattie psichiatriche, ma erano semplicemente «vecchi, sbandati, poveri, senz'atetto»¹³. L'altra metà di pazienti era composta da persone bisognose di cure psichiatriche e non più «matti da legare», grazie all'introduzione della potente terapia degli psicofarmaci. Il giornalista sosteneva che l'istituto continuava ad essere attivo, dunque, non per motivi assistenziali ma perché «continua a esistere e funzionare come una gigantesca macchina mangiasoldi. La sopravvivenza dell'istituzione fa comodo ad una casta di privilegiati»¹⁴. L'articolo riportava anche il punto di vista dei politici, secondo cui era necessario «rivoluzionare completamente la funzione e la finalità del manicomio»¹⁵. Tuttavia, le repliche erano «unanimi: mancano strutture alternative»¹⁶.

A distanza di una settimana, Pisano puntualizzò le sue critiche e le contestazioni già espresse¹⁷ in un altro articolo¹⁸ facendo il punto sugli enormi interessi finanziari intorno all'istituto e alla conseguente mancanza di fondi e necessità dei servizi territoriali alternativi: problema che comincia qui a fare capolino. Possiamo affermare che gli articoli di questo periodo fecero emergere per la prima volta in modo critico e consapevole tutti i vari nodi relativi alle problematiche dell'assistenza psichiatrica regionale, riportando non solo il quadro di una situazione di grande disagio, ma soprattutto una presa di posizione della stampa volta a smuovere le coscienze pubbliche e a esortare atti politici-amministrativi risolutivi.

Tra i mesi di ottobre e novembre 1976 la stampa tornò, a distanza di pochi mesi, a focalizzare nuovamente l'attenzione sull'argomento a seguito di una inchiesta condotta dalla Commissione Regionale per l'igiene e la sanità¹⁹, indice di certo interessamento istituzionale. Gli esiti di tale inchiesta ebbero grande eco sui giornali locali²⁰; la disapprovazione dello stato e della funzione del manicomio fu netta e unanime, esplicita la denuncia della scarsità e dell'inadeguatezza dell'assistenza psichiatrica, evidenziate le inadempienze amministrative locali: la questione di Villa Clara e dei pazienti psichiatrici fu così definitivamente posta in toto davanti agli occhi dell'opinione pubblica sarda, in tutte le sue sfaccettature. Le testate

¹² Dall'esperienza maturata da Giorgio Pisano nel corso di quelle visite nacque poi, diversi anni dopo, il romanzo *Lista d'attesa* e l'intervista *Al ballo dei matti* nel reportage *La nave dei folli: scalo a Villa Clara* di Marcella Cuboni (F. Virdis, *L'eredità di un cronista: un'analisi del contributo di Giorgio Pisano al giornalismo sardo*, tesi di laurea, AA 2018/2019, Università degli Studi di Cagliari, p. 12).

¹³ G. Pisano, *Un ricoverato su due potrebbe tornare a casa anche subito*, in «L'Unione Sarda», 18 gennaio 1976, p. 7.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Negli articoli del 18 e del 25 gennaio a firma di Pisano, vengono riportate le opinioni di medici e personale di Villa Clara e delle autorità, dalle quali si evince esplicitamente la richiesta della necessità di un cambiamento. Gli articoli trattano fondamentalmente gli stessi argomenti, ma scritti con parole diverse. Nel numero del 25 gennaio 1976 compare anche l'articolo anonimo *Chi entra nella stanza dei bottoni. Infermieri e assistenti sociali in polemica coi medici*, in «L'Unione Sarda», 25 gennaio 1976, p. 7: in poche righe si profilò l'altra futura annosa questione relativa alla partecipazione e formazione del personale non medico ai programmi per l'assistenza, cura e riabilitazione dei ricoverati.

¹⁸ G. Pisano, *Deve essere una vera casa di cura invece che un ricovero per sbandati*, in «L'Unione sarda», 25 gennaio 1976, p. 7.

¹⁹ Dalle ricerche effettuate negli archivi delle amministrazioni non è stato possibile reperire tale documento, menzionato anche precedentemente, di cui evinciamo però i contenuti dagli articoli dei periodici locali indicati.

²⁰ Ci riferiamo a G. Greco, *Drammatica denuncia sui manicomi sardi*, in «Il Messaggero Sardo», novembre 1976, p. 20, e a *Un drammatico rapporto sull'ospedale psichiatrico*, in «L'Unione Sarda», 27 ottobre 1976, p. 4.

riportarono i dettagli contenuti nella relazione elaborata dalla Commissione. *L'Unione Sarda* trattò la questione delle responsabilità, ma si soffermò maggiormente su questioni più materiali (forse più sensazionalistiche), quali vitto, fatiscenza, orari del personale²¹. *Il Messaggero Sardo* propose invece un quadro più completo e critico, dando molto più spazio a questioni di ordine sociale e morale²², grazie ad un importante preambolo che analizzava i temi caldi del dibattito antistituzionale ormai dilagante.

A questo punto dell'analisi possiamo sostenere²³ che, se nella prima metà degli anni Settanta in Sardegna i giornali locali cominciarono sì ad avvicinarsi al problema psichiatrico ancora con un'attitudine superficiale, dal 1976, con la riforma alle porte, invece, le posizioni della stampa si fecero più mature. La crisi del modello manicomiale traspariva sulla stampa attraverso tutti i temi caldi, ovvero delle condizioni fatiscenti delle strutture, dei limiti della loro gestione, delle problematiche attinenti al personale, della necessità dei servizi e strutture alternative, ma anche chiamando in causa le responsabilità politiche e amministrative locali.

Villa Clara e i fatti di cronaca del biennio 1986/1987

Tra il 1986 e il 1987 l'assistenza psichiatrica e Villa Clara salirono di nuovo, dopo un lungo silenzio, agli onori della cronaca: una serie di casi mortali, infatti, si registrarono a stretto giro, scatenando un vero e proprio polverone e portando il dibattito prepotentemente sugli scenari pubblici e politici.

Il primo avvenimento venne reso noto in un articolo del 19 ottobre 1986 su *L'Unione Sarda*: *La salma di un ricoverato sfigurata dai topi all'ospedale psichiatrico?*, un breve pezzo in cui si fornirono pochi dettagli e si posero pochi interrogativi se non che «dagli accertamenti dovrà emergere anche un punto della situazione igienico sanitaria del complesso di Villa Clara ed eventuali carenze»²⁴. Due giorni dopo il caso fu definito «allucinante» e arrivò in prima pagina rivelando la dinamica dell'evento: «è morto su un letto dell'ospedale psichiatrico di Cagliari, soffocato da un boccone di pane. E il suo corpo – chiuso per una notte in una stanzetta – è stato sfregiato dai topi»²⁵. Il servizio ricostruiva la vicenda riportando il punto di vista della USL 21 di Cagliari che incentrava tutta la questione sul problema della derattizzazione e declinava di fatto ogni responsabilità o inadempienza rispetto ai ritardi del recepimento della legge 180; solo nella conclusione si poneva un vago interrogativo: «magari si scoprirà che questo ospedale – aspettando la riforma della riforma ancora parcheggiata in parlamento – ha mille bisogni. E che così com'è non riesce neppure a proteggere chi c'è

²¹ *Un drammatico rapporto sull'ospedale psichiatrico*, in «L'Unione Sarda», 27 ottobre 1976, p. 4.

²² G. Greco, *Drammatica denuncia sui manicomi sardi*, in «Il Messaggero Sardo», novembre 1976, p. 20.

²³ Tale tesi è avvalorata dall'analisi riportata nell'intervento di M. Satta, *Dieci anni di psichiatria in Sardegna attraverso la stampa quotidiana*, in *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, a cura di A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu, Valdes, Cagliari 1987, p. 154. Questo studio sull'evoluzione della psichiatria in Sardegna eseguita dal Gruppo di lavoro dell'Università di Sassari in collaborazione col CENSIS, in cui Satta era volontaria del CMAS di Sassari e del gruppo di lavoro universitario, si concentrava però sull'analisi della testata sassarese *La Nuova Sardegna*, dando priorità al contesto sassarese e lasciando in penombra quello cagliaritano.

²⁴ *La salma di un ricoverato sfigurata dai topi all'ospedale psichiatrico?*, in «L'Unione Sarda», 19 ottobre 1986, p. 12.

²⁵ M. Mezzini, *L'arzanese a Villa Clara, soffocato da un boccone di pane e poi straziato dai topi*, in «L'Unione Sarda», 21 ottobre 1986, p. 1.

ricoverato»²⁶. La vicenda risultò vergognosa²⁷, ma evidentemente non così tanto da innescare un vero e proprio dibattito pubblico e amministrativo sul problema dei ritardi della Riforma.

