

Oltre gli stereotipi sulla violenza di genere

Approcci, teorie e ricerche

a cura di

Giovanna Gianturco e Giovanni Brancato

Prefazione di Antonella Polimeni



Collana Materiali e documenti 89

Oltre gli stereotipi sulla violenza di genere

Approcci, teorie e ricerche

a cura di

Giovanna Gianturco e Giovanni Brancato

Prefazione di

Antonella Polimeni



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

2022

Il presente volume è stato pubblicato nell'ambito delle attività di disseminazione del Corso di Formazione in "Culture contro la violenza di genere: un approccio transdisciplinare" di Sapienza Università di Roma.

Copyright © 2022

Sapienza Università Editrice

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it

editrice.sapienza@uniroma1.it

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

Registry of Communication Workers registration n. 11420

ISBN 978-88-9377-252-5

DOI 10.13133/9788893772525

Publicato nel mese di dicembre 2022 | *Published in December 2022*



Opera distribuita con licenza Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 3.0 Italia e diffusa in modalità open access (CC BY-NC-ND 3.0 IT)

Work published in open access form and licensed under Creative Commons Attribution – NonCommercial – NoDerivatives 3.0 Italy (CC BY-NC-ND 3.0 IT)

Impaginazione a cura di | *Layout by:* Giovanna Gianturco e Giovanni Brancato

In copertina | *Cover image:* immagine di Isabella Quintana da Pixabay.

Indice

Prefazione	7
<i>Antonella Polimeni</i>	
Un approccio transdisciplinare contro la violenza di genere	11
<i>Giovanna Gianturco, Giovanni Brancato</i>	
PARTE I - AREA DELLE SCIENZE SOCIALI, POLITICHE E DEMO-ANTROPOLOGICHE	
1. Il 'sesso storto' dell'umanità. Riflessioni sull'organizzazione sessuata della vita nelle società contemporanee	23
<i>Giovanni Ruocco</i>	
2. La violenza di genere in una prospettiva sociologica	41
<i>Mariella Nocenzi</i>	
3. Le violenze di genere: un problema culturale. Appunti per una politica della formazione	55
<i>Gaia Peruzzi</i>	
4. Donne scomode. Voci femminili dagli istituti psichiatrici	73
<i>Anna Iuso</i>	
5. L'applicazione dei modelli FCRE e WAB per lo studio dell'impatto del Covid sui percorsi di uscita dalla spirale della violenza	95
<i>Fiorenza Deriu</i>	
6. Dove sono le ragazze dell'ENIAC? Donne e Computer Science: tra cancellazioni e stereotipi	113
<i>Tiziana Catarci, Daniel Raffini</i>	

7. Donne mute e uomini invisibili. La violenza di genere nella comunicazione istituzionale in Italia, Francia e Spagna (2009-2020) <i>Raffaele Lombardi</i>	125
PARTE II - AREA DELLE SCIENZE GIURIDICHE	
8. I diritti fondamentali delle donne <i>Raffaella Messinetti</i>	143
9. La violenza di genere come violazione del principio di uguaglianza tra i sessi <i>Ines Ciolli</i>	159
10. Le misure penali di protezione contro la violenza di genere <i>Pasquale Bronzo</i>	181
11. La lotta contro la violenza di genere nel diritto internazionale <i>Alberta Fabbricotti</i>	195
12. Il contrasto della discriminazione e della violenza omolebbitransfobica in prospettiva giuridica <i>Angelo Schillaci</i>	211
PARTE III - AREA DELLE SCIENZE DELLA SALUTE	
13. Teorie sulla violenza interpersonale e di genere <i>Stefano Ferracuti, Benedetta Barchielli</i>	227
14. Aspetti psicologici rilevanti nella prevenzione della violenza di genere <i>Anna Maria Giannini, Giulia Lausi</i>	239
15. Orientamenti sessuali e identità di genere, la discriminazione delle persone LGBT+ in una prospettiva psicologica e clinica <i>Roberto Baiocco, Jessica Pistella, Fau Rosati</i>	253
16. La violenza di genere: le attività di sostegno a favore delle vittime <i>Antonella Giancotti</i>	269
17. La medicina di genere: realtà o chimera? <i>Stefania Basili, Roberto Cangemi</i>	277
Postfazione <i>Giorgia Ortu La Barbera</i>	285
Autori	291

4. Donne scomode.

Voci femminili dagli istituti psichiatrici

Anna Iuso

Abstract: Questo contributo presenta un'esplorazione delle forme di violenza di genere istituzionalizzate all'interno degli istituti psichiatrici italiani, attraverso un'antropologia delle scritture personali di donne definite "pazze" e per questo internate in tali istituti. A partire dalla decostruzione e ricostruzione del concetto stesso di pazzia e ricordandone quindi la sua determinazione storica e culturale, il testo si muove tra le lettere di queste persone, mostrando attraverso di esse la violenza sistemica, di classe e di genere, insita dentro alla strutturazione stessa dei nosocomi, ma anche le possibilità di ridefinizione del sé che le pratiche di scrittura offrivano alle internate, altrimenti aphone e vittime di uno sguardo scientifico-positivista fortemente genderizzato.

Parole chiave: donne; violenza di genere; manicomi; psichiatria; scritture personali.

4.1. Introduzione

La violenza di genere è spesso vistosa, plateale, sfacciatamente ingiusta. Altre volte invece è silenziosa, subdola e, in alcuni casi, anche nelle nostre società, praticamente istituzionalizzata. È difficile pensare diversamente quando ci si addentra nelle storie di alcune donne, molte in verità, che sono state internate negli istituti psichiatrici, di cui troviamo numerosissime lettere:

*"Amatissime figlie,
siete giunte a una età che potete comprendere lo strazio di una madre, e se sortirò viva da questo maledetto luogo per la cupidigia insana di molti*

e per la malvagità specialmente di vostra zia Margherita e di suo marito che hanno addirittura perpetrato una persecuzione con l'aiuto di tanti, riabbracerete vostra madre, che potrò così diffusamente raccontare l'infamia commessa a mio danno, altrimenti se la clausura continua cercherò rifugio nella morte perché non posso più sopportare il distacco da voi e lo strazio del mio cuore, avvilito da tante brutture. [...] il mio povero cervello è come una succhiella dove si trasmettono e si levano i pensieri a volontà degli altri, non sono pazza ma parlo da sana.”¹

Queste lettere, mai ricevute dai loro destinatari perché trattenute dalla Direzione, sono state trovate fra le cartelle cliniche di alcune degenti del Civico Frenocomio “Andrea di Sergio Galatti” di Trieste - quello, per intenderci, nel quale operò ed elaborò le sue teorie Franco Basaglia - e dell'Ospedale Psichiatrico di Girifalco. Ancora una volta, come spessissimo accade, sarà la scrittura a consentire a queste donne di raccontare le loro storie. Queste lettere rappresentano parte di una prassi degli istituti psichiatrici che gli archivi manicomiali sembrano attestare almeno da metà Ottocento fino al secondo dopoguerra e che qui tenterò, seppur sinteticamente, di illustrare.

Cosa era successo a queste donne, perché erano lì? Ci si potrebbe porre l'ingenua domanda: erano o non erano pazze? Seppure rapidamente, bisogna quindi ricordare qualcosa che per l'antropologia è un'ovvietà, e cioè che la pazzia, come tante altre forme della condizione umana, è un costrutto culturalmente e storicamente determinato.