Il fatto, tuttavia, non fece in tempo ad essere dimenticato che subito se ne verificò un secondo: la prima pagina de *L'Unione Sarda* del 7 dicembre riportava *Tragica lite a Villa Clara*²⁸, e tutta la pagina 11, con tre differenti articoli, fu dedicata al problema manicomiale. Di questi soltanto uno era incentrato sul fatto di cronaca, ovvero l'omicidio a colpi di pietra di un paziente da parte di un altro ricoverato²⁹. Gli altri due pezzi andarono bel oltre: questa volta, infatti, l'accaduto non mancò di innescare numerose reazioni volte ad indagare sempre più a fondo la questione dell'assistenza psichiatrica e le motivazioni e le responsabilità che erano alla base del suo abbandono. Dopo dieci anni dalle inchieste degli anni Settanta venne fatto nuovamente il punto sull'argomento, sia sullo stato del manicomio, sia su quello dei servizi territoriali, il vaso di Pandora fu così scoperto tramite una lunga carrellata di articoli che denunciarono la grave situazione regionale per il mancato recepimento da parte delle istituzioni locali della Riforma prevista dalla Legge 180 prima e dalla Legge 833 poi.

Negli articoli di questi giorni si avviò una dura fase di inchiesta della stampa alla ricerca delle responsabilità della 'riforma tradita', tramite un lavoro di scavo e di denuncia che arrivò a mettere in luce un quadro molto articolato di mancanze e intrecci a tutti i livelli politici e amministrativi. Il caso di omicidio faceva ancora parlare di sé e le accuse continuavano a infuriare sulla stampa, quando si innescò una vera e propria valanga a seguito di altri gravi episodi che fecero esplodere ulteriormente il dibattito: la stampa riportò gli eventi di cronaca che si susseguirono uno dietro l'altro e, contestualmente, continuò il lavoro di forte denuncia. Tra il dicembre 1986 e il gennaio 1987 si verificarono infatti altre due morti di pazienti di Villa Clara per soffocamento e un altro omicidio, esterno alla struttura ma collegato a un caso psichiatrico. La gravità degli eventi costò a Villa Clara e alla situazione cagliaritano addirittura un'esposizione mediatica di portata nazionale: il 9 gennaio 1987 *la Repubblica* pubblicò un articolo dal titolo *Cagliari - Una donna muore allo psichiatrico. È il terzo incidente negli ultimi tre mesi*³⁰, a firma del sardo Giovanni Maria Bellu.

In un continuo crescendo, quindi, l'interesse non fu più rivolto prevalentemente agli aspetti meramente sensazionalistici di cronaca, ma si orientò verso interrogativi e questioni più complesse, quali appunto lo stato dell'arte della riforma, ma soprattutto le responsabilità, le inadempienze e i ritardi ad essa inerenti, portando nuovamente l'opinione pubblica alla presa di coscienza dell'ancora irrisolto problema psichiatrico regionale. In particolar modo, la ricerca delle responsabilità arrivò a coinvolgere e a mettere sotto accusa tutti i livelli dell'apparato amministrativo della Regione e delle UUSLL, spinto così, nel giro di pochi mesi, a varare infine il tanto atteso Piano regionale per l'assistenza psichiatrica del 1987 e la Legge Regionale 44/1987 per l'assistenza economica dei malati psichiatrici³¹.

²⁶ *Su Villa Clara scattano due inchieste*, in «L'Unione Sarda», 21 ottobre 1986, p. 13.

²⁷ Nel numero del 23 ottobre fu scritto un breve trafiletto sui sopralluoghi della Polizia: *Sopralluogo della Polizia a Villa Clara per la salma deturpata*, in «L'Unione Sarda», 23 ottobre 1986, p. 13.

²⁸ C. Figari e A. Liori, *Tragica lite a Villa Clara*, in «L'Unione Sarda», 7 dicembre 1986, p. 1.

²⁹ A. Liori, *Tragica crisi aggressiva di un ricoverato. Omicidio a Villa Clara. Malato ucciso a colpi di pietra*, in «L'Unione Sarda», 7 dicembre 1986, p. 11.

³⁰ G.M. Bellu, *Una donna muore allo psichiatrico è il terzo incidente negli ultimi 3 mesi*, in «La Repubblica», 9 gennaio 1987, p. 18.

³¹ Legge Regionale 22 ottobre 1987, n. 44, Regione Autonoma della Sardegna, *Assistenza economico-sociale e di mantenimento in favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna*.

Dalla cronaca ai tecnicismi

Se a scandali e casi di cronaca fu dedicata molta attenzione, decisamente meno spazio, invece, fu destinato all'importante emanazione del Piano Regionale della psichiatria e alla Legge 44 del 1987: questo fatto potrebbe essere interpretato come la conseguenza di un progressivo scemare dell'attenzione perché, in qualche modo, queste azioni amministrative avrebbero in teoria messo fine al problema, ma il calo d'attenzione si potrebbe attribuire anche alla complessità degli aspetti tecnici e burocratici della normativa, di difficile ricezione da parte dei cittadini, non dimenticando altresì che cominciava a manifestarsi sempre più prepotentemente anche sulla stampa l'emergenza sanitaria legata alle tossicodipendenze e alla sieropositività.

Il Messaggero Sardo, nel numero di giugno 1987, annunciò in poche righe l'approvazione del piano regionale, nell'articolo *Assistenza psichiatrica nell'isola – Con una spesa di otto miliardi*³². Anche *L'Unione Sarda*, il 20 giugno, ben un mese dopo l'approvazione del Piano, dedicò un articolo ai cambiamenti previsti intitolando un articolo *Villa Clara cambia. In arrivo i fondi del piano regionale*³³. L'occasione della festa patronale e la partecipazione delle autorità all'evento, fecero annunciare l'imminente riammodernamento dei reparti di Villa Clara, l'arrivo dei fondi per questi lavori e per la creazione delle strutture delle case famiglia, ma contestualmente si denunciava la mancanza dei distretti sanitari di base a cui affidare la gestione dei servizi territoriali: la conclusione fu dunque un po' contraddittoria e indice di uno stato di stallo, posto che «il grosso problema sarà quello di svuotare l'ospedale psichiatrico. [...] Graduale chiusura non significa che chiuderemo da un giorno all'altro. [...] Villa Clara è destinata a rimanere in piedi. Con una sola differenza rispetto al passato: i cancelli aperti»³⁴.

Particolare invece la posizione de *La Nuova Sardegna* che dedicò nel solo mese di giugno sei articoli all'ambito psichiatrico: nessun accenno al recentissimo varo del Piano, ma il 19 e 20 giugno due brevi pezzi della cronaca cagliaritana furono incentrati sulla festa del patrono dell'istituto (senza menzionare le dichiarazioni delle autorità che in tale occasione furono fatte relativamente ai progetti futuri per l'assistenza psichiatrica). Una scelta diversa³⁵ rispetto al solito punto di vista a tinte tragiche a cui la stampa aveva abituato i lettori nei mesi precedenti, la quale faceva emergere il lato 'umano' e costruttivo del manicomio e dei suoi ricoverati³⁶. L'accenno a un cambio di prospettiva, consono ipoteticamente al dover sottolineare la presenza e l'interessamento delle autorità, portò a smorzare notevolmente i toni polemici e a riprendere la narrazione sul solco pietistico e tetro negli articoli pubblicati in seguito a un nuovo evento di cronaca di un paziente psichiatrico deceduto e a delle nuove testimonianze di storia di vita di malati mentali³⁷. La mancanza di approfondimenti e riflessioni significative sulle questioni cardine della riforma denotano in questo momento,

³² *Assistenza psichiatrica nell'isola*, in «Il Messaggero Sardo», giugno 1987, p. 23.

³³ A. Deidda, *In arrivo i fondi del piano regionale. Villa Clara cambia. Due miliardi per i nuovi reparti*, in «L'Unione Sarda», 6 giugno 1987, p. 13.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ Tale scelta poteva derivare sia dalla volontà di prediligere tematiche 'leggere' nell'intento di non presentare sempre il manicomio come luogo di terrore popolato da mostri, ma bensì come luogo di ricovero di persone malate, bisognose di cure e assistenza, oppure come conseguenza di una scelta politico-propagandistiche al fine di smorzare i toni delle precedenti polemiche e riscattare l'immagine della autorità.

³⁶ F. V., *Festa in manicomio per cento pazienti*, in «La Nuova Sardegna», 20 giugno 1987, p. 14.

³⁷ F. Ferruzzi, *Una vita da ammalato. Storia di uno schizofrenico che rifiuta l'emarginazione*, in «La Nuova Sardegna», 26 giugno 1987, p. 14.

diversamente da altre fasi, l'assenza di una presa di posizione critica della stampa locale, riportando ai minimi termini la maturità del dibattito pubblico.

Un nuovo protagonista: l'ASARP

Sulla stampa comparirono per la prima volta in questo periodo le posizioni e il ruolo attivo dell'ASARP: la neonata l'Associazione Sarda per l'Attuazione della Riforma Psichiatrica³⁸. Come abbiamo visto, dopo il varo del Piano Regionale per l'assistenza psichiatrica e della Legge n. 44 del 1987 per i sussidi ai malati psichiatrici³⁹, il tema ebbe un periodo di stallo, ma il dibattito riprese agli inizi dell'anno 1989 animato fundamentalmente dall'ASARP, la quale divenne in quel momento il principale attore locale propulsore del dibattito pubblico sulla salute mentale, prefissandosi di non far passare sotto silenzio la questione psichiatrica.