4.2. La follia senza i folli

Questa evidenza è emersa vistosamente da una serie di studi che hanno visto la luce intorno alla metà del secolo scorso. Fra gli anni Cinquanta e gli anni Sessanta del Novecento, infatti, da diversi punti prospettici emerse uno sguardo critico sulla storia della follia e della sua gestione. Nell'arco di pochi anni sembrò maturare il pensiero di diversi pensatori il cui obiettivo era dimostrare l'arbitrarietà storica, politica, sociale e medica della definizione della malattia mentale, portando a scardinare e riformare l'intero sistema psichiatrico. Come a

¹ E. K., occupazione privata, ricoverata il 17 marzo 1928 per Demenza paranoide e dimessa invariata il 9 agosto 1928.

volte accade, ci fu un *annus mirabilis* che nello specifico concretizzò questa confluenza di pensieri: nel 1961 furono pubblicati *Asylums* di Erving Goffman - dedicato ad una spietata analisi delle regole del sistema asilare e alle strategie di adattamento degli internati -, *Histoire de la folie à l'Âge Classique* di Michel Foucault - che nella sua ricostruzione della storia della follia denuncia i manicomi in quanto dispositivi disciplinari emanati dalle politiche sanitarie di stato -, *Les damnés de la terre* di Franz Fanon - che nella sua analisi del sistema coloniale e delle lotte di liberazione dedicava un intero capitolo al rapporto esistente fra guerra coloniale e disturbi mentali - e *La terra del rimorso* di Ernesto De Martino, volume che rappresenta una pietra miliare nella storia dell'etnopsichiatria italiana. E nello stesso anno, rinunciando alla carriera universitaria, Franco Basaglia si trasferiva a Gorizia per dirigere il manicomio locale, dando vita alle prime iniziative che poi portarono, alimentate dalla fondamentale esperienza a Trieste, alle proposte che nutrono la sua proposta di legge.² E sicuramente in quel 1961 Ernesto De Martino elaborava le riflessioni che confluirono, purtroppo incomplete, nel volume postumo *La fine del mondo*.³

Sarà utile soffermarci, seppur rapidamente, sull'analisi del portato culturale della follia avanzata da Ernesto De Martino, che operava una netta distinzione fra la modalità con cui la labilità psichica viene elaborata nel mondo magico, dove si configura come un "esserci non ancora deciso e garantito" passibile di reintegrazione rituale, e la concezione biomedica che ne hanno le società occidentali, che la relega nella dimensione patologica. Comparando infatti la persona magica e il dissociato della modernità occidentale De Martino mise fortemente in dubbio l'applicabilità del paradigma dell'autonomia e dell'unità dell'io e della persona che caratterizza l'approccio psicopatologico.

Il De Martino che più ci è utile in questo momento è quello de *La fine del mondo*, dove riconosceva la validità dell'opposizione sano/malato,

² Mi sembra doveroso ricordare però altre iniziative illuminate e anche precoci, nella lotta alla violenza e agli abusi di potere insiti nella gestione degli istituti psichiatrici. Fra questi ricordo quella della Regione Umbria, in Seppilli Polcri Flamini 2008.

³ DE MARTINO morì nel 1965, e gli scritti preparatori a *La fine del mondo* furono pubblicati solo nel 1977, a cura di Clara Gallini, dopo una lunga e tormentata vicenda editoriale, accuratamente ricostruita nell'ultima edizione dell'opera pubblicata nel 2016 per i tipi dell'EHES, a cura di G. CHARUTY, D. FABRE, e M. MASSENZIO.

insistendo però sulla sua natura culturale ed epistemologica (Beneduce 2007). Per De Martino infatti “il giudizio di sanità o malattia mentale è un giudizio storico, e non può prescindere dalla considerazione storica del rapporto fra comportamento e ambiente storico. Un comportamento è psichicamente sano quando riflette alternative e scelte pubblicamente accettate” (De Martino 2002:175). La cultura è dunque un sistema di elaborazione “del distacco dalla natura, della protezione della vita cosciente, del dispiegamento di forme di coerenza culturale che stiano come regole di tale distacco e di tale protezione” (*Ibid.*)

Più volte De Martino concentrò i propri sforzi sulla concettualizzazione di sanità e malattia nelle differenti culture (De Martino 2019:188-208), affermando che il contesto socio-culturale è determinante per la comprensione delle forme di elaborazione della crisi e che la cultura è la reale antagonista della disgregazione psicopatologica.

Le riflessioni demartiniane insistono particolarmente sulla connotazione storica e sociale della crisi psichica al fine di delimitare il proprio campo d'indagine, che sarà il mondo magico e non la psicosi. Tuttavia, ne emerge un quadro chiaro e per noi molto pertinente: il mondo magico era una realtà in cui la malattia mentale trovava un'elaborazione culturale efficace; la psicosi nella modernità invece è oggetto di indagine scientifica che non ha ancora trovato una sua collocazione culturale. Diventa quindi lecito chiedersi cosa sia la malattia mentale:

“non si tratta di «spiegare il sano con il malato»: un tentativo del genere sarebbe già malattia. Si tratta piuttosto di comprendere il sano nella sua concretezza, cioè nel suo farsi sano oltre il rischio dell'ammalarsi: in questa prospettiva acquista un valore euristico notevole la utilizzazione dei vissuti psicopatologici, che mettono a nudo il momento del rischio con evidenza particolare, in quanto nell'ammalarsi psichico ciò che nel sano sta come rischio di continuo oltrepassato si tramuta in un accadere psichico caratterizzato dal non poter oltrepassare tale rischio, e da infruttuosi conati di difesa e di reintegrazione. Tanto più i vissuti psicopatologici acquistano valore euristico in quanto quel concreto dinamico farsi sempre di nuovo sano che caratterizza la sanità costituisce il momento più coperto per la coscienza culturale immediatamente impegnata nel suo farsi sana: con la conseguenza di fingersi una sanità astratta e di lasciar da parte una altrettanto astratta malattia, che interesserebbe unicamente i pazzi e i loro medici specializzati, gli psichiatri. Doppia menzogna, che introduce nella antropologia una serie di

equivoci, di deformazioni e di interpretazioni errate: [...] così un tempo si tendeva a valutare gli stati mistici, le possessioni [...] in una prospettiva essenzialmente patologica" (*Ivi*:196-197).

A ogni società la sua logica, a ogni società la sua follia, dunque. Come sembra confermare la ricerca di Michel Foucault, che sviluppò il suo pensiero sulla storia della follia in una lunga serie di studi arrivando a identificare nel positivismo che caratterizza il XIX secolo un passaggio fondamentale verso una moderna e rigida concezione della follia.⁴ È in questo momento storico che, secondo la celeberrima analisi foucaultiana, si nega l'unitarietà dello spirito umano e della sua psiche, cioè la possibilità di mantenere ragione e sragione nello stesso essere viene negato, istituendo una frontiera netta fra il sano e il patologico:

"A metà del XVIII secolo questa unità era stata illuminata [...] ma è stato necessario più di un mezzo secolo perché qualcuno osasse ancora fissarvi il suo sguardo: [...] Nietzsche, Van Gogh, Raymond Roussel, Artaud vi si sono arrischiati, fino alla tragedia: cioè fino all'alienazione dell'esperienza della sragione nella rinuncia della follia. E ognuna di quelle esperienze [...] ripete nell'insistenza del tempo la medesima domanda [...]: «Perché non è possibile mantenersi nella differenza della sragione? Perché bisogna sempre che essa sia separata da se stessa, affascinata nel delirio del sensibile, e reclusa nella follia? Come è potuto accadere che essa sia fino a tal punto privata di linguaggio? Qual è dunque il potere che pietrifica coloro che l'hanno una volta guardato in faccia e che condanna alla follia tutti coloro che hanno tentato la prova della sragione?" (Foucault 2014:508).