Analizzando i servizi della stampa e delle televisioni locali, possiamo citare, ad esempio, il fatto che tra gennaio e febbraio 1989, *L'Unione Sarda* dedicò cinque spazi (complessivamente in quattro uscite) al tema, tutti direttamente o indirettamente collegati ad azioni dell'associazione⁴⁰. Gli articoli furono incentrati sulle pessime condizioni dei servizi psichiatrici ospedalieri, a conferma di una situazione ormai nota riportata dai tecnici del settore⁴¹, che in questi anni non smisero di denunciare come poco fosse cambiato nonostante il Piano⁴².

Nello stesso anno anche le televisioni locali diedero spazio al dibattito pubblico che l'ASARP animava: Tele Setar⁴³ intervistò la presidente Gisella Trincas⁴⁴. Su Sardegna 2⁴⁵, sempre Trincas venne intervistata da Maria Luisa Busi dopo il grave episodio risalente al 15 maggio 1989 presso l'SPDC di Is Mirrionis, in cui un paziente, contenuto al letto, rimase gravemente ustionato a seguito dell'incendiarsi delle lenzuola ipoteticamente a causa di una sigaretta. Il servizio relativo alla notizia riportò, nuovamente, il disastroso quadro dell'assistenza psichiatrica sarda; l'indifferenza degli amministratori locali di fronte alle richieste di attuazione del Piano da parte dei tecnici del settore e della società civile venne ancora una volta annunciata pubblicamente, riferendo di una Regione trincerata dietro una unica

³⁸ *Riforma negata. Oggi convegno sull'assistenza*, in «L'Unione Sarda», 12 dicembre 1986, p. 13; C. Figari, *Psichiatria anno zero. Dal Convegno sull'assistenza ai malati parte una raffica di accuse*, in «L'Unione Sarda», 13 dicembre 1986, p. 13; *Trasferito in segreto. Manicomio criminale per il presunto omicida di Villa Clara*, in «L'Unione Sarda», 13 gennaio 1987, p. 10; *Troppo comodo accusare i malati. I familiari dei ricoverati di Villa Clara*, in «L'Unione Sarda», 14 dicembre 1986, p. 12; *Riforma psichiatrica e associazione sarda*, in «La Nuova Sardegna», 26 giugno 1987, p. 14.

³⁹ Legge Regionale 22 ottobre 1987, n. 44, Regione Autonoma della Sardegna, *Assistenza economico-sociale e di mantenimento in favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna*.

⁴⁰ Ad esempio, M. L., *I familiari si rivolgono alla procura. Solo una legge-bluff per i malati di mente*, in «L'Unione Sarda», 17 gennaio 1989, p. 13.

⁴¹ Le dichiarazioni provenivano dai due primari dei reparti degli SPDC cagliaritani, Giovanni Sanna e Giampaolo Turri, e dell'aiuto psichiatra Maria Ferri, anche relatrice di un intervento dal titolo *Il servizio psichiatrico ospedaliero e la nuova cronicità* al convegno del 1985 ad Ales *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*.

⁴² A. Liori, *Psichiatria, nel caos del reparto di Is Mirrionis. Viaggio all'inferno tra i malati di mente*, in «L'Unione Sarda», 18 gennaio 1989, p. 15.

⁴³ Video *Vent'anni di ASARP*, www.youtube.com/watch?v=RgyrnFj3Gt0&t=1425s (ultimo accesso 20/04/2025).

⁴⁴ *Ibidem*. Nel settembre 1988 l'ASARP inviò delle lettere a UUSSLL, Comuni e Assessorato Regionale alla Sanità per richiedere quali fossero i programmi per la realizzazione concreta dei servizi territoriali e quali provvedimenti fossero previsti, a livello regionale, in caso di mancata iniziativa dei soggetti preposti.

⁴⁵ *Ibidem*.

risposta e motivazione lapidaria, ovvero quella della mancanza di fondi.

La gravità di quest'ultimo fatto di cronaca, congiuntamente agli episodi passati, fecero sì che la pesante arretratezza dell'assistenza psichiatrica sarda fosse accostata allo scandalo del manicomio di Agrigento⁴⁶, che nello stesso periodo giungeva alla cronaca nazionale. Quello cagliaritano non era certo l'unico manicomio a versare in uno stato di abbandono e ad essere teatro di situazioni estreme di degrado: nel 1988, a seguito di un reportage del giornalista Gad Lerner e del fotografo Franco Zecchin su *L'Espresso*, esplose infatti uno scandalo nazionale sul manicomio di Agrigento. L'ASARP fu così ospite sull'emittente nazionale Canale5 del programma *Maurizio Costanzo Show*⁴⁷ per testimoniare sul caso sardo, riconosciuto come uno degli emblemi della disastrosa situazione della psichiatria italiana.

A novembre dello stesso anno, in occasione della consegna da parte dell'ASARP della petizione popolare *Per l'attuazione della legge di riforma psichiatrico n. 180 per la tutela della salute mentale di tutti i cittadini* al Presidente del Consiglio Regionale, il Tg Rai regionale⁴⁸ dedicò un servizio alla notizia, fornendo contestualmente il punto della situazione e riportando un quadro pressoché invariato rispetto a quanto constatato prima del 1987.

Infine, nel giugno 1990, Sardegna¹⁴⁹ nell'ambito del suo rotocalco settimanale ospitò un confronto tra l'ASARP, rappresentata dalla presidente, e la Direzione dell'ex ospedale psichiatrico di Villa Clara, per cui partecipò il direttore dott. Luigi Serra. L'aspetto più significativo di questo confronto non fu certamente l'enumerazione dei disagi ormai ampiamente noti e la posizione di difesa della USL 21 di Cagliari al riguardo, né tantomeno le altrettanto note richieste dell'associazione, ma fu più che altro il forte tono di scontro, indicatore dell'alta tensione ed esasperazione che vigeva ormai da tempo intorno all'argomento da parte di tutti gli attori coinvolti.

Ultimo atto: la chiusura di Villa Clara

Le ultime evoluzioni e i concitati rimandi regionali e nazionali per l'attuazione della riforma e la chiusura dei manicomi che si registrarono negli anni Novanta, trovarono poco spazio all'interno del dibattito pubblico e della stampa locale, probabilmente per lo scarso connotato sensazionalistico e l'elevato livello di complessità tecnica, burocratica e amministrativa che accompagnò invece il vivace dibattito politico, tecnico e amministrativo.

Il Messaggero Sardo seguì tuttavia le vicende in modo critico, dando spazio e contestualizzando sia l'approvazione del nuovo Piano Regionale del 1996-98⁵⁰, sia i ritardi e rinvii della chiusura dei manicomi sardi. Nel marzo del 1997 venne pubblicato l'articolo *È slittata la chiusura dei manicomi*, spiegando dettagliatamente in una pagina intera come questa fosse stata «in Sardegna rinviata perché non pronte le strutture di accoglienza ai malati»⁵¹. A dicembre la testata dedicò un'altra pagina intera all'approvazione del Piano triennale⁵² in cui

⁴⁶ Di cui parleremo in seguito.

⁴⁷ Video *Vent'anni di ASARP*, cit.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ Il dibattito si svolse nell'ambito di RotoSardegna, il rotocalco settimanale del telegiornale di Sardegna1, e fu moderato dalla giornalista Fiorella Ferruzzi (video *Vent'anni di ASARP*, cit.).

⁵⁰ Bollettino Ufficiale della Regione autonoma della Sardegna n. 5 del 10/02/1998, *Piano per l'assistenza psichiatrica. Triennio 1996-1998*.

⁵¹ L. Ronchi, *È slittata la chiusura dei manicomi*, in «Il Messaggero Sardo», marzo 1997, p. 12.

⁵² G. Gherardini, *Approvato dal Consiglio il Piano per l'assistenza ai malati di mente*, in «Il Messaggero Sardo», dicembre 1997, p. 11.

si contestualizzava brevemente la notizia rispetto alla situazione nazionale pregressa, spiegandone quindi la portata innovatrice, esponendo il documento dettagliatamente nei suoi punti più importanti e riportando fedelmente gli interventi salienti che accompagnarono la sua discussione in aula.

La menzione del Piano è invece assente su *L'Unione Sarda*, la quale si interessò agli avvenimenti correlati all'imminente superamento di Villa Clara solo a partire dal mese di marzo 1998 ma senza andare troppo in profondità rispetto alla complessità dell'argomento. La notizia relativa alla chiusura di Villa Clara fu riportata a seguito di un comunicato congiunto dell'assessore regionale alla sanità e del presidente della ASL 8 di Cagliari, sul numero del 12 marzo, nel quale veniva pubblicamente annunciata la chiusura⁵³, e in seguito il 18 marzo, giorno della chiusura⁵⁴: l'unico accenno critico riportava alcune riflessioni dell'ASARP in cui veniva fornita una chiave di interpretazione più complessa, ovvero che «il problema non era, non è, svuotare il manicomio per trasferirlo altrove, ma smontare l'istituzione manicomiale»⁵⁵. L'inchiesta del giorno successivo dal titolo *Ventinovemila pazienti in un secolo: dopo tante promesse chiude l'ospedale psichiatrico*⁵⁶ riempi la pagina della cronaca ma l'evento fu descritto ancora una volta in modo abbastanza superficiale e acritico, non dando spazio a nessuno spunto di riflessione particolarmente rilevante, limitandosi ad assumere una posizione di compiacenza con l'operato e le dichiarazioni delle autorità.