⁴ Per Foucault questo movimento di pensiero affonda le sue radici nel razionalismo cartesiano: dal momento in cui la dignità del pensiero umano e le fondamenta della conoscenza furono basate sul *cogito ergo sum*, l'io pensante esclude la possibilità di sragione, che avrebbe minato qualsiasi possibilità di sapere e di pensiero. La follia venne quindi esclusa come forma di pensiero, che doveva basarsi invece solo sulla ragione. In virtù di questa logica, presto imperante, la follia divenne rapidamente un male da allontanare, da occultare. E fu in questa logica che cominciò quello che fu poi chiamato "il grande internamento", cioè l'epoca in cui, per allontanare i folli sia teoricamente sia fisicamente dal corpo sociale, iniziò l'operazione di segregazione del malato mentale. Emblema di questo movimento fu l'*Hôpital Général de Paris*, dove vennero internati i folli e gli alienati, ma anche, indistintamente, i criminali, i poveri, i malati di malattie veneree e gli omosessuali. La follia fu dunque assimilata a tutti i comportamenti o alle condizioni considerate "asociali": non veniva curata, ma allontanata, nascosta, ridotta al silenzio e rimossa dalla coscienza sociale.

Foucault puntava il suo dito verso le scienze della psiche, accusandole di aver stabilito una netta separazione fra la ragione e la sragione, etichettandole come sanità e malattia, oggettivandole come due condizioni dell'essere e ponendosi sulla frontiera che le separa, arrogandosi il diritto di stabilire il campo in cui collocare ogni soggetto, e la sua possibilità di riattraversare la frontiera, cioè di guarire dalla follia. La psichiatria, insomma, è per Foucault un dispositivo di potere, cui la società ottocentesca dà il diritto di elaborare e risolvere il problema rappresentato dalla follia e da altre forme di devianza per attuare un più generale progetto di controllo sociale.

La dimensione fortemente ideologica dell'impianto teorico foucaultiano, che ebbe ed ha ancora una grande influenza sugli studi sulla follia e la sua gestione, comportava però, *mutatis mutandi*, due considerevoli conseguenze: la follia in quanto malattia finiva per scomparire, diventando un'invenzione della psichiatria e non un dato clinico, e la psichiatria a sua volta diventava un semplice dispositivo di potere, un costrutto sociale repressivo. Questa sua postura emerse con particolare evidenza in un caso di studio che per noi sarà qui doppiamente significativo: il caso Pierre Rivière.

Com'è noto, Pierre Rivière era un giovane contadino normanno che nel 1835 uccise la madre, la sorella e un fratello. Il caso assurse ovviamente agli onori della cronaca, polarizzando l'attenzione dei lettori francesi, e diventando oggetto di rumorosi dibattiti clinici e giuridici. A Pierre Rivière fu chiesto di redigere un memoriale, che il giovane scrisse prontamente, e che divenne anch'esso oggetto di analisi e di dibattito.

Questo memoriale, assieme a un'ampia serie di documenti clinici e giuridici, fu pubblicato a cura di Michel Foucault nel 1973: il memoriale viene trascritto, e le analisi dei medici e dei giuristi ampiamente commentati in una serie di saggi prodotti da Foucault stesso e dai suoi collaboratori. Dopo la lettura del volume, indubbiamente ricco e affascinante, difficile non concordare con l'analisi che ne fa Carlo Ginzburg:

“Ciò che interessa soprattutto a Foucault sono il gesto e i criteri dell'esclusione: gli esclusi, un po' meno. Nell'Histoire de la folie era già almeno in parte implicita la traiettoria che ha portato Foucault a scrivere *Les mots et les choses* e *L'archéologie du savoir*. Essa è stata con ogni probabilità accelerata dalle obiezioni facilmente nichilistiche mosse da J. Derrida all'Histoire de la folie. Non si può parlare della follia in un linguaggio

storicamente partecipe della ragione occidentale, e quindi del processo che ha portato alla repressione della follia stessa [...]. Questa involuzione è testimoniata da un recente volumetto che raccoglie, insieme con documenti di vario tipo sul caso di un giovane contadino che al principio dell'Ottocento uccise la madre, la sorella e un fratello, un gruppo di saggi redatti da Foucault e da alcuni suoi collaboratori. L'analisi verte prevalentemente sull'intrecciarsi di due linguaggi dell'esclusione, che tendono a negarsi a vicenda: quello giudiziario e quello psichiatrico. La figura dell'assassino, Pierre Rivière, finisce col passare in secondo piano – proprio nel momento in cui si pubblica una memoria ch'egli scrisse su richiesta dei giudici per spiegare com'era arrivato a commettere il triplice assassinio. La possibilità di interpretare questo testo viene esplicitamente esclusa, perché ciò equivarrebbe a forzarlo, riducendolo a una «ragione» estranea. Non rimangono che lo «stupore» e il «silenzio» - uniche reazioni legittime“ (Ginzburg 1976).

Ma è davvero impossibile rendere conto del vissuto dei folli, o di chi perlomeno è considerato tale?⁵ In realtà, a parte il caso pressoché unico di Pierre Rivière, i folli, o considerati tali, hanno lasciato delle tracce, e il loro vissuto, seppur a brandelli, è possibile ricostruirlo. Non solo è possibile, ma è forse un dovere, o perlomeno una delle vocazioni dell'antropologia a ridare voce a queste vite ridotte al silenzio (Faranda 2020) che si possono configurare fra l'altro come un contributo antropologico al sapere psichiatrico (Faranda 2019). Bisogna andare a leggere, pazientemente, le migliaia di cartelle cliniche conservate negli archivi manicomiali.⁶

⁵ Per una lettura critica dell'approccio foucaultiano al memoriale di Pierre Rivière vedi anche FABRE (1991).

⁶ È ciò che ho fatto, da sola o affiancata da alcuni miei studenti, il cui lavoro a volte è confluito in tesi di laurea magistrale. Ricordo qui con piacere il lavoro d'archivio svolto da Michelangelo Ciminale, da Daniele Quadraccia (laureatosi nell'a.a. 2014-15 con una tesi magistrale in Discipline Etnoantropologiche dal titolo *La mia cattiva stella. Scritture personali nell'archivio storico dell'Ospedale Psichiatrico di Girifalco durante la Grande Guerra*), da Simonetta Tocchi (laureatasi nell'a.a. 2015-16 con una tesi magistrale in Discipline Etnoantropologiche dal titolo *Donne al di là del muro. Isolamento e distruzione dei legami famigliari nell'Ospedale Psichiatrico di Trieste*), da Andreas Iacarella (laureatosi nell'a.a. 2017-18 con una tesi magistrale in Scienze Storiche dal titolo *In un ritmo lento, vano. Narrazione di sé, scrittura e psichiatria nell'Italia di fine '800: il fondo "Giuseppe Amadei"*).

4.3. “Pazze isteriche”: lo sguardo di gender del potere psichiatrico

L'Ottocento europeo fu, notoriamente, un secolo di straordinari mutamenti culturali che affondano le proprie radici nella ideologia illuminista, e poi positivista, che pervade tutti i campi del sapere. Alcuni, anzi, furono frutto di questi cambiamenti. La psichiatria, ad esempio, fu una delle discipline che acquisì un profilo netto e una propria autonomia istituzionale in quanto scienza utile per la composizione/strutturazione e mantenimento della nuova società progressista.