Ancora una volta, invece, *Il Messaggero Sardo* assumerà una posizione più matura, utilizzando toni meno pietistici e posizioni meno compiacenti, riportando in conclusione alcune considerazioni dell'ASARP sul futuro dell'assistenza psichiatrica post manicomi, e il monito della domanda: «Una battaglia vinta, la chiusura dei manicomi? Una cosa è svuotarli, un'altra è smontare la cultura manicomiale. [...] C'è il rischio che le nuove strutture siano altri manicomi»⁵⁷.

Nonostante la forte valenza simbolica dell'evento, la chiusura del manicomio di Villa Clara non colpì in particolar modo la stampa e l'opinione pubblica, chiudendo così quasi in silenzio il 18 marzo 1998, dopo ottantasette di attività in cui ospitò complessivamente circa sedicimila ricoverati⁵⁸ e ben vent'anni dopo l'approvazione della Legge 180.

Conclusioni

Nella regione il percorso di attuazione della riforma psichiatrica fu di fatto molto lungo, laborioso e controverso: dal varo della legge alla chiusura dei manicomi sardi passarono, come abbiamo detto, esattamente vent'anni, periodo in cui l'attenzione su tale questione fu alternativamente assente o debole oppure a tratti massima. Le difficoltà furono date prevalentemente dal vuoto normativo e dall'assenza di un reale interesse politico intorno a questo campo della sanità, posto che l'immobilismo amministrativo fu lo scoglio maggiore su cui si arenarono sempre tutti i dibattiti e le istanze che spingevano verso l'attuazione della riforma

⁵³ Mercoledì chiuderà l'ospedale psichiatrico, in «L'Unione Sarda», 12 marzo 1998, p. 16.

⁵⁴ Oggi chiusura dei reparti di Villa Clara, in «L'Unione Sarda», 18 marzo 1998, p. 17.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ S. Schiffini, *Un giardino per cancellare il manicomio*; S. Schiffini, *Memorie dall'inferno*; *Tre case famiglia e comunità ecco la nuova vita*; *Quindici miliardi per il piano della psichiatria*; *Cent'anni di storia: ora nascerà un archivio*, in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.

⁵⁷ V. Coppa, *Ha chiuso i battenti il manicomio di Villa Clara*, in «Il Messaggero Sardo», aprile 1998, p. 21.

⁵⁸ A. Castellino, A.P. Loi (a cura di), *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*, AM&D, Cagliari 2007, p. 93.

psichiatrica regionale. A fare da contraltare alle difficoltà e ai blocchi istituzionali, vi erano la oggettiva arretratezza e la gravità in cui si trovava il sistema dell'assistenza psichiatrica, le quali, periodicamente, sfondavano inevitabilmente il muro del silenzio, infiammando il dibattito e causando un momentaneo innesco del processo riformatore.

I media locali ebbero in questo percorso un ruolo fondamentale: sulla scia di quanto era già successo a livello nazionale attorno al tema manicomiale negli anni Sessanta, i quotidiani regionali furono il mezzo tramite cui vennero alternativamente e più o meno consapevolmente raccolte, formulate ed esposte le denunce, le carenze, i ritardi e le emergenze psichiatriche sarde. Sulle loro pagine trovarono spazio non solo gli scandali e le inchieste connesse, ma anche le voci e gli esposti dei medici del settore e delle rappresentanze della società civile più direttamente coinvolte. La visibilità mediatica che la questione psichiatrica otteneva a seguito di queste multiple denunce smuoveva quindi il dibattito politico e quello amministrativo, a cui conseguivano una serie di provvedimenti, adottati perlopiù in situazioni di impellenza, a cui tuttavia seguiva presto una nuova battuta d'arresto. Per molti anni a tutte le normative regionali (o ai vaghi intenti di una loro emanazione) fu sempre data una parziale applicazione, a causa del disimpegno politico e dell'incapacità amministrativa, le quali inceppavano nuovamente il processo di applicazione della legge, ricreando di conseguenza una nuova fase di stasi. La complessità e le difficoltà di casi regionali analoghi al nostro, negli anni Novanta furono poi sbloccate attraverso un più ampio programma di governo nazionale focalizzato su esigenze tecniche e burocratiche d'urgenza, il quale si sviluppò prettamente sotto il profilo amministrativo, ottenendo così poco spazio all'interno del dibattito pubblico e sui media, i quali si limitarono a seguirne solo a grandi linee l'evoluzione e la sua fine.

Bibliografia

- Panico per un incendio all'ospedale psichiatrico*, in «L'Unione Sarda», 12 luglio 1973, p. 3.
Un inutile muro in via Liguria, in «L'Unione Sarda», 18 luglio 1973, p. 5.
L'ospedale non funziona. Dieci psichiatri cagliaritani firmano una drammatica denuncia, in «Il Messaggero Sardo», luglio 1973, p. 26.
Assistenza psichiatrica: cosa possono fare gli enti locali, in «Il Messaggero Sardo», settembre 1975, p. 11.
Chi entra nella stanza dei bottoni. Infermieri e assistenti sociali in polemica coi medici, in «L'Unione Sarda», 25 gennaio 1976, p. 7.
Un drammatico rapporto sull'ospedale psichiatrico, in «L'Unione Sarda», 27 ottobre 1976, p. 4.
La salma di un ricoverato sfigurata dai topi all'ospedale psichiatrico?, in «L'Unione Sarda», 19 ottobre 1986, p. 12.
Su Villa Clara scattano due inchieste, in «L'Unione Sarda», 21 ottobre 1986, p. 13.
Sopralluogo della Polizia a Villa Clara per la salma deturpata, in «L'Unione Sarda», 23 ottobre 1986, p. 13.
Riforma negata. Oggi convegno sull'assistenza, in «L'Unione Sarda», 12 dicembre 1986, p. 13.
Troppo comodo accusare i malati. I familiari dei ricoverati di Villa Clara, in «L'Unione Sarda», 14 dicembre 1986, p. 12.
Trasferito in segreto. Manicomio criminale per il presunto omicida di Villa Clara, in «L'Unione Sarda», 13 gennaio 1987, p. 10.

- Assistenza psichiatrica nell'isola*, in «Il Messaggero Sardo», giugno 1987, p. 23.
- Riforma psichiatrica e associazione sarda*, in «La Nuova Sardegna», 26 giugno 1987, p. 14.
- Legge Regionale 22 ottobre 1987, n. 44, Regione Autonoma della Sardegna, *Assistenza economico-sociale e di mantenimento in favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna*.
- Piano per l'assistenza psichiatrica. Triennio 1996-1998*, Bollettino Ufficiale della Regione autonoma della Sardegna n. 5 del 10/02/1998.
- Mercoledì chiuderà l'ospedale psichiatrico*, in «L'Unione Sarda», 12 marzo 1998, p. 16.
- Oggi chiusura dei reparti di Villa Clara*, in «L'Unione Sarda», 18 marzo 1998, p. 17.
- Tre case famiglia e comunità ecco la nuova vita* in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.
- Quindici miliardi per il piano della psichiatria* in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.
- Cent'anni di storia: ora nascerà un archivio*, in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.
- Vent'anni di ASARP*, www.youtube.com/watch?v=RgyrnFj3Gt0&t=1425s (ultimo accesso 20/04/2025).
- Bellu, G.M., *Una donna muore allo psichiatrico è il terzo incidente negli ultimi 3 mesi*, in «La Repubblica», 9 gennaio 1987, p. 18.
- Castellino, A., Loi A.P. (a cura di), *Oltre il cancello. Storia dei manicomi di Cagliari dal Sant'Antonio Abate al Villa Clara attraverso le carte d'archivio*, AM&D, Cagliari 2007.
- Catalano, G., *Lasciate che i matti vengano a me*, in *Un manicomio. Una foresta. Una città: tre scandali italiani*, «L'Espresso», XVI (1970), n. 50.
- Coppa, V., *Ha chiuso i battenti il manicomio di Villa Clara*, in «Il Messaggero Sardo», aprile 1998, p. 21.
- Deidda, A., *In arrivo i fondi del piano regionale. Villa Clara cambia. Due miliardi per i nuovi reparti*, in «L'Unione Sarda», 6 giugno 1987, p. 13.
- F. V., *Festa in manicomio per cento pazienti*, in «La Nuova Sardegna», 20 giugno 1987, p. 14.
- Ferruzzi, F., *Una vita da ammalato. Storia di uno schizofrenico che rifiuta l'emarginazione*, in «La Nuova Sardegna», 26 giugno 1987, p. 14.
- Figari, C., Liori, A., *Tragica lite a Villa Clara*, in «L'Unione Sarda», 7 dicembre 1986, p. 1.
- Figari, C., *Psichiatria anno zero. Dal Convegno sull'assistenza ai malati parte una raffica di accuse*, in «L'Unione Sarda», 13 dicembre 1986, p. 13.
- Gherardini, G., *Approvato dal Consiglio il Piano per l'assistenza ai malati di mente*, in «Il Messaggero Sardo», dicembre 1997, p. 11.
- Ghiani, A., *Rinchiuso in manicomio per uno schiaffo a un amico*, in «Il Messaggero Sardo», settembre 1975, p. 11.
- Greco, G., *Drammatica denuncia sui manicomi sardi*, in «Il Messaggero Sardo», novembre 1976, p. 20.
- Liori, A., *Tragica crisi aggressiva di un ricoverato. Omicidio a Villa Clara. Malato ucciso a colpi di pietra*, in «L'Unione Sarda», 7 dicembre 1986, p. 11.
- Liori, A., *Psichiatria, nel caos del reparto di Is Mirrionis. Viaggio all'inferno tra i malati di mente*, in «L'Unione Sarda», 18 gennaio 1989, p. 15.
- M. L., *I familiari si rivolgono alla procura. Solo una legge-bluff per i malati di mente*, in «L'Unione Sarda», 17 gennaio 1989, p. 13.
- Manca, J., *Fotoreporter: l'occhio della cronaca*, Provincia di Cagliari, 2010.
- Mezzini, M., *Larzanese a Villa Clara, soffocato da un boccone di pane e poi straziato dai topi*, in «L'Unione Sarda», 21 ottobre 1986, p. 1.
- Pisano, G., *Un ricoverato su due potrebbe tornare a casa anche subito*, in «L'Unione Sarda», 18 gennaio 1976, p. 7.