Non si può certo percorrere qui la storia della psichiatria, ma è importante sottolineare che essa preferì, nel corso del secolo, una prospettiva neurologica: se fino a metà secolo il malato poteva essere considerato anche per le sue esperienze soggettive, per i traumi subiti e per le difficoltà affrontate, a partire dalla seconda metà del secolo si impose il paradigma biologico per il quale il paziente fu quasi privato di una sua storia personale, e venne visto soltanto come entità nosografica. Si impose la logica dell'evoluzionismo e del meccanismo darwiniano della selezione naturale anche nell'evento patologico: si considerava che i malati portassero in sé, nella propria storia genetica, le tare che li rendevano incapaci di affrontare il mondo moderno e le sue complessità. Questi uomini e queste donne erano considerati incapaci, a causa delle tare del loro “organo mentale”, di ricorrere alle attività intellettuali e morali necessarie per affrontare difficoltà insite nella società moderna; le loro sofferenze erano frutto delle loro degenerazioni, fossero esse ereditate o acquisite. Erano insomma destinati a perdere nella lotta per la sopravvivenza della modernità. Il compito della psichiatria era dunque individuare, se possibile precocemente, coloro che erano predisposti alla degenerazione e alla follia per rinchiuderli, al fine di salvarli, in specifici istituti che non si esitò a definire “*sacri campi di concentrazione d'inabili nella lotta per la vita*” (Giacanelli Campoli 1973:3).

Si tratta, ovviamente, dei manicomi, dove gli psichiatri applicavano la propria scienza fondata sul modello obiettivo e sperimentale delle scienze naturali; seguiva dunque la metodologia della fisica, della chimica e della biologia, avvalendosi dei risultati della medicina generale, della fisiologia e dell'anatomia cerebrale.

I manicomi divennero quindi, lungo l'Ottocento, luoghi di sperimentazione scientifica il cui obiettivo finale però era tanto medico quanto sociale. Essi continuavano ad essere, di fatto, dei contenitori del disordine sociale in cui però, a differenza delle epoche precedenti, alla prassi contenitivo-repressiva destinata al controllo della crisi sociale si sovrapponeva un'ideologia progressista di estrema consapevolezza del portato politico del proprio agire. In altri termini, gli psichiatri erano consapevoli del nesso esistente fra la malattia mentale e i processi di industrializzazione e di inurbamento, la crisi delle campagne e la povertà diffusa. Ma essa era considerata il prezzo da pagare per la realizzazione di un progresso – tecnologico e civile – che avrebbe inevitabilmente portato l'uomo moderno verso il nuovo benessere. La psichiatria aveva quindi un ruolo sociale specifico e apertamente riconosciuto: operava in termini di mediazione e controllo sociale per il mantenimento di un ordine politico e morale che era di natura laica e di impostazione borghese (Fiorino 2002, 2003, 2014).

In Italia questo processo fu particolarmente evidente nella sua correlazione col processo di unificazione del Paese, quando la necessità di consolidamento del potere del nuovo Stato, laico e borghese, portò al potenziamento dei sistemi di controllo e formazione, come ad esempio la legislazione carceraria, la pubblica istruzione e, per l'appunto, la legislazione psichiatrica: è del 1888 la Legge sulla sanità Pubblica, del 1889 quella sulla Pubblica Sicurezza, del 1890 il famoso Codice Penale Zanardelli e la Legge sugli Istituti Pubblici di beneficenza, mentre ferveva il dibattito, lungo e tortuoso, che portò poi alla Legge sui Manicomi e gli alienati del 1904.⁷ Complessivamente, fra l'unità d'Italia e l'inizio del Novecento si consolidò una rete manicomiale che comprendeva 59 manicomi pubblici. Gli psichiatri agivano quindi convinti di contribuire alla trasformazione

⁷ La legge n. 36 del 1904, col relativo Decreto Attuativo 615 del 1909 fu una legge gravida di conseguenze. Essa asseriva, fra l'altro, che i malati di mente erano persone pericolose, che i manicomi dovessero essere luoghi di isolamento più che luoghi di cura, comportò per gli internati l'iscrizione presso il casellario giudiziario e decretò l'internamento non solo delle persone pericolose, ma anche dei "tranquilli", cioè quelle persone che, considerate improduttive e quindi onerose per i bilanci familiari, venivano viste come potenziali pericoli per l'ordine sociale. Inoltre, la giolittiana legge del 1904 non faceva alcuna differenza fra la pericolosità verso le cose e verso le persone fisiche, dando invece un enorme peso alle cosiddette condotte di "pubblico scandalo", la cui valutazione era evidentemente priva di qualsiasi scientificità.

culturale della propria società,⁸ e consapevoli del proprio potere, in quella che alcuni non hanno esitato a definire una “lotta di classe”, che dissimulava però la ben più strutturale lotta di *gender*.

L'Ottocento conobbe infatti un aumento esponenziale dei casi diagnosticati come isteria che, come sappiamo, era una complessa forma di nevrosi accompagnata da instabilità emotiva, caratterizzata da uno o più disturbi sensitivo-motori la cui eziologia neurologica o internistica era sconosciuta. Ne erano affette quasi esclusivamente le donne, *et pour cause*. Le origini della nozione di isteria, infatti, risalgono davvero lontano nel tempo: secondo la medicina classica il malessere isterico era connaturato alla donna, ai suoi organi genitali e alle sue funzioni riproduttive. Scriveva Platone:

“l'organo genitale degli uomini, naturalmente indocile e imperioso, come animale sordo alla ragione, spinto da furiose passioni si sforza di dominare su tutti: e per queste stessa cagione nelle donne la così detta matrice e la vulva somigliano a un animale desideroso di fare figli che, quando non produce frutto per molto tempo dopo la stagione, si affligge e si duole, ed errando qua e là per tutto il corpo nelle più grandi angosce e genera altre malattie d'ogni specie” (2009:64-65).

Non a caso Ippocrate, che coniò il termine “isteria”,⁹ collegò i disturbi agli umori, affermando che la cura della *repletio uteri* era il coito nel legittimo matrimonio. Di conseguenza, erano a rischio le donne vergini, vedove, nubili o sterili. Questo modello nosologico classico venne

⁸ Questo processo si è reiterato in diversi periodi storici del nostro Paese. È doveroso, infatti, segnalare il periodo della Prima Guerra mondiale e del primo dopoguerra, quando molte donne subirono il contraccolpo della crisi bellica, che indebolì ulteriormente la loro presenza sociale, e quando migliaia di giovani soldati che subirono il trauma della guerra furono internati come “scemi di guerra”. In realtà, per evitare di attribuire alla guerra le cause del loro disagio psichico, si preferì diagnosticare in questi giovani delle devianze e delle degenerazioni cui sarebbero stati già predisposti, e che la guerra avrebbe semplicemente rivelato. Furono internati, subendo trattamenti violentissimi, oltre 40.000 soldati. Per questa vicenda segnalo, per la straordinaria qualità dei materiali documentari, il film *Sceni di guerra* di Enrico Verra (48', Italia 2008). Allo stesso modo è doveroso ricordare l'uso del manicomio come dispositivo disciplinare nell'internamento dei dissidenti durante il periodo fascista (cfr. *I matti del duce*, PETRACCI 2014), fra i quali comunque le donne subirono trattamenti particolarmente duri (cfr. *Malacarne*, VALERIANO 2017).