- Pisano, G., *Deve essere una vera casa di cura invece che un ricovero per sbandati*, in «L'Unione sarda», 25 gennaio 1976, p. 7.
- Pisano, G., *È un povero bimbo cieco: mettiamolo in manicomio*, in «L'Unione Sarda», 1 febbraio 1976, p. 1.
- Pisano, G., *Per un cieco scomodo e "aggressivo" il destino è il manicomio*, in «Il Messaggero Sardo», febbraio 1976, p. 13.
- Ronchi, L., *È slittata la chiusura dei manicomi*, in «Il Messaggero Sardo», marzo 1997, p. 12.
- Satta, M., *Dieci anni di psichiatria in Sardegna attraverso la stampa quotidiana*, in *L'assistenza psichiatrica pubblica in Sardegna dopo la riforma*, a cura di A. Montisci, M. Picciau, M.P. Scanu, Valdes, Cagliari 1987.
- Schiffini, S., *Un giardino per cancellare il manicomio*, in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.
- Schiffini, S., *Memorie dall'inferno*, in «L'Unione Sarda», 19 marzo 1998, p. 14.
- Virdis, F., *L'eredità di un cronista: un'analisi del contributo di Giorgio Pisano al giornalismo sardo*, tesi di laurea, Università degli Studi di Cagliari, aa. 2018/2019.

Le autrici e gli autori

Elisabetta Angrisano insegna Archivistica dal 2017, dal dicembre 2024 è professoressa associata di Archivistica presso il Dipartimento di Scienze del Patrimonio Culturale dell'Università di Salerno. Dal novembre 2022 è delegata del Rettore per l'Archivio e il Protocollo della sua Università.

Caterina Corbascio, dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia e un Dottorato in Neuroscienze, ha partecipato al Progetto di Superamento dell'Ospedale Psichiatrico di Grugliasco. Successivamente ha lavorato nei Servizi di Salute Mentale di Torino, infine dirigendo il Dipartimento di Salute Mentale di Asti-Alessandria.

Angela D'Agostino è Dottore di Ricerca e Professore Associato di Progettazione Architettonica presso il Dipartimento di Architettura dell'Università di Napoli Federico II. È membro del collegio di Dottorato in Architettura, docente del Master di II livello in Architettura e progetto per le aree interne presso la stessa Università e responsabile scientifico e componente di gruppi di ricerca nazionali e internazionali. Lo studio e l'individuazione di strategie di riattivazione e progetto di architetture e aree marginali sono tra i temi portanti della sua ricerca. Tra le pubblicazioni più recenti: *Sfide e temi tra tecnologie innovative e network di paesaggi* (2021); *Across the Giant. Dal progetto di una ricerca alla ricerca di un progetto* (ed. 2023); *RLPoggioreale: immagini e immaginari. Cimiteri e città a confronto* (ed. con al. 2024).

Pierangelo Di Vittorio, filosofo e scrittore. Tra le sue pubblicazioni: *Foucault e Basaglia. L'incontro tra genealogie e movimenti di base* (Verona 1999); con M. Colucci, *Franco Basaglia. Pensiero, pratiche, politica* (Milano 2001 e 2024) e *Franco Basaglia. Un intellettuale nelle pratiche* (Milano 2024); con B. Cavagnero (a cura di), *Dopo la legge 180. Testimoni ed esperienze della salute mentale in Italia* (Milano 2019); *Ragione funambolica. Sull'utilità del pensiero per la vita* (Milano 2021); *Fitzcarraldo Fragment. Il sublime, la techne, il legame sociale* (Roma 2023). Fondatore di "transverberA – pratiche artistiche per la promozione di legame sociale", fa parte del cda dell'agenzia di formazione SOFOR di Bordeaux e della redazione della rivista "aut aut". Insegna "Antropologia dell'immagine" presso la scuola di grafica e design IDEAcademy di Bari.

Giovanni Vito Distefano è *research fellow* presso I Tatti - The Harvard University Center for Italian Renaissance Studies, con il progetto *La follia nell'Italia della Controriforma. Indagine letteraria alle origini dell'immaginario asilare*. I suoi interessi di ricerca si concentrano su Leopardi, l'immaginario della modernità, il postapocalittico e la letteratura asilare del

Rinascimento e contemporanea. Ha recentemente pubblicato i volumi *Alle origini letterarie del manicomio*. L'Ospedale de' pazzi incurabili di *Tomaso Garzoni* (Longo, Ravenna 2024) e «Quando Natura parla». *Una traccia dantesca nello Zibaldone* (Quodlibet, Roma 2023).

Fabrizio Gambini è psichiatra e psicoanalista, vive e lavora a Torino, dove ha diretto fino al 2016 il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Mauriziano "Umberto I". È membro dell'Associazione Lacaniana Internazionale e autore di numerosi saggi e articoli.

Ilaria Eloisa Lesmo, antropologa, ha conseguito il dottorato di ricerca in Antropologia della Contemporaneità presso l'Università Milano-Bicocca. È attualmente assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Culture, Politica e Società dell'Università di Torino e docente di Antropologia medica e psicologica presso lo stesso Dipartimento.

Marta Quagliuolo, antropologa, ha conseguito il dottorato di ricerca in Scienze Psicologiche, Antropologiche e dell'Educazione presso l'Università di Torino. È attualmente assegnista di ricerca in un progetto PRIN presso il Dipartimento di Culture, Politica e Società dell'Università di Torino.

Elia Martinelli è architetta e ricercatrice tdB in Composizione Architettonica e Urbana presso il Dipartimento di Ingegneria Civile e Ambientale dell'Università degli Studi di Perugia. Si occupa di progetto architettonico e urbano nel mondo euro-mediterraneo, con particolare riguardo alla Turchia e al Maghreb, e di rigenerazione architettonica e urbana con il coinvolgimento delle comunità. Su questi temi promuove e coordina workshop di progettazione e partecipa a convegni e seminari internazionali. È fondatrice e membro del comitato editoriale di "DAR: International Biannual Journal of Architecture in the Islamic World". La sua monografia più recente è "Stages of Memory. Strategie per la rigenerazione dell'ex manicomio di San Salvi a Firenze" (tabedizioni, Roma 2023).

Giuseppe Mattia è Dottore di ricerca in Storia dello Spettacolo presso l'Università di Firenze con un progetto su Tonino Guerra sceneggiatore tra anni Cinquanta e Sessanta, Premio "Davide Turconi" 2023. Attualmente è culture della materia (PEMM-01/B) presso le università della Basilicata e Salerno ed è docente di Discipline Audiovisive presso il Liceo Artistico di Porta Romana a Firenze. Partecipa come relatore a convegni internazionali pubblicando saggi e recensioni su volumi, atti di convegni e riviste scientifiche come «La valle dell'Eden», «Folia Litteraria Polonica» e «Quaderni del CSCI».

Myriam Mereu, dopo il conseguimento del dottorato di ricerca in Studi Filologici e Letterari all'Università di Cagliari, ha intrapreso un fecondo percorso di ricerca all'interno del settore di cinema e televisione che l'ha portata a ricoprire più volte il ruolo di assegnista di ricerca in diversi progetti sul cinema e gli audiovisivi, tra cui il progetto "Atlas - Atlante delle televisioni locali" (PRIN 2020). I suoi interessi spaziano dalla filmologia linguistica agli studi sulla voce e l'oralità, dai rapporti tra cinema e letteratura al cinema del reale. Recente è la sua passione per la serialità televisiva e le pratiche discorsive e narrative dei *teen dramas* italiani di cui si è occupata in diversi articoli. È autrice e conduttrice di programmi radiofonici e televisivi in lingua sarda. La sua prima monografia, *Le voci dello schermo. Le lingue nel cinema sardo contemporaneo*, è stata pubblicata da Mimesis nel 2024.

Matilde Ricci è laureata in scienze e tecniche psicologiche presso l'Università di Firenze con una tesi intitolata "Le Ville Sbertoli a Pistoia, da Casa di Salute Privata a Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale. Il filo conduttore della sofferenza" (relatrice Francesca Cavarocchi). Attualmente è studente magistrale di psicologia clinica presso l'Università di Firenze.

Chiara Mugelli è studente magistrale in Scienze Storiche presso l'Università Alma Mater di Bologna, laureata in Storia della mondializzazione in età moderna nello stesso ateneo. Dal 2025 è membro del Consiglio direttivo dell'Istituto Storico della Resistenza e dell'età contemporanea di Pistoia (ISRPT).

Francesca Nardi è dottoranda all'Università di Bologna (FICLIT). Si occupa di letteratura italiana contemporanea, scienze umane per l'ambiente e studi sulla subalternità. In particolare, è interessata al rapporto tra poetiche e politiche delle narrazioni dei territori, tra recupero delle memorie sommerse e analisi critica delle forme di produzione degli immaginari legati all'attuale crisi socio-ambientale.

Laura Occhini, specialista in psicologia clinica, ricercatrice e docente di Psicologia clinica e dello sviluppo presso l'Università degli Studi di Siena. Le sue linee di ricerca: clinica manicomiale precedente alla Legge Basaglia, la presa in carico dei *caregiver* di persone ad alta intensità di cura, il comportamento adolescenziale e giovanile. Le sue ultime pubblicazioni: *Da familiare a caregiver. La fatica del prendersi cura* (Franco Angeli, Milano 2019) e *Psicologia clinica per insegnare* (Zanichelli, Bologna 2023). Ha in progress un lavoro sul trauma degli orfani delle vittime di femminicidio.

Enrico Palumbo è ricercatore di Storia Contemporanea presso l'Università IULM di Milano. Studioso, tra l'altro, del movimento cattolico, fa parte della segreteria di redazione della rivista "Ricerche di Storia Politica". Tra le sue pubblicazioni, *Super omnia charitas. Storia dell'Istituto Sacra Famiglia dal 1896 a oggi* (Ancora, Milano 2016) e *Cultura cattolica, ebraismo e Israele in Italia. Gli anni del Concilio e post-Concilio*, (Morcelliana, Milano 2020).

Francesco Paoletta ha studiato filosofia nelle università di Bologna e di Parma. Si occupa di storia sociale e, in particolare, di storia della psichiatria. Ha fatto parte del Centro di storia della psichiatria presso l'ex ospedale psichiatrico "San Lazzaro" di Reggio Emilia. È membro della redazione della "Rivista Sperimentale di Freniatria" (Franco Angeli, Milano). Fa parte di "Clionet – Associazione di ricerca storica e promozione culturale", per la cui rivista cura la rubrica "Storie di paese". Di recente ha pubblicato il volume *Storie dal manicomio* (Clueb, Bologna 2022) e ha curato, con Chiara Bombardieri, il fascicolo monografico *Psichiatria e storia* della "Rivista Sperimentale di Freniatria" (Franco Angeli, Milano 2023). È in corso di pubblicazione un suo lavoro di ricerca sulla storia della prostituzione a Modena (con Fabio Montella).

Beatrice Peli si è laureata in Lettere Antiche presso l'Università degli Studi di Milano con una tesi dal titolo "La costruzione di genere del discorso medico: una prospettiva diacronica dal Περί πρῶτων ἰπποκράτειον ippocratico alla Salpêtrière". È attualmente iscritta al corso di Laurea Magistrale Area and Global Studies for International Cooperation presso l'Università degli Studi di Torino dove si sta specializzando in studi di genere e area MENA.

Caterina Pesce (1989) si è laureata in Storia contemporanea presso l'Università degli Studi di Siena e ha conseguito il dottorato di ricerca in Studi storici, geografici e antropologici presso l'Università degli studi di Padova. Attualmente è insegnante di sostegno nella scuola secondaria di 2° grado.

Mariangela Rapetti è Professoressa associata di Archivistica dell'Università di Cagliari. Si occupa di archivi storici e di storia degli archivi, con particolare attenzione agli archivi di istituzioni pubbliche e di associazioni religiose dedite all'assistenza e all'accoglienza. Tra le sue pubblicazioni: *Carteggi dal reparto manicomio dell'Ospedale civile di Cagliari (1859-1890)*, in «Medea» 7/1 (2021), <https://doi.org/10.13125/medea-4851>; *Prefetture e Manicomi: il caso di Cagliari*, in *Gli archivi delle Prefetture. Un universo complesso tra storia e amministrazione*, a cura di A. Martorano, Civita Editoriale, Torre del Lago – Lucca 2022, pp. 5-23.

Mara Sabia è dottore di ricerca in Italianistica presso Sapienza Università di Roma. La sua ricerca si focalizza sul tema dell'internamento e del disagio mentale nella letteratura del Novecento e del post Basaglia. Ha pubblicato il volume *La rappresentazione manicomiale nella cultura letteraria del Novecento italiano* (LietoColle, Como 2017).

Marica Setaro, ricercatrice indipendente, si occupa di storia della psichiatria, dopo aver conseguito un dottorato in filosofia. Di recente ha lavorato all'analisi degli archivi personali di Franco Basaglia, Franca Ongaro, Agostino Pirella, Anna Maria Bruzzzone, e alla documentazione clinica degli Ospedali Psichiatrici di Gorizia e Arezzo. Tra i suoi lavori recenti: Marica Setaro (a cura di, con Martina Salvante e Marianna Scarfone), *Donne, psichiatria, deistituzionalizzazione*, numero monografico della rivista «Genesis» (Viella, Roma 2024); Franco Basaglia. *Fare l'impossibile. Ragionando di psichiatria e di potere*, a cura di Marica Setaro (Donzelli, Roma 2024).

Chiara Sorrentino è dottoranda PNRR in Filologia, Letteratura e Scienze dello Spettacolo (XXXIX ciclo) presso l'Università degli Studi di Verona. Il suo progetto di ricerca *Lingua e malattia mentale (dalle cartelle dell'archivio dell'ospedale San Giacomo a Verona)* verte sullo studio e l'analisi delle varianti linguistiche presenti negli scritti vergati dai soldati della Prima e Seconda guerra mondiale ricoverati all'interno dell'ex ospedale psichiatrico di Verona. Laureatasi in Lettere presso l'Università degli studi di Verona con una tesi in Letterature comparate, ha poi conseguito la laurea magistrale in Tradizione e Interpretazione dei testi letterari con una tesi dal titolo *Le traduzioni italiane di Uomini e Topi: Cesare Pavese e Michele Mari a confronto*.

Cecilia Spaziani è assegnista di ricerca in Letteratura italiana contemporanea presso il Dipartimento di Scienze Umane - Comunicazione, Formazione, Psicologia dell'Università LUMSA di Roma e, presso la medesima Università, è docente a contratto nelle sedi di Roma e di Palermo. Presso la LUMSA è inoltre Formatrice Senior all'interno del Progetto Next Generation Orientamento Attivo 2023-2026. I suoi studi privilegiano le indagini d'archivio, l'ecocritica, il tema della letteratura e del disagio mentale, con particolare attenzione alla produzione di Carmelo Samonà, Mario Tobino, Alba de Céspedes, Pier Paolo Pasolini, Italo Calvino. Tra le sue pubblicazioni più recenti si segnala la monografia *Con gran amor di Alba de Céspedes. Storie di un romanzo incompiuto* (Perrone, Roma 2024).

Davide Tabor è dottore di ricerca in Storia contemporanea e si occupa di storia sociale dell'Ottocento e del Novecento, di storia della psichiatria, di storia orale e di memoria visuale, di storia urbana. Ha in corso una ricerca sulle memorie della deistituzionalizzazione e sull'applicazione della riforma psichiatrica italiana. Con Daniela Adorni ha recentemente curato il volume *Memorie che curano/Memorie da curare. Patrimoni culturali della storia della deistituzionalizzazione psichiatrica a Torino* (Franco Angeli, Milano 2024). È stato direttore di *Contesti*. Rivista di microstoria ed è membro del direttivo dell'AISO. Nel 2014 ha vinto il premio ANCI Storia-SISSCO

Alessandra Tonella è dottoranda presso l'Università di Cagliari con un progetto sulla scrittura manicomiale dello scrittore e psichiatra Mario Tobino, Alessandra Tonella si è laureata presso l'Università di Siena con una tesi dal titolo *Trauma, apocalisse e altre quotidianità. Il romanzo e l'iper-realtà mediatica*. I suoi interessi riguardano tra gli altri Trauma e Gender Studies. Sul primo tema ha pubblicato nel 2022 su «Comparatismi» *Fratture dell'io. Trauma, incomunicabilità e malattia neurodegenerativa in Saturday e Falling Man*.