⁹ Dal greco *hysteron*, che significa “utero”.

ripreso dai medici e dagli alienisti dell'Ottocento, che si confrontarono con gli studi della medicina classica, ritrovando e adottando un'interpretazione sessuale del malessere psichico.

Come faceva notare Gladis Swain nella sua lettura della visione ottocentesca del corpo femminile, tutto era basato sul controllo e sull'assoggettamento del potere femminile della riproduzione: poiché dà la vita, la donna era un'espressione della natura più che della cultura, un essere virtualmente sdoppiato tra la proprietà soggettiva, personale, di sé stessa, e la natura che la domina ed attraverso di lei si esprime (Swain 1983). In quanto riproduttrice, la donna era *réglée*, regolata, cioè ordinata da una legge naturale, diversa da quella dell'individualità. Sostanzialmente, il ciclo mestruale dimostrava che la donna era in balia della natura, apparteneva ai poteri della vita e non a sé stessa. E quando scoppiava il conflitto fra l'io riproduttore e l'io autopreservatore il primo finiva inevitabilmente per avere il sopravvento sul secondo, e la legge della specie si imponeva sulla dimensione volontaria dell'individuo.

Non può non colpire però che lo sguardo medico che si posava su queste donne era esclusivamente maschile, e traduceva di fatto in un linguaggio medico-scientifico le ragioni di un assoggettamento sociale che è invece puramente culturale: già nella concezione ippocratica la visione medica si sovrapponeva completamente alla funzione riproduttiva attribuita alla donna, e dunque al suo ruolo nella società. Nell'Ottocento nulla era cambiato, anzi. Questo assoggettamento sociale che prendeva forme mediche rivelò ancor di più il suo carattere di sistema: attraverso il linguaggio scientifico la donna veniva espropriata del proprio corpo quando la sua condotta non corrispondeva al rigido protocollo dell'ideale di femminilità ottocentesco.

L'ideologia borghese aveva configurato il ruolo della donna in un modello di passività e debolezza: la borghese ottocentesca dipendeva, anche legalmente, dal padre e poi dal marito. Accudiva la casa, il marito e i figli, limitando tutto il suo agire nella sfera privata e familiare, felice di questo suo ruolo, e grata agli uomini cui era socialmente e legalmente sottomessa, e dai quali dipendeva. Paladina della morale e della religione, doveva essere instancabile in questo suo inesauribile lavoro, esclusivamente limitato alla sfera domestica.¹⁰

¹⁰ La condizione di disparità delle donne fu palesemente fissata dalle leggi. Vedi ad esempio il Codice civile del Regno d'Italia (1865, Libro I, tit. V, Capo IX) che fissava i

Qualsiasi deroga da questo modello, qualsiasi manifestazione di disagio erano quindi, innanzitutto, minacce per l'ordine costituito: la donna isterica, dunque malata, non poteva più accudire ma doveva essere accudita, e questo sovvertimento era avvertito come un'insubordinazione.¹¹ Rapidamente internate, esse subivano infatti dei trattamenti più violenti e punitivi di coloro che erano affette da malattie organiche, poiché il loro malessere era percepito innanzitutto come la manifestazione di una perversa volontà di sottrarsi al proprio ruolo. Anche quando, per un'intera vita, ci si è piegate nel tentativo di far fronte. Interessante, per esempio, l'anamnesi tratta dalla cartella clinica di O. F.:

“Trieste, 18 ottobre 1917

La sigra. O. F., d'anni 43, presenta sintomi neuropsichici tali che, data l'impossibilità di una corrispondente assistenza a domicilio, deve venir collocata in uno stabilimento speciale.

La suddetta sigra. si maritò la prima volta a 15 anni, ebbe due gravidanze, e rimase vedova a 18 anni (il marito morì di Tbc). A 26 anni secondo matrimonio – due parti regolari – allattò essa stessa.

A 18 anni soffersse per un periodo abbastanza lungo di incubi notturni ed in seguito a dispiaceri rimase sempre poi nervosa.

Negli ultimi tempi ebbe doversi patemi, anche per l'assenza del marito: specialmente fu impressionata pel ripetuto scoppio di bombe da areoplani nella prossimità della sua villa a Servola ove abitava.

Nell'ultimo tempo nota uno straordinario dimagrimento, insonnia, spesso pianto e jactazioni: timore di avere una grave malattia cardiaca. Mestruazioni scarse nell'ultimo tempo.

Nelle ultime settimane lo stato della paziente andò aggravandosi: spesso si disorienta, trascura la famiglia e pronuncia qualche rara idea di tedio della vita.

Non consta gravame ereditario.

Sino a ieri la paz. accudì però da sé ai bisogni della famiglia.

Firma”.

diritti e i doveri che nascevano dal matrimonio (lasciando le donne sostanzialmente senza alcun diritto, neanche sui figli) e le Norme circa la capacità giuridica della donna (legge del 9 luglio 1919, n. 1176).

¹¹ Particolarmente emblematiche sono, in questo senso, le storie di donne internate restituite da A. VALERIANO (2014).

4.4. Disagi afoni: le voci delle internate

Cosa succedeva a queste donne? Cosa pensavano? Come si ponevano rispetto a queste istituzioni fatte per domarle? Certo, sgombriamo subito il campo da ogni dubbio: c'erano donne che avevano davvero gravi disturbi psichici, e c'erano psichiatri che cercavano un contatto con loro, che cercavano di capire e curare. Ma poi c'era anche la folta schiera delle donne "isteriche", di quelle il cui disagio era inclassificabile: se guardiamo bene, la stessa isteria è una categoria residuale, una categoria cioè che copriva disagi incompresi e di varia natura, con la quale venivano etichettate tutte le donne che rifiutavano, in toto o in parte, placidamente o violentemente, il ruolo che era stato loro imposto. Bastava ribellarsi, bastava andare in escandescenza per essere internate. E a volte anche quando il medico considerava che si potesse essere dimesse, la pressione sociale, e familiare, era tale da convincere il potere clinico. Notiamo, nella lettera di questo padre che tenta di lasciare una figlia ribelle in manicomio, che un'altra figlia mostra analoghi disagi psichici, ma viene tenuta a casa perché ha rinunciato a combattere, e *"giace nel suo letto ammalata di cervello"*:

"Mileto 24 Giugno 1906

Stimatissimo Sig.r Direttore,

Sempre coll'animo pieno di gratitudine verso di Voi, mi faccio il dovere di rispondere ad una vostra lettera nella quale manifestavate che mia figlia C. M. adesso colla salute si trova nella condizione da potere stare nella propria famiglia. Piego la fronte al minimo Vostro cenno, poiché trattasi di malattia, di cui Voi solo sapete darne un esatto giudizio. Però non devo nascondervi che mentre mia figlia costà si mostra tranquilla, venendo qui mi mette la casa tutta sottosopra e commette delle azioni, che il credereste, Sig. Direttore, io mi vergogno di camminare per le vie del mio paese, ed è arrivata financo a minacciare la mia vita e quella di un'altra sua povera sorella, anzi più volte si è lanciata sopra a tirar colpi, commettendo mille stranezze. E debbo soffrire tutte queste umiliazioni, e nel contempo piangere un'altra sventurata di figlia, la quale da più anni giace nel suo letto ammalata di cervello. [...]