Marta Varacalli, classe 1985, si occupa di comunicazione ma è da sempre appassionata di storia, materia in cui ha conseguito nel 2022 una seconda laurea magistrale con una tesi sul tema della applicazione della Legge 180 nel contesto sardo e cagliaritano dal titolo *La difficile applicazione della Legge 180: la riforma psichiatrica in Sardegna e la chiusura del manicomio Villa Clara di Cagliari*. Nel 2023 lo scritto è stato premiato da due premi di laurea, "Premio Marcello Andria" da parte del Rotary Club di Cagliari e "Premio Mons. Giuseppe Pittau S.J." dell'Associazione Centro Culturale e di Alta Formazione APS.

Indice dei nomi

- Abbondanza, Sissi 120, 123, 125-126
Adamo, Sergia 77-78
Agosti, Silvano 89
Alberico, Francesca 101
Alberigo, Giuseppe 86
Allende, Isabel 56
Amadei, Giuseppe 181-184
Ambrosini, Flavio 26
Andò, Romana 146
Andò, Valeria 94
Andreoli, Vittorino 204
Angelini, Leonardo 37
Angrisano, Elisabetta 193-195
Antonioni, Michelangelo 129-130, 132, 134-135, 137
Antonioni, Stefania 140
Antonucci, Giorgio 185
Ascoli, Claudio 125-126
Attenasio, Luigi 102
Augé, Marc 213
Azzurri, Francesco 63

Babini, Valeria Paola 15, 63, 65, 67, 84, 100, 160, 172
Baldissara, Luca 183
Banfield, Edward Christie 112
Banzola, Matteo 103
Barra, Luca 140
Bartoleschi, Valerio 129
Basaglia, Franco 14-16, 23, 27, 29-30, 32-37, 41, 56, 64, 73, 77, 92, 99, 101-102, 104, 110-115, 125, 137, 143, 154, 157, 161-162, 168, 180, 183-186, 195, 199, 205, 207-208, 210
Bassi, Giovanni Battista 67-68
Basso, Elisabetta 13
Battaglino, Maria Teresa 22
Beauvoir, Simone de 35
Becchi, Elena 167

Bellocchio, Marco 89
Bellu, Giovanni Maria 219
Benassi, Piero 180-181, 185-186
Beneduce, Roberto 110-111, 114
Berengo Gardin, Gianni 205
Bertani, Mauro 13, 157
Bettazzi, M. Beatrice 131
Bianchetti, Cristina 210
Bianchi, Leonardo 40, 53-54, 56-60, 193
Bizzarri, Valeria 14
Bocci, Fabio 168
Böker, Wolfgang 109-110, 112
Bollea, Giovanni 168
Borgna, Eugenio 153, 162
Bourdieu, Pierre 34-36
Bozzani, Alberto 37
Brooks, George 27
Bruni, Francesco 140-141, 144-145
Bruno, Davide 207
Bruzzone, Anna Maria 103
Bucciantini, Massimo 99
Buondonno, Ernesto, 63
Butturini, Gian 31, 33
Buzzati, Dino 203-204

Caglià, Costanza 127
Calamai, Silvia 103
Caltagirone, Calogero 210, 213
Calvino, Italo 57
Campagna, Leonardo 146
Cane, Alessandro 137
Canosa, Rocco 100
Capecchi, Vittorio 89
Capitanio, Bartolomea 83
Cappellari, Gianpaolo 168
Cardano, Mauro 162
Cardini, Daniela 139-140
Carniti, Ettore 91

- Carrino, Candida 194
 Carta, Paolo 180-185
 Casini, Floriana 22
 Cassanmagnago, Maria Luisa 89
 Castagna, Pino 204
 Castel, Robert 14, 40
 Castellino, Anna 223
 Catalano-Nobili, Clemente 130
 Catalano, Giuseppe 215
 Cavagnero, Barbara 14, 37
 Cavani, Liliana 66
 Cavazzoni, Ermanno 179, 192
 Cavicchioni, Vittorio 179
 Cavina, Federica 131
 Cerati, Carla 205
 Cerquetelli, Giannetto 130
 Cesari, Federico 146
 Checcaglini, Chiara 140, 146
 Chionetti, Carlo 129
 Chow, Rey 157
 Cicogna, Furio 87
 Ciofani, Lorenzo 144
 Cioni, Matilde 207
 Cipolla, Antonio 131
 Claudie 35
 Clemente, Pietro 125
 Cogliati Dezza, Maria Grazia 207
 Colucci, Mario 13, 35, 92, 99, 101, 104
 Comba, Letizia 101, 111, 113
 Conelli, Carmine 112
 Conti, Adalgisa 91-92, 95
 Cooper, David 40
 Coppa, Vera 223
 Corti, Maria 149-151
 Cotti, Edelweiss 65
 Covre, Pia 81
 Cuboni, Marcella 217

 D'Alessandro, Luciano 205
 D'Ascoli, Giuseppe 54, 60
 Dal Buono, Veronica 57
 David, Michel 129
 De Bernardi, Alberto 84
 De Giovanni, Maurizio 59
 De Leonardis, Ota 14
 De Lillo, Antonietta 95-96
 De Mari, Massimo 144
 De Maria, Carlo 183
 De Martino, Ernesto 109-111, 113
 De Peri, Francesco 84
 De Rosa, Diana 168
 De Rose, Paola 142

 De Simone, Roberto 59
 De Vecchis, Primo 207, 210, 212
 De Vito, Christian G. 183, 190
 Deidda, Antonello 220
 Deidda, Gianna 127
 Del Giudice, Giovanna 92
 Delbraccio, Mireille 13
 Dell'Acqua, Peppe 15, 124
 Dell'Aquila, Dario Stefano 73, 76
 Della Mea, Luciano 102
 Delogu, Severino 181-182
 Demichelis, Claudia 100
 Deshaies, Gabriel 130
 Devota, Andrea 48-49
 Di Carlo, Carlo 132, 135
 Di Cesare, Gianluigi 208
 Di Costanzo, Leonardo 59
 Di Dono, Paolo 182
 Di Fazio, Filippo 182
 Di Stefano, Eva 120-121
 Di Vittorio, Pierangelo 13-14, 33-35, 37, 92, 101, 104
 Didi-Huberman, Georges 30
 Ditaranto, Salvatore 142
 Dörner, Dietrich 40
 Doron, Claude-Olivier 13
 Doti, Gerardo 159
 Dubuffet, Jean 204

 Edvige 79-80
 Eghigian, Greg 14
 Ercolani, Simona 141
 Esposito, Antonio 73, 76
 Esterson, Aaron 40
 Eugeni, Ruggero 129-130

 Fabiani, Mario 123
 Faldini, Franca 137
 Fanali, Annibale 101
 Fanon, Frantz 39-40, 110
 Farge, Arlette 33
 Felluga, Mauro 29, 32-33, 35
 Ferraboschi, Alberto 179, 183
 Ferro, Luca 127
 Ferroni, Giulio 209
 Ferruzzi, Fiorella 220, 222
 Figari, Carlo 219, 221
 Filippi, Gisella 102
 Fiorentino, Francesco 210
 Fiorani, Matteo 15, 180
 Fiorino, Vinzia 101
 Fofi, Goffredo 137

- Foot, John 15, 161, 184
 Forgacs, David 207
 Foucault, Michel 33-36, 40, 93-94, 109-110, 112-113, 152-153, 157-158, 212
 Franchini, Giuliana 101
 Freeman, Morgan 56
 Frescucci, Guerrino 100
 Frigessi Castelnuovo, Delia 116
 Fukuyama, Francis 39
 Fulfaro, Fabio 141
- Gabrici, Enzo 93
 Gabriele, Annalisa 141
 Gaino, Alberto 167
 Galassi, Nazario 129, 131
 Gallio, Giovanna 208
 Garcia, Sandrine 34-35
 Gensabella Furnari, Marianna 210
 Gentili, Carlotta 172
 Germano, Giuseppe 120
 Gerosa, Vincenza 83
 Gherardini, Gherardo 222
 Gherarducci, Domenico 45, 49-51
 Ghiani, Antonio 216
 Giacanelli, Ferruccio 114-115
 Giannoni, Giuseppe Fioravante 126-127
 Gili, Giovanni 24
 Ginzburg, Carlo 30, 33
 Giorgi, Andrea 190
 Giulietti, Antonietta M. 45, 52
 Gnocchi, Carlo 85
 Goffman, Erving 40, 110, 154, 157-158
 Goldschmidt, Nicoletta 100
 Gorziglia, Federico 146
 Gagnani, Wando 63
 Grasso, Aldo 141
 Greco, Giorgio 217-218
 Grimaldi, Laura 141
 Guareschi, Carlo 14
 Guarnieri, Patrizia 120, 129, 195
 Guattari, Félix 29, 40
 Guelfi, Gian Paolo 101
 Guerra, Tonino 129
 Guglielmi, Marina 161, 196, 210
 Guidi, Silvia 127
 Guidorizzi, Giulio 153
 Guiglia, Sandro 22
- Haenel, Yannick 30
 Harding, Courtenay 27
 Harris, Richard 129
 Hawkins, Anne Hunsaker 159, 162
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich 39
 Henry, Paolo 22-27
 Hermine Gbedo, Letonde 81
 Hess, Volker 13
 Hölzl, Elisabeth 57, 60
- Innocenti, Marco Amerigo 50
 Innocenti, Mario detto "Mariolino" 65
 Isella, Dante 84
 Italia, Paola 160, 208
- Jaspers, Karl 130
 Jervis-Comba, Letizia vedi Comba, Letizia
 Jervis, Giovanni 15, 111, 113-114, 180, 183-186
- Karski, Jan 31
 Kiviruusu, Olli 142
 Klinkhammer, Lutz 30
 Kojève, Alexandre 39
 Kracauer, Siegfried 29, 33-34
- Laing, Ronald David 40
 Lakoff, George 12
 Landini, Eleonora 101
 Lanternari, Vittorio 109
 Lanzmann, Claude 30
 Libeskind, Daniel 57
 Librando, Lorenzo 63
 Liori, Antonangelo 219, 221
 Lobato, Ramon 140
 Loi, Anna Paola 223
 Lolli, Luigi 129, 131-135, 137, 185
 Lombroso, Cesare 55, 97
 Lopera-Mármol, Marta 143, 145
 Losavio, Tommaso 17
 Lotz, Amanda D. 140, 147
 Luciani, Domenico 189, 193
 Luciano, Giuseppe 15
 Lupo, Emilio 193
 Luscher, Max 135
- Maccacaro, Giulio 40-41
 Magagnoli, Stefano 14, 16
 Magri, Furio 49
 Magrini, Giacomo 209
 Majerus, Benoît 13
 Manca, Josto 216
 Manca, Mario 141, 143
 Mangione, Alexia 168
 Marchi, Enrico 50
 Marchi, Monica 210, 212

- Marchiori, Elisabetta 144
 Marengo, Piero 67-68
 Marini, Mario 201-204
 Marja 80
 Mattioli Foggia, Cesare 63, 65
 Maugeri, Anita 168
 Mauri, Diana 14
 Mencarelli, Daniele 141, 143, 145
 Mengali, Mario 202
 Mensi, Massimo 120
 Merini, Alda 12, 56, 91-97, 149-155
 Mezzini, Massimo 218
 Micheli, Cesare 123
 Michelucci, Giovanni 119, 123-125
 Migani, Cinzia 131
 Milone, Paolo 161-163
 Minkowski, Eugene 101
 Mistura, Stefano 101
 Mittell, Jason 139
 Molinari, Augusta 92
 Moneta, Luigi 83, 85
 Montanari, Tomaso 121, 123
 Montini, Giovanni Battista vedi Paolo VI
 Moravia, Alberto 204
 Morelli, Piero 210
 Mori, Franco 120
 Moscadelli, Stefano 193
 Mugnaini, Fabio 193
 Musci, Leonardo 193
- Naldi, Raffaella 26
 Natalia 80
 Negri, Lorenza 141
 Neruda, Pablo 123
 Nicolini, Flavio 129, 132-137
 Noble, George Ernest Michael Sinclair 201-206
- Occhini, Laura 168-169
 Oddone, Ivar 24
 Ongaro Basaglia, Franca 37, 75, 78, 91, 110-111, 113, 154, 157, 205, 208
 Ossicini, Adriano 167-168
- Pagnanelli, Remo 150, 152
 Pagnini, Gabriella 66-67, 69-70
 Palumbo, Enrico 83
 Panattoni, Riccardo 132
 Panzeri, Luciano 84, 192
 Paolella, Francesco 179, 183
 Paolini, Alberto 168
 Paolo VI (Giovanni Battista Montini) 88
 Papuzzi, Alberto 15, 168
- Paroli, Elena 151
 Pascal, Enrico 41, 65
 Passalia, Ennio 101
 Pavan, Luigi 144
 Pecorini, Matteo 120, 126
 Pellegrini, Franca 152, 154
 Pellegrino, Francesca 141, 145
 Pellicanò, Carmelo 119, 125
 Perna, Franco 48-49
 Pescatore, Guglielmo 140
 Pesce, Caterina 99, 169
 Phillips, John 205
 Piccione, Renato 208
 Pieraccini, Arnaldo 169, 174
 Pierangeli, Fabio 210, 213
 Pierini, Paolo 182
 Pignatelli, Giuseppe 87
 Pigozzi, Laura 142
 Pinel, Philippe 199
 Pini, Paolo 93, 95-97, 149
 Pintor Iranzo, Ivan 143, 145
 Pirella, Agostino 14-15, 21-22, 24-25, 37, 99-100, 102-105, 111, 170
 Piro, Sergio 41, 111
 Pisano, Giorgio 216-217
 Platone 152-153
 Pogliani, Domenico 83, 85
 Pontecorvo, Gillo 30
 Portelli, Alessandro 30
 Pozzi Borletti, Ida 201
 Priori, Romolo 115
 Pugno, Emilio 24
 Pulino, Daniele 184
- Raimondo, Rossella 172
 Ramacciotti, Giorgio 210
 Ramon, Shula 26
 Ramondino, Fabrizia 73, 75-81
 Ramos-Soler, Irene 141
 Rampi, Piero 83, 85-89
 Redaelli, Stefano 12, 143-144, 146, 158, 207, 210
 Renzi, Renzo 131
 Risso, Michele 109-112, 115
 Rivette, Jacques 30
 Rocchi, Marta 140
 Romiti, Francesco 119-123, 126
 Ronchi, Luisanna 222, 226
 Rossano, Fausto 193
 Rossi Menchetti, Fosca 168
 Rossini, Gianluigi 139
 Rotelli, Franco 14, 16, 73, 81
 Roveda, Luigi 87

- Samonà, Carmelo 213
 Sanna, Giovanni 221
 Santanera, Francesco 89
 Sartori, Ezio 167-168
 Sasso, Chiara 26
 Satta, Monia 218
 Sauer, Hanjo 86
 Sbertoli, Agostino 63, 69
 Scaffai, Niccolò 210
 Scavuzzo, Giuseppina 208
 Scheiwiller, Vanni 149
 Schiffini, Serena 223
 Schittar, Lucio 102, 104
 Schneider, Jane 112
 Sciamanna, Erika 143
 Sechehayé, Marguerite 130
 Seghetti, Pietro 141
 Seppilli, Tullio 115
 Serra, Gianni 15, 137
 Serrano, Mario 37
 Setaro, Marica 103, 111
 Signorelli, Assunta 73-81, 92
 Simionescu, Dana 120
 Smith, Murray 142
 Sontag, Susan 162
 Spaziani, Cecilia 12, 213
 Spielberg, Steven 30
 Stalin, Iosif Vissarionovich 39
 Stefani, Caterino 199
 Süskind, Patrick 35
 Szasz, Thomas Stephen 40

 Tabor, Davide 14, 16, 92
 Taliani, Simona 110
 Tango, Giuseppe 54
 Tarantino, Ciro 14, 34
 Taverna, Salvatore 37
 Tesi, Leopoldo 63, 65-67
 Tessa, Delio 84
 Tobino, Mario 50, 160-163, 195, 207-213

 Tönnies, Ferdinand 209
 Tortello, Mario 89
 Tortorella, Paolo 167
 Tozzoli, Cassiano 131
 Trabucchi, Cherubino 200-203
 Trabucchi, Luigi 200-203
 Tranchina, Paolo 14, 100, 168-169, 173, 175-176
 Tumiatì, Corrado 130, 159-160, 163
 Turri, Giampaolo 221

 Valentino, Alice 54
 Valeriano, Annacarla 92, 97
 Valletti, Vittorio 26
 Vallinotto, Mauro 158, 167
 Vannelli, Giovangiuseppe 54, 60
 Vannozzi, Francesca 172, 193
 Vannucci, Michele 140-141, 143
 Vannucci, Torello 127
 Venturini, Ernesto 131
 Vercellone, Paolo 23
 Veronesi, Luigi Maria 201-202
 Vezzani, Gabriele 183
 Villani, Giorgio 89
 Villas, Antonio 79-80
 Villone, Giovanni 193
 Viridis, Francesca 217
 Viscardi, Carlo 87
 Vitti, Monica 129, 132, 135, 137

 Wallon, Henri 170
 Wieviorka, Annette 30
 Wulff, Erich 40

 Zappella, Michele 207
 Zardini, Maria Luisa 17
 Zinelli, Carlo 202, 204-205
 Zini, Prospero 180
 Zizzania, Piero 54
 Zoli, Serena 142

Edizioni ETS
Palazzo Roncioni – Lungarno Mediceo 16, I-56127 Pisa
info@edizioniets.com – www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di settembre 2025