Per ciò, Sig.r Direttore, Vi prego di tenere anche per carità cotesta mia figlia sotto le vostre assidue cure, almeno per questi altri pochi mesi estivi, che poi quando incomincerà ad abbassare la temperatura, verso il Novembre, cercherò, anzi farò uno sforzo, mi sacrificherò pel

viaggio e verrò a ritirarmela, benché, dietro tanta esperienza, son certo che venendo qui tornerà daccapo col darmi nuovi dispiaceri, finchè non mi ridurrà alla tomba, dietro avermi ridotto già ad uno stato vero compassionevole.

Mi auguro che la mia preghiera sia esaudita, nel mentre col più profondo rispetto ho l'onore di dirmi S.a V.a

Devotissimo servitore

N. M."

Tre anni dopo, la ragazza è tornata in manicomio. Per convincere di direttore del manicomio di Girifalco a tenerla nell'istituto psichiatrico il padre si rivolge a un avvocato, che si spinge fino a "suggerire" la diagnosi:

"Catanzaro 13.12.09

Illustre amico,

giorno 10 fu portata in codesto Manicomio la giovinetta C. M. di N. da Mileto.

La stessa ha dato strani segni canterellando e bestemmiando, e minacciando della vita tutti di sua famiglia e percuotendo una sua sorella. È inutile che vi dica che un'altra delle sue sorelle soffre da cinque anni circa la stessa malattia, ma essendo di carattere mite e quieto può tollerarsi.

Ve la raccomando vivamente affinché le usiate quelle cure affettuose che il caso richiede.

Affettuosi saluti e ringraziamenti

Io credo che la C. M. debba essere dichiarata pazza, e in questo senso vi faccio le mie raccomandazioni.

Grazie e saluti

Obbl.mo

Avv. N. L."

Come dimostrano queste lettere, le storie di queste donne sono reperibili, il loro vissuto è ricostruibile, e può trovare spazio, oggi, per la riscrittura di una parte della storia della follia, delle istituzioni manicomiali e della storia delle donne.¹²

¹² Dopo la chiusura degli istituti psichiatrici si è cominciata a registrare nelle scienze sociali una nuova sensibilità, che dà spazio alla soggettività dei pazienti nella ridefinizione di una storia delle istituzioni psichiatriche e nell'analisi del rapporto medico-paziente (cfr. POLCRI 2005).

L'osservazione mossa da Ginzburg a Foucault era indubbiamente fondata: nessuno spazio era lasciato davvero a Pierre Rivière nella lettura del suo memoriale da parte del filosofo francese. Però non bisogna considerare il memoriale di Rivière un caso eccezionale: gli archivi degli istituti manicomiali offrono molti materiali, che devono essere cercati attentamente, ma che a uno sguardo attento raccontano molto.¹³ La stragrande maggioranza del materiale è costituito dalle cartelle cliniche, che sono già di per sé un materiale storiografico ragguardevole (Fiorino 2004 e 2010), considerato che ogni cartella include, mediamente, una cartella nosologica (contenente i dati del paziente, la diagnosi, i nomi delle persone da contattare e un'anamnesi sintetica), il foglio suppletorio alla degenza (con anamnesi e descrizione dettagliata delle manifestazioni patologiche redatte da uno o più medici), e a volte il riassunto della cartella clinica, l'interrogatorio medico, dei documenti relativi alla procedura di internamento o di interdizione, e lettere personali.¹⁴

In alcuni casi sono gli archivi personali degli psichiatri ad offrire materiali straordinari, fra cui non mancano diari di degenti, memoriali, poesie, e spesso una quantità impressionante di lettere.¹⁵

¹³ Ai materiali degli archivi si aggiungono testi emersi per interessi dei familiari o degli stessi internati, pubblicati dopo la dimissione dall'istituto psichiatrico. Cito a titolo d'esempio un solo caso, che conosco bene perché ne ho seguito la pubblicazione e redatto la prefazione: quello di Sabrina Perla, che trascorre 4 anni in un Ospedale Psichiatrico Giudiziario; redige una autobiografia che riassume la sua vita fino al momento dell'internamento, poi continua a narrare i suoi giorni sotto forma di diario (PERLA 2014). Una fonte che dà uno squarcio ricco e interessante su questi archivi e su questi scritti è Carte da legare. Archivi della psichiatria in Italia, un sito che restituisce un progetto della Direzione generale degli archivi del Ministero della Cultura destinato alla documentazione e tutela del patrimonio archivistico degli istituti psichiatrici.

¹⁴ La cura con cui veniva redatto e conservato questo materiale dipende molto dall'attenzione che richiedeva il direttore e dalle vicende dell'istituto psichiatrico dopo le chiusure e le trasformazioni imposte dalla Legge Basaglia del 1980. In ogni archivio infatti è evidente che alcune cartelle sono redatte con cura, progressivamente rispetto agli eventi, alle visite, alle cure. In altri casi sono redatte frettolosamente, con frasi standard. Ripercorrendo la storia di questi istituti psichiatrici, è risultato evidente che dipendeva dal direttore: sotto la direzione di alcuni medici tutto era annotato con cura; sotto la direzione di altri invece tutto è più approssimativo. A seconda poi che l'istituto sia stato chiuso o meno (perché destinato ad altri usi), si trovano anche lacune negli archivi, che spesso per anni sono stati totalmente abbandonati o hanno subito ingenti perdite di materiali in occasioni di traslochi.

¹⁵ Segnalo qui il già citato Fondo Amadei e il fondo dello psichiatra Fioravante Giannoni, che ho conosciuto grazie a Pietro Clemente. In entrambi i casi i loro archivi personali

Lo spaccato storico-sociale che emerge è spesso agghiacciante, e si legge bene la stratificazione della lotta alla classe e della lotta al gender. Il 28 luglio 1917 il signor S.C. (il cognome è eccellente) descriveva in lunghe lettere la sua vita nel manicomio di Girifalco: possedeva carta e inchiostro in abbondanza, riceveva biancheria pulita e ottimi pasti in camera. Chiese dunque al fratello:

“Chi mi ha raccomandato così calorosamente al Prof. F. perché mi usasse tutte queste particolarità, tutti questi riguardi? Chi sono io per lui? Forse, mio cognato il dott. Di L., ha scritto qualche lettera di raccomandazione per me? Avrà interessato N. T., che non rispose ad una mia lettera e forse neppure alla tua?”.

Di pochi anni prima, questa lettera terribile:

“Nocera Terinese 13 G. 1911

Gentilissima Sig.ra P. T.

La mia madre senè venuta proprio addolorata assai avendo trovato la sua figlia e mia sorella spreggiata cioè senza denti e senza orecchio. Secondo me non mi sembrano queste opere giuste. Noi credevamo che era cosa passabile non già che l’orecchio se la veva portato del tutto via perché non era nessuno cane che era un essere anche creato da Dio non lascerò profittare perché è disgraziata.

Voi avete detto che tiene il manicomio in tempesta voldire che la povera mia sorella mela mandate ha casa sua e quando deve morire sacrificata nel manicomio viene ha morire fra le nostre braccia perché queste mi sembrano ingratitudine proprio da canile povera mia Madre sene venuta affritta che tre giorni non a mangiato ha fatto pensando povera infelice che dolore che ha perché se la mia sorella li fa male con un dito loro le fanno male con laccetta ora ci sono rimasti di cacciare l’occhi la mia Madre non puo pigliare pace perché ciò detto la mia povera sorella che lavete tenuta chiusa dentro una cella. Vi prego anche di non tanto dare retta alle parte contrarie che sono padroni di dire quanto vogliono perché io ciò acondisco a mandarcela per il male che ci pigliava credendo che si poteva guarire non credeva che veniva sotto i sacrificii fu un cancelliere

contengono centinaia di lettere, spesso redatte da grafomani, raccolte a scopo diagnostico e per un reale interesse rispetto al vissuto dei propri pazienti. Nel caso di Giannoni alcune raccolte di lettere sono state ritoccate in vista della pubblicazione. Di una di queste ho seguito da vicino la preparazione editoriale: G. F. GIANNONI (2018).

che cia colpa solo perché la trovò coricata sopra una strada ecco tutto il grave delitto che aveva commesso”.

Ci vuole un po' di pazienza a leggere questa lettera, in cui il linguaggio e l'interpunzione sono fortemente compromessi dal basso livello di istruzione. Ma dopo un paio di letture il contenuto è chiaro: il disagio della ragazza, internata perché si era coricata in strada, non era tollerabile perché era povera, e per di più era donna. Ma passiamo alle parole delle degenti, non senza esserci posti prima diverse domande. Cosa possiamo fare con questi materiali? Le precauzioni metodologiche sono necessarie: bisogna considerare il contesto della scrittura, la sua funzione, i destinatari. Il contesto è molto opaco: in quale stato psicologico scrivevano queste donne? Che possibilità materiale di scrivere avevano? Che libertà d'espressione avevano, sapendo che le loro lettere sarebbero state lette prima di essere spedite (e poi neppure lo saranno)?

“Trieste, li 29.VI.17

Carissima sorella!

È da lungo tempo che attendo un mio scritto; mi compatisci perché sai bene che qui non si può avere l'occorrente.

Attendo giornalmente, attendo giornalmente con ansia il mio caro marito! Ma con mio sommo dolore, qui trascorre i giorni e non vedo ancora giungere il beato e sospirato dì della mia sortita. Non vedo l'ora di andar via da qui. Almeno saresti tu qui cara sorella, non posso descriverti quanto ho sofferto, quante lacrime sparsi; ah quando Giocondo [il marito] gli è venuto in testa di condurmi qui.

Sono perseguitata in tutti i modi, sono stata così ingiustamente sprezzata, non ha a che lagnarmi ah! Lo strazio dell'animo mio è troppo grande, insopportabili le mie sofferenze.

Scrissi a mio marito, sai, come sono trattata qui, ma non fu spedita mica, poiché il mio scritto conteneva la pura verità¹⁶.

La posta in gioco era altissima – la propria libertà, la propria vita – e si parte dalla posizione di inferiorità assoluta: in questa terribile scrittura asimmetrica, bisognava denunciare una situazione e insieme riuscire a convincere i propri aguzzini a lasciarle libere. Era quindi tutto una costante scelta di destinatari cui denunciare soprusi, cui rimproverare

¹⁶ E. P., casalinga, ricoverata il 22 marzo 1916 de Demenza precoce e dimessa non guarita il 17 marzo 1921.

abusi, o a cui chiedere un intervento liberatorio promettendo una condotta impeccabile. Poiché, chiaramente, si comprendeva che il manicomio era la punizione per una condotta non consona, una punizione che piegava gli animi che avevano ormai introiettato dei modelli, e chiedendo perdono promettevano di seguirli:

“Cara Mamma,
 sento grandemente la sua mancanza, non posso più vedermi qui entro vorrei non essere mai venuta per non trovarmi nell’imbarazzo che mi trovo ora presente se lei sapesse cara mamma avrebbe certamente compassione, e mi prenderebbe subito a casa, la prego, la supplico a levarmi via da qui a venirmi a trovare sarò buona quando ritornerò a casa, le prometto, le ubbidirò in tutto e da per tutto e non sarò più come prima cattiva, disubbidiente, senza cuore, sfacciata, quanto desidero vederla poter parlare con lei, aprirle il mio cuore sinceramente raccontarle i miei falli e chiederle perdono e pregarla ad essere buona a prendermi a casa.
 Mamma mia la venga a trovarmi che poi”.¹⁷

In alcuni casi sembra si scrivesse sotto incitamento da parte del direttore. Sempre lei, B. S., in un’altra lettera scrive:

“Cara Mamma,
 Oggi siamo al diciotto Marzo e il Primario Canestrini mi pregò di scriverle una lettera per farti sapere che sono già da tre anni e ½ in ospedale e che quindi sono a pregarla di venirmi a trovare per risolvermi di riprendermi a casa. Son stufa di star qua dentro e voio che la venga a ciorne”.

B. S. avrebbe poi scritto molte altre lettere alla sua famiglia, chiedendo che la si venisse a prendere, chiedendo oggetti di uso quotidiano, immaginando il ritorno fra gli amici e i familiari. In questa lettera leggiamo una richiesta di dimissioni che sembra essere in effetti stata dettata da qualcuno, forse davvero dal primario: *“sono a pregarla di venirmi a trovare per risolvermi di riprendermi a casa”*; una formula che B. S. ribadisce rapidamente nel suo linguaggio: *“Son stufa di star qua dentro e voio che la venga a ciorne”*. Purtroppo, però, come abbiamo visto, B. S. morirà in manicomio dopo 9 anni di degenza.

¹⁷ La lettera si interrompe qui, non sappiamo perché. Sappiamo però che, come le altre, la mamma non la ricevette mai. L’autrice era B. S., occupazione privata, ricoverata il 6 agosto 1909 per Demenza precoce. Morì in manicomio, prima che potessero riprenderla a casa, il 19 ottobre 1918.

Intravediamo qui un fattore importante per la natura e l'analisi delle scritture manicomiali: la presenza e l'intervento del medico, che spesso sollecitava a scrivere e per qualche verso influenza la qualità del ricordo e dell'espressione autobiografica. È un elemento centrale nella redazione di tutti i memoriali e le autobiografie scritte in manicomio, che erano poi trattenute negli archivi a scopo diagnostico (Molinari 2002, 2011) ma a volte lo vediamo fare capolino anche nelle lettere, come qui nel caso di B.S. La funzione di queste lettere sembra essere eminentemente comunicativa – sebbene si debba fare sempre molta attenzione ai livelli di pertinenza di lettura (Iuso 2010) - ma rappresenta anche, con ogni probabilità, uno spazio espressivo, uno spazio in cui recuperare sé stessi e tentare di restare in contatto col mondo, presenti nel mondo:

“Caro papà,

veggo con piacere che ti occupi anche per me e almeno tu comprendi lo stato del mio animo, però puoi immaginarti come rimasi colpita nel sentire che Wanda aveva il tifo; poi mi sono tranquillata basandomi sulle tue parole e poi dietro il suo scritto si capisce che non è cosa grave.

Ti raccomando papà lasciala dentro più tempo ch'è possibile che non ti mangi qualcosa di grave e ti ricada e anche dentro che la sorvegliino perché ella ne fa più di bertoldo.

Ma spiegami meglio che tifo aveva in panza, in testa, febbre tifoidea?

Che non si esponga all'aria all'umidità perché guarda he queste febbri che vanno attorno ora, se non son ben curate lasciano gravi conseguenze”.

Vediamo in queste righe una conferma del proprio ruolo, e una ridefinizione del sé nel provvisorio isolamento dal proprio contesto consentito dalla scrittura. Lettere legate al presente, alla necessità, alla disperazione, e in alcuni casi alla lucida strategia, alle pressioni psicologiche e morali messe in atto per uscire, alla palese consapevolezza di essere segregate forse proprio perché troppo lucide nella scelta del proprio agire:

“7.11.1920

Caro fratello!

In che hotel hai condotto tua sorella, perché io medesima non so dove mi trovo. Dove sono i miei bambini, per i quali mi sono tanto sacrificata? [...]

La tua volontà come fratello di condurmi qui e separarmi è fatta, questo era anche il desiderio della sorella Matilde che io vada in sanatorio perché sono pazza. Io ho sentito che tu fratello facevi qualche cosa di ingiusto e perciò mi spavento e soffro e per questo, colpevole o no, mi avete messo in sanatorio dove vivo assai amari giorni. Nessuno non è

colpevole. [...] A chi mi devo rivolgere per salvarmi. Non conosco nessuno per questo guarda come m'hai condotto in sanatorio così di riprendermi. Io non sono ammalata e tu mi conduci dottori come se io fossi ammalata davvero. Ah come sto male".¹⁸

Oppure:

"12.03.1919

[...] Tu sei in grado di capire che Amalia non mi levò da qui per i suoi fini non già perché cera il bisogno di starci; e on mandava ha me il denaro per far venire te, che con giudizio le demolivi tutti i piani, facendole capire l'ingratitude verso di me; ed imponendoti mi scarceravi da questa ingiusta condanna, che lei pagherà in questo mondo ed all'altro! Lei cerca per tanti fini evitare la tua venuta. Il Manicomio demolisce come tu capisci la persona, io non sono e non sono mai stata matta, per conzueganza debbo presto uscire".¹⁹

Sono migliaia le storie di queste donne piegate, a volte distrutte dalla scienza e dagli istituti psichiatrici. Istituzioni il cui uso e disuso hanno legalizzato diffuse forme di violenza sul corpo e sulla psiche femminile, per la quale solo loro trovano le giuste parole: "*Carissimi papà e mamma, venitemi a prendere, che qui non posso ne ben vivere ne morire*".²⁰

¹⁸ R.B., Occupazione privata, ricoverata presso il frenocomio di Trieste il 27 maggio 1920 per melancolia e dimessa il 21 settembre dello stesso anno.

¹⁹ E. D. N., benestante, ammessa presso il Manicomio di Girifalco il 20 aprile 1918 e dimessa l'8 luglio 1920.

²⁰ E.F., casalinga, ricoverata (per la seconda volta) presso il Frenocomio di Trieste il 16 aprile del 1926 per demenza ebefrenica, e dimessa migliorata il 20 dicembre dello stesso anno.

Bibliografia

- BENEDUCE, R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità tra storia, dominio e cultura*, Roma, Carocci, 2007.
- DE MARTINO, E., *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, C. GALLINI, (a cura di), Torino, Einaudi, 2002.
- DE MARTINO, E., *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, G. CHARUTY, D. FABRE, M. MASSENZIO, (a cura di), Torino, Einaudi, 2018.
- FABRE, D., *La folie de Pierre Rivière*, in *Le Débat*, 66, 1991, pp. 96-109.
- FARANDA, L., *L'obbligo autobiografico per una psichiatria dell'incertezza. Etnografie della narrazione in luogo di cura*, in F. GIACALONE, (a cura di), *Il territorio oltre i luoghi di cura. Innovazione sociale e continuità nei servizi rivolti alla salute mentale*, Perugia, Morlacchi, 2019, pp. 1-11.
- FARANDA, L., *Vite di scarto e memoria manicomiale: uno sguardo antropologico tra carte, archivi e pagine bianche*, in *Cartografie sociali*, 9, 2020, pp. 81-98.
- FIORINO, V., *La cartella clinica. Un'utile fonte storiografica?*, in F. ALBERICO, G. FRANCHINI, ET ALII, (a cura di), *Identità e rappresentazione di genere in Italia tra Otto e Novecento*, Genova, Dismec, 2010, pp. 51-69.
- FIORINO, V., *La fiaba e la follia. Rappresentazioni culturali della malattia mentale (1850- 1915)*, in *Genesis*, 2, 2003, pp. 179-205.
- FIORINO, V., *Matti, indemoniate e vagabondi. Dinamiche di internamento manicomiale tra Otto e Novecento*, Venezia, Marsilio, 2002.
- FIORINO, V., *Spazi del sé. Riflessioni sul soggetto attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Otto e Novecento*, in *Memoria e ricerca*, 47, 2014, pp. 11-28.
- FOUCAULT, M., (a cura di), *Io Pierre Rivière, avendo sgozzato mia madre, mia sorella e mio fratello... Un caso di parricidio al XIX secolo*, Torino, Einaudi, 2020.
- FOUCAULT, M., *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Bur, 2014 [1961].
- GIACANELLI, F., CAMPOLI, G., *La costituzione positivista della Psichiatria italiana, Psicoterapia e scienze umane*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 7b, 1973, pp. 1-6.
- GIANNONI, G. F., *Nel dentro del dentro. Lettere dal manicomio e dalla follia*, Roma, Cisu, 2018.

- GINZBURG, C., *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del '500*, Torino, Einaudi, 2009.
- GOFFMAN, E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968.
- IUSO, A., *Questo diario sta per finire*, in S. PERLA, *Die Katastrophe. Diario di una mente inquieta*, Milano, Terre di mezzo editore, 2010, pp. 3-6.
- IUSO, A., *Tre storie in altre storie. Impossibili lettere dal manicomio*, in G. F. GIANNONI, *Nel dentro del dentro. Lettere dal manicomio e dalla follia*, Roma, Cisu, 2018, pp. 7-9.
- MOLINARI, A., *Autobiographies féminines entre injonction psychiatrique et reconstruction de soi*, in A. IUSO, (a cura di), *La face cachée de l'autobiographie*, Carcassonne, Garae Hésiode, 2011.
- MOLINARI, A., *Medicina e sanità a Genova nel primo Novecento*, Milano, Selene Edizioni, 1996.
- MOLINARI, A., *Scritture femminili nelle istituzioni psichiatriche del primo 900*, Viella 2002.
- PETRACCI, M., *I matti del duce. Manicomi e repressione politica nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2014.
- PLATONE, *Timeo*, E. PICCOLO, (a cura di), Napoli, Senecio, 2009.
- POLCRI, C., *Writing behind the walls. A walk by the silent side of the italian mental institutions*, in *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 19-20, 2005, pp. 273-288.
- SEPPILLI, T., POLCRI, C., FLAMINI, S., *Umbria: un percorso fuori dal manicomio*, in AA. VV., *Oltre questo muro: fotografie nell'ex manicomio di Foligno*, in *I quaderni de L'Officina della memoria*, Spoleto, Nuova Eliografica Spoleto, 2008, pp. 9-14.
- SWAIN, G., *L'âme, la femme, le sexe et le corps: les méthamorphoses de l'hystérie à la fin du XIXe siècle*, in *Le Débat*, 24, 1983, pp. 107-127.
- VALERIANO, A., *Anmalò di testa. Storie dal manicomio di Teramo (1980-1931)*, Roma, Donzelli, 2014.
- VALERIANO, A., *Malacarne. Donne e manicomio nell'Italia fascista*, Roma, Donzelli, 2017.
- VOLTOLINI, G., (a cura di), *Mura di carta: opere dei ricoverati dell'ospedale psichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia*, Roma, Quodlibet, 2005.